

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2016



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SULL'IMPIEGO
DEI MEDICINALI



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

L'uso dei Farmaci in Italia

**Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2016**

Roma, gennaio 2017

Citare il presente Rapporto come segue:

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre 2016. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2017.

The Medicines Utilization Monitoring Centre. National Report on Medicines use in Italy. January-September 2016. Rome: Italian Medicines Agency, 2017.

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

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Direttore Generale: *M. Melazzini*

Gruppo di lavoro del presente rapporto

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

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

AREA STRATEGIA ED ECONOMIA DEL FARMACO:

A. Di Vito, A. Cangini, I. Fortino

UFFICIO MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA E RAPPORTI CON LE REGIONI:

E. Pieroni, L.A.A. Muscolo, M. Sacconi, F. Mammarella, A. Monaco, M. Troilo, D. Settesoldi, R. Massimi

UFFICIO VALUTAZIONI ECONOMICHE:

A. Carletto, M. Zanuzzi

SETTORE INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT):

E. Fabrizi, R. Marini, G. Galardi

- Ministero della Salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Roma

C. Biffoli, M.C. Brutti, M. Casciello

- Clicon S.r.l., Ravenna

L. Degli Esposti, S. Saragoni, D. Sangiorgi, C. Veronesi, L. Aledda, D. Paoli, V. Blini, A. Ghigi,

E. Degli Esposti, S. Buda

PER LE ATTIVITÀ DI EDITING, IMPAGINAZIONE E GRAFICA:

- AIFA, Ufficio Stampa e della Comunicazione

I. Comessatti

PER LE ATTIVITÀ DI PRODUZIONE DEI DATI:

D. Barbato, A. Pierantozzi, A. Di Filippo

Contributi

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

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

1. Azienda USL della Valle d'Aosta (Regione Valle D'Aosta)
Referenti: S. Bettoni, S. Grumolato; J.Luboz;
2. Regione Piemonte Direzione Sanità (Regione Piemonte)
3. Azienda Sanitaria Locale di Biella (Regione Piemonte)
Referenti: S. Scarpetta, C. Magnani;
4. Azienda Sanitaria Locale di Vercelli (Regione Piemonte)
Referenti: C. Serpieri, A. Pasqualucci, P. Enrione, F. Milano, A. Pisterna;
5. ATS Bergamo (Regione Lombardia)
Referenti: M. Gambera, R. Piccinelli, M. Frigeni, S. Sonzogni;
6. ATS Brescia (Regione Lombardia)
Referenti: C. Scarcella;
7. ATS Brianza - Lecco (Regione Lombardia)
Referenti: V. Valsecchi, P. De Luca, E. Scopinaro;
8. ATS Brianza - Monza e Brianza (Regione Lombardia)
Referenti: S. Lopez, P.Marrazzo, M.Rognoni;
9. ATS Pavia (Regione Lombardia)
Referenti: S. Migliazza, M. Dellagiovanna, C. Cerra;
10. ATS dell'Insubria (Regione Lombardia)
Referenti: E. O. Leoni, C. Zuliani, A.M. Maestroni, G.Rulli;
11. Provincia Autonoma di Bolzano (Regione Trentino-Alto Adige)
Referente: V. Moser;
12. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento (Regione Trentino-Alto Adige) Referenti: R. Roni, A. Polverino;
13. Azienda Sanitaria della Regione Veneto (Regione Veneto)
Referenti: G. Scroccaro, V. Fantelli, V. Biasi, S.Simonte, L. Gubian, M. Brattina, M. Saugo, C. Iannarilli;
14. Azienda ULSS 20 di Verona (Regione Veneto)
Referenti: D. Signorelli, L. Mezzalira, M. Andretta, L. Trentin;
15. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: S. Palci;
16. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: C. Cattaruzzi, L. Marcuzzo;
17. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: B. Basso, F. V. Rosa;
18. Azienda Sanitaria n. 1 Imperiese (Regione Liguria)
Referenti: S. Delucis, M. Prioli;
19. Azienda Sanitaria n. 3 Genovese (Regione Liguria)
Referenti: A. Coccini, F. Sanfelici;
20. Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza (Regione Emilia Romagna) Referente: S. Radici;
21. Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara (Regione Emilia Romagna) Referenti: P. Scनावacca, A. Campi, A. Marra, A. Verzola, N. Napoli;
22. USL Toscana Sud Est - Siena (Regione Toscana)
Referente: S. Dei; G. Gasperini;
23. USL Toscana Sud Est - Arezzo (Regione Toscana)
Referente: B. Vujovic;
24. USL Toscana Sud Est - Grosseto (Regione Toscana)
Referenti: M. Pisani, P. Bonini, F. Lena;
25. Agenzia Regionale Sanitaria Marche (Regione Marche)
Referenti: P. Aletti, F. Di Stanislao, A. Marcobelli;
26. Azienda USL Umbria n.2 (Regione Umbria)
Referenti: I. Fiaschini, F. Bartolini;
27. Azienda USL Roma 1 - Roma A (Regione Lazio)
Referenti: G. Riccioni, A. Barbato;
28. Azienda USL Roma 3 (Regione Lazio)
Referenti: R. Di Turi, A. Blasi, E. Pagnozzi;
29. Azienda USL Roma 4 (Regione Lazio)
Referenti: G. Quintavalle, L. Ubertzazo;
30. Azienda USL Roma 5 (Regione Lazio)
Referenti: M.Mensurati, G.Forte;
31. Azienda Sanitaria Locale di Frosinone (Regione Lazio)
Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi, L. Marziale, P. Venditti, C. Bianchi, L. Quaresima, R.M. Folcarelli;
32. Azienda USL Latina (Regione Lazio)
Referenti: L. Accusani; L. Arenare;
33. Regione Abruzzo Centro Regionale Farmacovigilanza (Regione Abruzzo) Referenti: G. C. Carla Sorrentino, S. Melena;
34. Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Lanciano Vasto Chieti (Regione Abruzzo) Referenti: R. Borgia, P. D'Ovidio, P. Flacco, R. Lisio, V. Orsatti, F. Salvatore, C. Sbaraglia, V. Smargiassi (Regione Abruzzo);
35. Azienda Sanitaria Locale Teramo (Regione Abruzzo)
Referenti: I. Senesi, R. Baci;
36. Azienda Sanitaria Regionale del Molise (Regione Molise)
Direzione Generale per la Salute - Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica - Referenti: A. Lavalle, G. Trofa, S. Gentile;
37. Azienda Sanitaria Locale di Caserta (Regione Campania) Referenti: M. Ignozzi, A. Di Giorgio, C. Pagliaro, C. Troncone e D.U. Tari;
38. Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud (Regione Campania)
Referenti: E. Nava, A. Vercellone, R. Castaldo, R. Pagnotta;
39. Azienda Sanitaria Locale di Potenza (Regione Basilicata)
Referenti: G. Motola, C. Granieri;
40. Azienda Sanitaria Locale BAT (Regione Puglia)
Referenti: O. Narracci, D. Ancona, V. Angiulli, A. Loglisci;
41. Azienda Sanitaria Locale Lecce (Regione Puglia)
Referenti: S. Melli, A. Sanguedolce, C. Montinari;
42. Azienda Sanitaria Locale Foggia (Regione Puglia)
Referenti: V. Piazzolla;
43. Azienda Sanitaria Locale Taranto (Regione Puglia) Referenti: S. Rossi, A. Chiari, M. Carlucci, R. Mosciogieri, E. Ferri, S. Minerba;
44. Regione Calabria Dipartimento Tutela Salute (Regione Calabria)
Referenti: R. Fatarella, G. Fersini, M.R. Maione, L. Florio, A.E. De Francesco;
45. Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza (Regione Calabria)
Referenti: M. Vulnera, L. Florio;
46. Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (Regione Calabria) Referente: D. Costantino;
47. Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro (Regione Calabria)
Referente: M. Maione;
48. Assessorato Regionale della Salute Regione Sicilia (Regione Sicilia) Referenti: B. Gucciardi, G. Chiaro, C. La Cavera, P. Cananzi;
49. Azienda Sanitaria Provinciale di Catania (Regione Sicilia)
Referenti: F. Rapisarda, P.L. Lazzaro;
50. Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (Regione Sicilia)
Referenti: M. Pastorello;
51. Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale (Regione Sardegna) Referenti: G.Maria Sechi
52. ASL Cagliari (Regione Sardegna)
Referenti: P. Sanna, M. Marcias, F. Lombardo;
53. ASL Sassari (Regione Sardegna) Referente: L. Carta;

Si ringrazia Farmadati per aver fornito i dati dell'anagrafica delle specialità medicinali.

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

L'USO DEI FARMACI IN ITALIA: SINTESI DEI RISULTATI NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2016	7
ANDAMENTO NAZIONALE	7
ANDAMENTI REGIONALI	9
CONSUMI PER SINGOLA CATEGORIA TERAPEUTICA	12
DATI GENERALI DI SPESA E DI CONSUMO DEI FARMACI IN ITALIA	23
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	28
DINAMICA DELLA PRESCRIZIONE	28
CATEGORIE TERAPEUTICHE E PRINCIPI ATTIVI	35
FARMACI A BREVETTO SCADUTO	40
ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	44
DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO	50
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA ED AMBULATORIALE	56
MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA D'USO	60
NOTE METODOLOGICHE	63

L'USO DEI FARMACI IN ITALIA: SINTESI DEI RISULTATI NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2016

Il presente Rapporto ha l'obiettivo di offrire una descrizione dell'utilizzazione dei medicinali a livello nazionale e regionale, durante i primi nove mesi del 2016. Lo scenario offerto deriva dalla lettura delle informazioni raccolte attraverso i diversi flussi informativi, consentendo la ricomposizione dei consumi e dell'assistenza farmaceutica in Italia. In particolare, il Rapporto analizza i dati relativi ai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, presenta i dati relativi ai medicinali utilizzati dai pazienti a fronte della loro dispensazione in distribuzione diretta e per conto, o nel contesto specifico dell'assistenza ospedaliera. Un approfondimento specifico è dedicato all'analisi dell'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, ecc.) e il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali nella pratica clinica. La nota metodologica agevolerà il lettore nell'interpretazione dei risultati, oltre a fornire i necessari dettagli tecnici.

ANDAMENTO NAZIONALE

Nei primi nove mesi del 2016 la **spesa farmaceutica nazionale totale** (pubblica e privata) è stata pari a 21,9 miliardi di euro (Tabella 1), di cui il 77,4% è stato rimborsato dal SSN. La **spesa farmaceutica territoriale pubblica** è stata pari a 10.269 milioni di euro (circa 169,27 euro pro capite), con un decremento del -2,2% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tale decremento è essenzialmente imputabile ad una riduzione del -3,8% della spesa farmaceutica convenzionata netta, a fronte di un incremento del +0,2% della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 1a).

I **consumi in regime di assistenza convenzionale** presentano differenti andamenti rispetto al 2015 in termini di numero di ricette e confezioni; infatti entrambe evidenziano una riduzione rispettivamente del -1,9% e del -1,6%; in media ogni giorno sono state utilizzate 1.126,1 dosi ogni mille abitanti con un incremento del +0,9% rispetto all'anno precedente e sono state dispensate 837 milioni di confezioni (circa 13,8 confezioni per abitante; Tabella 2b).

Nel 2016 l'incidenza della **compartecipazione a carico del cittadino** (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) sulla spesa convenzionata lorda mostra un aumento rispetto al 2015, passando dal 13,9% al 14,5% nel 2016. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.154 milioni di euro, in aumento, anche se contenuto, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, del +1,5%. Resta costante la riduzione del ticket fisso per ricetta (-3,0%) mentre è stato evidenziato un incremento della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto (+4,0%). L'incidenza percentuale della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è pari al 66,2% con un valore di spesa pari a 764 milioni di euro, mentre il ticket per confezione ha pesato per il 33,8%, con un valore di spesa di 389 milioni di euro (Figura 1a, Tabella 1a e Tabella 2a).

La **spesa privata**, comprendente tutte le voci di spesa sostenute dal cittadino, ha registrato un decre-

mento, rispetto all'anno precedente, in controtendenza, del -0,4%, a cui ha contribuito principalmente il decremento della spesa per l'acquisto privato dei farmaci di classe A (-3,2%) e della spesa per medicinali di automedicazione (SOP, OTC) (-1,8%). Di contro è stato registrato un incremento del +1,5% di tutte le compartecipazioni a carico del cittadino e del +0,8% della spesa dei farmaci di classe C con ricetta (Tabella 2a).

Nei primi nove mesi del 2016 la **spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche** è stata pari a 150,94 euro pro capite, in crescita del +13,4% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; le dosi giornaliere per mille abitanti, che sono state pari a 159,1 sono incrementate del +6,0% rispetto allo scorso anno (Tabella 14).

Le **principali componenti della diminuzione del -3,8% della spesa farmaceutica convenzionata (effetto quantità, prezzi e mix)**, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, hanno evidenziato un aumento dei medicinali prescritti (+1,0% in termini di dosi-definite-giornaliere, i.e. DDD), una forte diminuzione dei prezzi (-2,6%) concomitante ad uno spostamento dei consumi dalle specialità medicinali più costose verso quelle meno costose (effetto mix negativo: -1,3%) (Tabella 5).

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tabella 6), la categoria terapeutica dei farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (41,5 euro pro capite), sia in termini di dosi medie prescritte (467,8 dosi ogni 1000 abitanti al giorno, di seguito DDD/1000 ab die), seguita dalla categoria dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, con una spesa pro capite di 24,0 euro e 242,8 DDD/1000 ab die.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15), la categoria terapeutica dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori rappresenta la prima a maggiore incidenza in termini di spesa con 53,5 euro pro capite e la quinta in termini di dosi medie prescritte (8,6 DDD/1000 ab die), seguita dai farmaci antimicrobici per uso sistemico, con una spesa pro capite di 46,2 euro, rappresentanti la sesta categoria in termini di dosi medie prescritte (8,5 DDD/1000 ab die).

Considerando la spesa a carico del SSN, comprensiva della spesa per i farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e di quelli acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, la categoria degli antineoplastici ed immunomodulatori si colloca al primo posto (3,2 miliardi di euro), seguita dai farmaci antimicrobici per uso sistemico (2,8 miliardi di euro) e dai farmaci del sistema cardiovascolare (2,5 miliardi).

In regime di assistenza convenzionata, l'utilizzazione di medicinali si concentra su un numero limitato di principi attivi; infatti, le **prime 30 sostanze rappresentano quasi il 40%** della spesa farmaceutica lorda. I primi tre principi attivi a maggior spesa sono stati il pantoprazolo (3,4 euro pro capite), la rosuvastatina (3,1 euro pro capite) e l'atorvastatina (2,7 euro pro capite) (Tabella 9).

I **farmaci a brevetto scaduto** rappresentano il 55,8% della spesa convenzionata e il 2,1% della spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, costituendo complessivamente il 20,5% della spesa farmaceutica SSN (Figura 2). Il consumo dei farmaci a brevetto scaduto rappresenta il 71,5% del consumo SSN e, nel dettaglio, il 77,4% dei consumi in regime di assistenza convenzionata e il 28,5% dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (Figura 3).

La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 5,7% del totale dei farmaci a brevetto scaduto (Figura 2).

I primi 3 principi attivi a brevetto scaduto a maggior spesa sono rappresentati da due inibitori di pompa ed una statina: pantoprazolo (206,1 milioni di euro), lansoprazolo (147,1 milioni di euro) ed atorvastatina (161,9 milioni di euro) (Tabella 13).

Nei primi nove mesi del 2016 la spesa per i farmaci erogati attraverso la **distribuzione diretta e per conto** è stata pari a 6,5 miliardi di euro, a sua volta composta per 5,5 miliardi di euro dalla spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) e per 1 miliardo di euro dai medicinali erogati in distribuzione per conto (Tabella 17). La spesa è costituita per il 64,1% dai farmaci di classe A, per il 35,1% dai farmaci di classe H e per il rimanente 0,8% dai farmaci di classe C (Tabella 20). I primi tre principi attivi a maggior spesa erogati in distribuzione diretta sono rappresentati dal sofosbuvir (1.259 milioni di euro), dal fattore VIII (200,5 milioni di euro) e dall'adalimumab (186,1 milioni di euro) (Tabella 21).

Infine, relativamente all'**assistenza farmaceutica ospedaliera**, le analisi pubblicate nel presente Rapporto hanno focalizzato l'attenzione esclusivamente sulla spesa. Tale scelta deriva da una rilevazione attraverso lo specifico flusso informativo delle unità posologiche dispensate, che è ancora in fase di completamento. La spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 2,3 miliardi di euro, per il 71,7% composta dai farmaci di classe H, per il 17,7% dai farmaci di classe C e per il restante 10,6% dai farmaci di classe A (Tabella 22).

I primi 30 principi attivi rappresentano il 48,4% della spesa e comprendono in prevalenza principi attivi che rientrano nella categoria degli antineoplastici. I primi tre principi attivi a maggiore spesa nei primi nove mesi del 2016, utilizzati in ambito ospedaliero, rimangono il trastuzumab (157,6 milioni di euro), il bevacizumab (135,9 milioni di euro) e il rituximab (110,7 milioni di euro) (Tabella 24).

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

Nella Tabella 25 è stato riportato il **monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali**, costruiti sulla base della metodologia già dettagliata nel Rapporto annuale 2015. L'obiettivo di questa analisi è quella di fornire una descrizione sintetica della direzione in cui si sta modificando l'utilizzazione di diverse categorie di medicinali, impiegati nelle principali malattie croniche.

ANDAMENTI REGIONALI

Nel corso dei primi nove mesi del 2016 le tre regioni che hanno fatto registrare la **spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN** (Tabella 5) più elevata sono state la Campania con 162,3 euro pro capite, la Puglia 158,6 euro e la Calabria 153,1 euro; al contrario la Provincia Autonoma di Bolzano, l'Emilia Romagna e la Valle d'Aosta hanno mostrato la spesa pro capite più bassa, pari rispettivamente a 95,

euro, 98,7 euro e 106,0 euro; tali valori si assestano ben al di sotto della media nazionale di 130,2 euro. Nel complesso abbiamo una situazione che mostra un andamento regionale omogeneo (Tabella 5): con una sola regione ad aver avuto un incremento di spesa rispetto all'anno precedente (+0,2% nella P.A. di Bolzano), mentre in tutte le altre regioni si è evidenziata una riduzione, con percentuali variabili tra il -0,7% della P.A. di Bolzano ed il -9,2% della Valle d'Aosta.

I più alti livelli di **consumo in regime di assistenza convenzionata** sono stati osservati in Puglia (1.253,3 DDD/1000 ab die), Lazio (1.251,5 DDD/1000 ab die) e Campania (1.226,8 DDD/1000 ab die), mentre i consumi più bassi sono stati riscontrati nella Provincia Autonoma di Bolzano (929,2 DDD/1000 ab die), in Valle d'Aosta (935,8 DDD/1000 ab die) e in Liguria (948,0 DDD/1000 ab die) (Tabella 3).

La **spesa pro capite dei farmaci di classe C con ricetta** mostra una variabilità regionale che oscilla tra i valori più elevati della Liguria (44,2 euro), della Toscana (40,5 euro), del Lazio e della Valle d'Aosta (circa 39 euro), e i valori notevolmente più bassi del Molise (26,2 euro), della Basilicata (28,3 euro) e della Provincia Autonoma di Bolzano (29,1 euro). I farmaci di Classe C registrano, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, una riduzione in tutte le regioni italiane con la sola eccezione di Emilia Romagna (+0,04%) e Marche (+2,1%).

Anche la spesa per i **farmaci per automedicazione** ha registrato una riduzione in tutte le regioni italiane, ad eccezione di Umbria (+0,2%), Sicilia (+1,7%) e Marche (+2,0%) (Tabella 3).

Dall'analisi sulla relazione tra spesa e consumi erogati in regime di assistenza convenzionata (Tabella e Figura 4), la Basilicata e la Lombardia sono le regioni che consumano mediamente di meno rispetto alla media nazionale, spendendo di più; al contrario la regione Umbria è quella nella quale si registra un consumo medio superiore a quello medio nazionale, spendendo mediamente meno.

La complessiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata nazionale nei primi nove mesi del 2016, rispetto al 2015, è riconducibile prevalentemente alla componente della riduzione dei prezzi che ha assunto le dimensioni più accentuate nella Valle d'Aosta (-5,2%), nella Provincia Autonoma di Bolzano (-4,2%) e nelle Marche (-3,9%) (Tabella 5). Tale riduzione dei prezzi è parzialmente controbilanciata, a livello nazionale, dall'effetto derivante da una crescita dei consumi (effetto quantità: +1,0% in termini di DDD totali) con gli incrementi più elevati in Provincia Autonoma di Bolzano (+3,9%) ed in Campania (+3,4%); al contrario hanno mostrato riduzioni dei consumi più consistenti la Valle d'Aosta (-8,4%) ed il Molise (-3,0%). L'effetto mix negativo registrato durante i primi nove mesi del 2016, in realtà sottende un'ampissima variabilità regionale, compresa tra il valore massimo della Valle d'Aosta (+4,5%) e quello minimo della Sardegna (-4,5%) (Tabella 5).

Lazio (74,6%), Sicilia e P.A. di Trento (74,2%) e Umbria (74,0%) sono state le regioni con il maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto a carico del SSN, mentre l'incidenza più bassa è stata rilevata in Veneto (66,1%), P.A. di Bolzano (66,2%) e Sardegna (68,5%). L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto è in costante aumento e gli incrementi maggiori nel 2016, rispetto allo stesso periodo del 2015, sono stati registrati in Campania (+8,4%), P. A. di Trento (+7,8%) e nella P. A. di Bolzano (+6,6%) (Tabella 12).

Le regioni in cui è stata osservata la spesa pro capite più elevata per i **farmaci acquistati dalle strutture**

sanitarie pubbliche sono state la Sardegna (184,0 euro), la Campania (182,0 euro) e la Toscana (178,9 euro), mentre la Provincia Autonoma di Trento (111,4 euro), la Valle d'Aosta (113,8 euro) e il Friuli Venezia Giulia (122,7 euro) sono caratterizzate da valori di spesa molto inferiori rispetto alla media nazionale pari a 150,9 euro pro capite.

In termini di consumi, Emilia Romagna e Molise sono le regioni con il più alto e il più basso numero di dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche (rispettivamente 331,0 e 102,6 dosi giornaliere). Campania (+10,9%) e Piemonte (+9,6%) sono le regioni nelle quali sono stati registrati i maggiori incrementi nel consumo per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche; al contrario Abruzzo e nella P.A. di Bolzano sono stati registrati i minori incrementi del consumo (rispettivamente 0,3% e 0,7%) (Tabella 14).

Nel 2016 tutte le regioni hanno adottato la **distribuzione diretta**, mentre l'Abruzzo è l'unica regione che non utilizza ancora la **distribuzione per conto**. A livello nazionale, la ripartizione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta in senso stretto e distribuzione per conto è pari rispettivamente all'84,1% e al 15,9%; tuttavia vi sono rilevanti differenze regionali, in quanto vi sono regioni che ricorrono in modo più esteso alla distribuzione diretta (Emilia Romagna, Liguria e Campania) rispetto ad altre regioni nelle quali tale canale alternativo è relativamente meno utilizzato (Calabria e Molise) (Tabella 17).

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica ospedaliera, le regioni che registrano la maggior spesa per consumo di medicinali in ambito ospedaliero -in valore assoluto- sono il Lazio (233,0 milioni di euro), seguito dal Veneto (229,7 milioni di euro) e dall'Emilia Romagna (220,4 milioni di euro) (Tabella 22).

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

Al fine di promuovere una ricomposizione del quadro dell'assistenza farmaceutica fornita dalle strutture sanitarie pubbliche è stato operato un **confronto dei dati provenienti da diversi flussi informativi, inclusi quelli relativi ai dati del conto economico regionale** (Tabella 16). Attualmente si registra una discreta corrispondenza tra la spesa comunicata dalle regioni attraverso i flussi informativi della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri (sell-out), pari a 8.580 milioni di euro e la spesa trasmessa dalla filiera distributiva relativa agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche (sell-in), pari a 8.954 milioni di euro, entrambi i dati rappresentano oltre il 100% della spesa del conto economico regionale nel medesimo periodo. L'applicazione della procedura di espansione della spesa non convenzionata (vedi nota metodologica) permette una stima della spesa non comunicata dalla filiera distributiva, che rappresenta il 107% del valore del conto economico ed il 101% della spesa trasmessa dalla filiera distributiva.

CONSUMI PER SINGOLA CATEGORIA TERAPEUTICA

In questa sezione si analizzano le singole categorie terapeutiche, procedendo in ordine decrescente di spesa pubblica, ottenuta dalla combinazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda (Tabella 6), con la spesa a carico del SSN relativa ai medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15). Sono state descritte le categorie terapeutiche corrispondenti ad una spesa pubblica di almeno 50 milioni di euro. Nell'ambito delle singole categorie, laddove possibile, sono anche compresi commenti specifici relativi ai dati provenienti dal flusso della distribuzione diretta e per conto, dal flusso dei consumi ospedalieri e dal monitoraggio degli indicatori dell'appropriatezza d'uso dei medicinali.

Antineoplastici ed immunomodulatori

I farmaci antineoplastici ed immunomodulatori rappresentano la prima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 3,4 miliardi di euro (56,5 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria terapeutica è interamente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (53,5 euro pro capite), mentre il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata è del tutto marginale (3,0 euro pro capite) (Tabella 6 e 15). Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antineoplastici ha registrato un decremento del -5,5% rispetto al 2015, conseguente ad un forte effetto mix negativo (-4,6%, di spostamento dei consumi verso medicinali a più basso prezzo) e da un leggero calo dei prezzi (-1,4%), controbilanciati da un lieve incremento dei consumi (+0,4%) (Tabella 6). La prima sottocategoria terapeutica a maggior incidenza sulla spesa convenzionata è rappresentata dagli inibitori enzimatici, per i quali nel 2016 è stato registrato un incremento della spesa rispetto all'anno precedente del +5,5%, essenzialmente dovuto ad una crescita del loro consumo (+6,1%). Diminuisce del -27,3% la spesa per gli inibitori della calcineurina (e.g. ciclosporina, tacrolimus) conseguente all'inserimento nelle liste di trasparenza AIFA di farmaci equivalenti a base di principi attivi compresi in tale categoria (Tabella 6). Per quanto attiene all'analisi dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una crescita rispetto al 2015 della spesa (circa +9,0%) ed un aumento dei consumi (+3,1%) (Tabella 15). Le categorie a maggior spesa sono rappresentate dagli anticorpi monoclonali (12,5 euro pro capite), dagli inibitori della proteina chinasi (9,1 euro pro capite) e dagli inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) (8,1 euro pro capite) (Tabella 15). Tra queste categorie, quella relativa agli anticorpi monoclonali e agli inibitori delle protein chinasi ha fatto registrare un incremento di spesa rispetto al 2015 (rispettivamente +9,7% e 18,6%); per quanto riguarda gli anticorpi monoclonali si rileva la forte crescita di spesa per pertuzumab (+53,8%) e brentuximab vendotin (+32,7%), invece, l'aumento di spesa degli inibitori delle protein chinasi è conseguente alla recente immissione in commercio di farmaci a base di dabrafenib (+211%) e crizotinib (+149%).

Le categorie che nel 2016 hanno evidenziato i maggiori incrementi nella spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente sono state quella degli antiandrogeni (+60%) e di altre sostanze ad azione immunosoppressiva (+26,6%) (Tabella 15). Tali variazioni sono da attribuire alla rilevante crescita in termini di spesa e di consumi di enzalutamide, nell'ambito della categoria degli anti-androgeni; mentre tra le altre sostanze ad azione immunosoppressiva continua la crescita in termini di spesa e di consumi di lenalidomide e pirfenidone, oltre all'introduzione in commercio di pomalidomide.

Ben undici principi attivi di antineoplastici ed immunomodulatori compaiono tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (i primi tre sono: l'adalimumab, l'etanercept e la lenalidomide). Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera ed ambulatoriale, diciotto principi attivi di antineoplastici ed immunomodulatori compaiono tra i primi trenta a

maggior incidenza sulla spesa (i primi tre sono: trastuzumab, bevacizumab e rituximab) (Tabella 21 e 24).

Antimicrobici per uso sistemico

Gli antimicrobici per uso sistemico si confermano la seconda categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a circa 3,4 miliardi di euro (56,0 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (46,2 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (9,8 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antimicrobici per uso sistemico ha registrato una riduzione del -8,0% rispetto al 2015, risultante da una riduzione dei consumi (-7,0%), da un calo dei prezzi (-0,6%) e da un effetto mix negativo (-0,4%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda, invece, l'analisi dei farmaci antimicrobici per uso sistemico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato un notevole incremento della spesa (+22,4%), rispetto al 2015, sebbene inferiore rispetto a quello riportato nel precedente rapporto, associata ad una riduzione dei consumi (-5,7%) (Tabella 15).

Nell'ambito dell'erogazione di medicinali in regime convenzionale i maggiori consumi sono determinati dalle associazioni di penicilline inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi (8,4 DDD/1000 ab die), dai macrolidi (3,5 DDD/1000 ab die), fluorochinoloni (2,8 DDD/1000 ab die) e dalle penicilline ad ampio spettro (1,9 DDD/1000 ab die); tutte queste categorie hanno registrato una riduzione dei consumi rispetto al 2015, in particolare nei macrolidi (-11,1%) (Tabella 6). L'amoxicillina in associazione agli inibitori enzimatici è sia tra i trenta principi attivi a maggior spesa convenzionata (nona posizione) sia tra quelli a maggior consumo (ventiseiesima posizione).

Sul versante degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche, prevalgono, per i consumi, i medicinali riconducibili al trattamento dell'infezione da HIV (1,1 DDD/1000 ab die) e, per la spesa, gli altri antivirali (27,6 euro pro capite), seguiti dagli antivirali per il trattamento dell'HIV (4,6 euro pro capite). La categoria degli "altri antivirali" comprende i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C e presentano una variazione di spesa rispetto allo stesso periodo del 2015 del +56,9%. Importanti incrementi, in termini di spesa, sono stati registrati anche per i vaccini meningococcici (+86,7%). Sono associate alle più alte riduzioni nella spesa le categorie dei carbapenemi (-24,3%) e degli inibitori delle proteasi (-56,4%) (Tabella 15). In particolare tali riduzioni di spesa sono da attribuire prevalentemente alla disponibilità di generici del meropenem, relativamente ai carbapenemi, e alla riduzione di spesa e consumi di atazanavir e darunavir tra gli inibitori delle proteasi.

Otto principi attivi appartenenti alla categoria degli antimicrobici per uso sistemico compaiono tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto, di cui tre sono indicati nel trattamento dell'epatite C cronica, uno dell'epatite B e quattro nel trattamento dell'infezione da HIV (Tabella 21).

Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, cinque principi attivi di antimicrobici per uso sistemico compaiono tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (i primi tre sono: caspofungina, immunoglobulina umana per uso endovenoso, amfotericina B) (Tabella 24).

Sistema cardiovascolare

I farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano la terza categoria terapeutica (nel 2014 era la seconda) a maggiore spesa pubblica pari a quasi 2,7 miliardi di euro (44,9 euro pro capite). Il posiziona-

mento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (rispettivamente 41,5 euro pro capite e 467,8 DDD/1000 ab die), mentre il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche è del tutto marginale (rispettivamente 3,4 euro pro capite e 18,1 DDD/1000 ab die) (Tabella 6 e 15). Nello specifico dell'assistenza convenzionata la spesa continua a registrare un calo del -1,1% rispetto al 2015 derivante da un calo dei prezzi (-2,2%) a fronte di un lieve incremento dei consumi (+0,3%) e da un effetto mix positivo (+0,8%) (Tabella 6).

Gli inibitori della HMG CoA reductasi (statine) come monocomposti o in associazione (9,9 euro pro capite), seguiti dagli antagonisti dell'angiotensina II (sartani) come monocomposti o in associazione (8,8 euro pro capite) continuano ad essere al primo posto in termini di spesa, mentre i farmaci più utilizzati continuano ad essere gli ACE-inibitori come monocomposti o in associazione (119,4 DDD/1000 ab die), seguiti dai sartani come monocomposti o in associazione (93,7 DDD/1000 ab die), dalle statine come monocomposti o in associazione (73,3 DDD/1000 ab die), dai calcio-antagonisti diidropiridinici (51,2 DDD/1000 ab die) e dai beta bloccanti selettivi e non (38,0 DDD/1000 ab die) (Tabella 6). Nell'ambito della categoria delle statine, rosuvastatina, atorvastatina e simvastatina da sola e in associazione con ezetimibe compaiono fra i primi trenta principi attivi sia per spesa che per volume dei consumi (Tabella 9 e 10). La rosuvastatina (3,1 euro pro capite) risulta il secondo principio attivo a maggior spesa, mentre l'atorvastatina continua a salire nella classifica e nel 2016 passa dal quinto al terzo posto. (Tabella 9). Nella classifica delle prime trenta molecole a maggior consumo, l'atorvastatina rimane al quinto posto, la simvastatina si conferma al tredicesimo posto e la rosuvastatina sale dalla diciassettesima alla sedicesima posizione (Tabella 10).

Nello specifico degli ACE inibitori, solo il ramipril compare fra i trenta principi attivi a maggior spesa, mentre fra quelli a maggior utilizzazione, oltre al ramipril è presente anche l'enalapril. Il perindopril in combinazione con amlodipina è al diciassettesimo posto tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2015, con un aumento del +7,8% (Tabella 11). Relativamente ai sartani come monocomposti o in associazione, fra i primi trenta principi attivi a maggior consumo compaiono il valsartan come monocomposto e in associazione, il telmisartan, l'irbesartan, l'olmesartan medoxomil ed il candesartan, mentre tra i primi trenta principi attivi per spesa compare solo l'olmesartan medoxomil come monocomposto e in associazione (Tabella 9 e 10). L'olmesartan in combinazione con amlodipina è al decimo posto tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2015 con un aumento del +14,5% (Tabella 11). Infine, nell'ambito dei calcio-antagonisti diidropiridinici, l'amlodipina e la lercanidipina si collocano rispettivamente al sesto e al ventesimo posto in termini di utilizzazione; invece per quanto concerne i beta-bloccanti solo il bisoprololo compare fra i trenta principi attivi a maggior spesa; fra quelli a maggior utilizzazione, al primo posto continua ad esser collocato il nebivololo seguito dall'atenololo e dal bisoprololo, rispettivamente alla quindicesima, ventiduesima e ventitreesima posizione (Tabella 9 e 10). Il bisoprololo compare anche tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2015, facendo registrare un incremento del +6,9% (Tabella 11).

Per quanto attiene l'analisi dei farmaci cardiovascolari acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una crescita della spesa rispetto al 2015 (+19,1%), associata ad un incremento dei consumi del +9,6%. La categoria terapeutica dei farmaci cardiovascolari, in cui è compreso il bosentan (i.e. altri ipertensivi), assorbe quasi il 50% della spesa (Tabella 15). Inoltre, il bosentan rappresenta l'unico tra i farmaci cardiovascolari a comparire tra i primi trenta principi attivi a maggior spesa erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Nessun farmaco cardiovascolare compare tra i

primi trenta principi attivi erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (Tabella 24). Il monitoraggio degli indicatori dell'appropriatezza d'uso ha focalizzato l'attenzione essenzialmente sulle categorie di farmaci cardiovascolari impiegate nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e dell'iperlipemia (Tabella 25). Per quanto riguarda il trattamento dell'ipertensione arteriosa, alcuni indicatori hanno evidenziato un livello medio di appropriatezza negli ultimi anni relativamente accettabile, seppur non ottimale (H-DB 1.1 e H-DB 1.4); è stato evidenziato un andamento temporale che si muove nella direzione dell'inappropriatezza per quanto riguarda la percentuale di pazienti trattati con un sartano a brevetto scaduto sul totale (H-DB 1.2). **In Italia il 57,7% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti antipertensivi nel 2016**, in crescita rispetto all'anno precedente (H-DB 1.3; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%). Infine gli indicatori H-DB 1.5 e 1.6, sebbene l'andamento temporale negli ultimi tre periodi sia nella direzione dell'appropriatezza, evidenziano un uso ampiamente inappropriato delle associazioni fisse di calcio-antagonisti con molecole attive sul sistema renina-angiotensina (amlodipina/perindopril, lercanidipina/enalapril, felodipina/ramipril, manidipina/delapril, amlodipina-olmesartan). Per quanto riguarda il trattamento della dislipidemia, tutti gli indicatori hanno evidenziato ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle statine nella pratica clinica quotidiana. **In Italia il 46,9% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti ipolipemizzanti nel 2016** in lieve crescita rispetto all'anno precedente (H-DB 2.5; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Apparato gastrointestinale e metabolismo

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo rappresentano la quarta (quinta nel 2015) categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a circa 2,0 miliardi di euro (33,2 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (24,0 euro pro capite e 242,8 DDD/1000 ab die), al contrario il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche appare marginale (9,2 euro pro capite e 32,1 DDD/1000 ab die) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo ha registrato un decremento del -3,7% rispetto al 2015; tale variazione è dovuta ad un rilevante effetto mix negativo (-6,5%) e ad un calo dei prezzi (-2,3%), controbilanciati da una crescita delle quantità consumate (+5,4%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una forte crescita rispetto al 2015 della spesa (+12,3%) e una crescita dei consumi del +8,5% (Tabella 15).

L'analisi delle sottocategorie evidenzia che quella degli inibitori della pompa acida rimane saldamente al primo posto in termini di spesa convenzionata (10,1 euro pro capite), sebbene in calo rispetto al 2015 (-11,2%). Sul versante dell'acquisto degli inibitori della pompa acida da parte delle strutture sanitarie pubbliche, questa categoria non è più inclusa tra quelle che raggiungono un fatturato superiore ai 10 milioni di euro (Tabella 6 e 15). Fra gli inibitori di pompa il pantoprazolo, il lansoprazolo e l'omeprazolo sono presenti fra i primi 30 principi attivi a maggiore spesa farmaceutica convenzionata e consumi (Tabella 9 e 10). Nessun inibitore della pompa acida è compreso tra i primi trenta principi attivi a maggiore spesa per medicinali erogati nell'ambito della distribuzione diretta e per conto e dell'assistenza farmaceutica ospedaliera ed ambulatoriale (Tabella 21 e 24).

Nello specifico dei medicinali impiegati nel trattamento del diabete mellito, sul versante dell'assistenza convenzionata si osserva, in controtendenza con l'anno precedente, una considerevole riduzione della

spesa e dei consumi delle insuline ed analoghi ad azione lunga (rispettivamente -27,3% e -34,3%), mentre persiste la riduzione della spesa e dei consumi delle insuline e analoghi ad azione intermedia e ad azione rapida associate e delle insuline ad azione intermedia. Si registra un incremento (+2,3%) dei consumi degli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4), associato ad una lieve riduzione della spesa (-0,8%). Si riducono, invece, i consumi dei biguanidi e sulfonamidi in associazione (-17,4%), dei sulfonamidi da soli (-4,6%) e degli altri ipoglicemizzanti orali (-9,6%). Infine si segnala un sorprendente incremento dei consumi della vitamina D ed analoghi (+24,5%), diventando nel 2016 la prima categoria in termini di consumi (102,2 DDD/1000 ab die) nell'ambito dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo.

Relativamente all'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche, crescono in maniera rilevante i consumi e la spesa degli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4) (rispettivamente +19,7% e +11,0%) e degli altri ipoglicemizzanti orali (rispettivamente +45,4% e 18,4%), che includono, tra gli altri, gli inibitori del SGLT2 (i.e. canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin) la cui prima commercializzazione è avvenuta nell'anno 2015. L'insulina glargine è l'unico principio attivo a risultare compreso tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Invece in ambito ospedaliero, l'alglucosidasi acida umana ricombinante, indicata nel trattamento della malattia di Pompe, costituisce l'unico principio attivo appartenente alla categoria dell'apparato gastrointestinale e metabolismo tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa (Tabella 24).

In Italia il 63,4% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti ipoglicemizzanti nel 2016 (escluso le insuline), sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (Tabella 25: H-DB 3.1; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%). Relativamente all'analisi dell'appropriatezza d'uso dei farmaci nel diabete mellito, gli indicatori hanno mostrato che il 10,5% dei pazienti trattati con i DPP-IV non è in possesso dei requisiti stabiliti dalle limitazioni generali alla rimborsabilità, in riduzione rispetto agli anni precedenti; mentre non è risultato in trattamento il 67,2% dei pazienti pur essendo rispondente ai suddetti criteri, sebbene il trend sia nella direzione del miglioramento dell'appropriatezza d'uso (Tabella 25: H-DB 3.2 e 3.3).

Il 47,7% dei pazienti che ha assunto nel 2016 gli inibitori della pompa acida non è in possesso dei criteri definiti per la rimborsabilità dalle Note AIFA 1 e 48. Sebbene l'indicatore mostri un trend verso l'appropriatezza, negli ultimi anni il livello appare stabilizzato (Tabella 25: H-DB 7.1).

Sangue e organi emopoietici

I farmaci del sangue e degli organi emopoietici rappresentano la quinta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 1,54 miliardi di euro (25,4 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (19,1 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (6,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici ha registrato una riduzione del -4,6% rispetto al 2015, risultante da una minima crescita delle quantità consumate (+1,4%), controbilanciata dal calo dei prezzi (-0,8%) e da un consistente effetto mix negativo (-5,2%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato un aumento della spesa rispetto al 2015 (+10,4%) e un concomitante incremento dei consumi del +10,0% (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tabella 6), la categoria terapeutica più fre-

quentemente utilizzata è rappresentata dall'acido folico e derivati (64,5 DDD/1000 ab die), mentre al primo posto in termini di spesa si collocano le eparine non frazionate e a basso peso molecolare (2,6 euro pro capite), in particolare l'enoxaparina.

Sul versante degli acquisti di farmaci del sangue e degli organi emopoietici da parte delle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15), la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antiaggreganti piastrinici esclusa l'eparina (8,2 DDD/1000 ab die; comprendente la ticlopidina, clopidogrel, etc.), seguita dagli eparinici (6,6 DDD/1000 ab die) e dalle soluzioni infusionali (5,1 DDD/1000 ab die). Invece, la categoria a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli emoderivati impiegati nel trattamento delle malattie del sangue: fattori della coagulazione del sangue (5,7 euro pro capite), seguiti dai preparati antianemici (3,0 euro pro capite; comprendente l'eritropoietina, la darbepoetina, etc.).

L'enoxaparina e l'acido acetilsalicilico sono i primi due principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici compresi tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9); l'acido folico e l'acido acetilsalicilico sono compresi tra i primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata, rispettivamente al secondo e quarto posto, (Tabella 10). Il clopidogrel (tredicesima posizione, in discesa) rientra invece tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa rispetto al 2015 (Tabella 11).

Il fattore VIII ricombinante, il rivaroxaban, l'apixiban, la dabigratan, la darbepoetina alfa e l'epoetina alfa sono i principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici ad esser compresi tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Le soluzioni fisiologiche di sodio cloruro, l'enoxaparina e l'albumina umana si collocano tra i primi trenta principi attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero ed ambulatoriale (Tabella 24).

Il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso per questa categoria di medicinali ha focalizzato l'attenzione sull'uso delle eritropoietine alfa biosimilari (Tabella 25). Al riguardo il monitoraggio ha evidenziato un andamento temporale crescente dell'uso dei biosimilari nei pazienti naïve (H-DB 8.1); attualmente oltre il 70% dei pazienti sono avviati ad un nuovo ciclo di trattamento con la prescrizione di una epoetina alfa biosimilare.

Sistema nervoso centrale

I farmaci per il sistema nervoso centrale rappresentano la sesta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a circa 1,4 miliardi di euro (23,2 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (16,7 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (6,5 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci per il sistema nervoso centrale ha registrato un decremento del -2,5% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate (+1,7%), da un calo dei prezzi (-6,2%) e da un effetto mix positivo (+2,2%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci per il sistema nervoso centrale acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una crescita rispetto al 2015 sia della spesa (+13,0%), che dei consumi (+2,9%) (Tabella 15).

L'analisi delle sottocategorie nel regime di assistenza convenzionata ha evidenziato che gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono stabilmente i medicinali attivi sul sistema nervoso

più frequentemente utilizzati (28,2 DDD/1000 ab die), mentre gli altri antiepilettici, comprendenti i farmaci a base di topiramato, levetiracetam, gabapentin, pregabalin, lamotrigina, etc., sono la prima categoria per spesa convenzionata (3,7 euro pro capite), seguiti dagli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) (2,5 euro pro capite). Rispetto al 2015, si registrano rilevanti incrementi nel consumo degli "altri antipsicotici" (+35%), attribuibile alla crescita di aripiprazolo (+186%), e degli amidi (+30,5%), sottocategoria degli anestetici locali (es. la lidocaina) (Tabella 6).

Sul versante dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche, le diazepine, oxazepine e tiazepine (clozapina, olanzapina, quetiapina, etc.), sottocategoria degli antipsicotici, sono quelle che si associano al maggior consumo; invece i principi attivi appartenenti agli altri antipsicotici (in particolare quelli più recenti aripiprazolo, paliperidone, etc.) sono quelli che hanno registrato la maggiore spesa, con un incremento rispetto al 2015 del +12,1% (Tabella 15).

Il pregabalin è l'unico principio attivo che agisce sul sistema nervoso ad essere compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9), precedentemente era presente anche la duloxetina che tuttavia ha perso la copertura brevettuale a fine 2015. Nessun principio attivo tra quelli per il sistema nervoso centrale è compreso tra i primi trenta a maggior consumo in regime di assistenza convenzionata (Tabella 10), nel 2015 era presente la paroxetina.

Diversi principi attivi sul sistema nervoso rientrano tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2015, il tapentadol con un incremento del +24,3% è il primo (Tabella 11).

Il dimetilfumarato è il nuovo principio attivo indicato nel trattamento della sclerosi multipla recidivante-remittente, ed unico, a risultare compreso tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero ed ambulatoriale (Tabella 24). Tutti gli indicatori riconducibili a questa area terapeutica evidenziano un trend suggestivo di un miglioramento dell'appropriatezza d'uso nella pratica clinica quotidiana (Tabella 25). **In Italia il 40,3% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti antidepressivi nel 2016**, in miglioramento rispetto all'anno precedente (H-DB 6.2; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sistema respiratorio

I farmaci del sistema respiratorio rappresentano la settima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 828,7 milioni di euro (13,7 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (12,4 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (1,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema respiratorio ha registrato un decremento del -4,9% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di una rilevante riduzione delle quantità consumate (-4,0%), da una rilevante riduzione dei prezzi (-3,6%), controbilanciate da un effetto mix positivo (+2,8%) (Tabella 6). Per quanto riguarda, invece, l'analisi dei farmaci del sistema respiratorio acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una forte crescita rispetto al 2015 (+32,7%) e un lieve decremento dei consumi (-1,9%) (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la prima categoria terapeutica in termini di consumi e di spesa è rappresentata dagli antiasmatici adrenergici ed altri antiasmatici (11,6 DDD/1000 ab die e 5,7 euro pro capite), seguiti in termini di spesa dagli anticolinergici (2,5 euro pro capite) e dai glicocorticoidi (1,7 euro pro capite); seguono, invece, nel consumo i glicocorticoidi (8,5 DDD/1000 ab

die) e gli altri antiistaminici per uso sistemico (6,5 DDD/1000 ab die) (Tabella 6). La categoria a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli "altri preparati per il sistema respiratorio" (e.g. ivacaftor, il medicinale innovativo per il trattamento della fibrosi cistica), che assume il primo posto (0,4 euro pro capite) con un rilevante incremento rispetto al 2015 (+176,7%), derivante dalla recente commercializzazione di ivacaftor in Italia. La seconda categoria a maggior impatto sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche per farmaci respiratori è rappresentata dagli altri antiasmatici per uso sistemico (0,39 euro pro capite), che comprende medicinali di recente autorizzazione a base di roflumilast per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva e a base di omalizumab per il miglioramento del controllo dell'asma in pazienti con asma allergico grave persistente.

Il salmeterolo in associazione, il tiotropio e il formoterolo in associazione sono i primi tre principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema respiratorio compresi tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9), mentre rientrano tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa rispetto al 2015 (Tabella 11) il vilanterolo in associazione con fluticasone (prima posizione con una variazione rispetto al 2015 del +150,1%) e l'acclidinio bromuro (al quarto posto in termini di variazione: +27,3%).

Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 21 e 24).

Tutti gli indicatori hanno evidenziato ampi spazi di miglioramento nell'appropriatezza d'uso dei medicinali impiegati nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (Tabella 25). **In Italia il 13,4% dei pazienti con età uguale o maggiore di 40 anni è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie nel 2016**, evidenziando un trend sostanzialmente stabile (H-DB 4.4; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sistema genito-urinario

I farmaci del sistema genito-urinario rappresentano l'ottava categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a circa 424,6 milioni di euro (7 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (5,4 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (1,6 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema genito-urinario ha registrato un incremento del +2,4% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di una lieve riduzione delle quantità consumate (-0,6%), da una riduzione dei prezzi (-0,5%) e da un effetto mix positivo (+3,5%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema genito-urinario acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una crescita sia della spesa rispetto al 2015 (+11,3%) sia dei consumi (+8,9%) (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antagonisti dei recettori alfa-adrenergici (24,0 DDD/1000 ab die), invece, in termini di spesa, le prime due categorie sono rappresentate dagli inibitori del testosterone 5-alfa-redduttasi e dagli antagonisti dei recettori alfa-adrenergici, con rispettivamente 2,3 euro pro capite e 2,1 euro pro capite (Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, le gonadotropine rappresentano la categoria a maggiore incidenza sulla spesa (0,9 euro pro capite) (Tabella 15).

La dutasteride è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9), mentre la tamsulosina

e l'alfuzosina sono compresi tra i primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata (Tabella 10). La silodosina (undicesima posizione, in discesa rispetto all'anno precedente) e la dutasteride (ventunesima posizione, anch'essa in discesa rispetto all'anno precedente) rientrano tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa rispetto al 2015, con un incremento, rispettivamente, del +14,4% e del +5,8% (Tabella 11).

Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 21 e 24).

Preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali

I preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali rappresentano la nona categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 370,7 milioni di euro (6,1 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato sia dalla spesa derivante dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (3,7 euro pro capite), sia dal contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2,4 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per i preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali ha registrato un incremento del +8,0% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di un decremento delle quantità consumate (-0,6%), di una riduzione dei prezzi (-1,9%) e da un forte effetto mix positivo (+10,8%) (Tabella 6). Per quanto riguarda l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una decrescita della spesa rispetto al 2015 (-1,5%) e un incremento dei consumi (+6,7%) (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, le categorie a maggior spesa e consumo sono quelle rappresentate dagli ormoni tiroidei (0,6 euro pro capite e 19,6 DDD/1000 ab die) e dai glicocorticoidi (1,0 euro pro capite e 12,7 DDD/1000 ab die; Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, la somatotropina ed analoghi è la categoria a maggiore incidenza (30,3%) sulla spesa (Tabella 15). La levotiroxina è l'unico principio attivo appartenente alla classe dei preparati ormonali esclusi gli ormoni sessuali a collocarsi, in diciannovesima posizione, tra i primi trenta principi attivi a maggior consumo in regime di assistenza convenzionata (Tabella 10).

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

Sistema muscolo-scheletrico

I farmaci del sistema muscolo-scheletrico rappresentano la decima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 349,4 milioni di euro (5,76 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (4,93 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (0,83 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico ha registrato un decremento del -6,0% rispetto al 2015 e tale variazione risulta da una riduzione delle quantità consumate (-3,8%), e da una riduzione dei prezzi (-2,2%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato un incremento della spesa rispetto al 2015 (+9,1%) e un aumento dei consumi

(+11,5%) (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dai preparati inibenti la formazione di acido urico (8,6 DDD/1000 ab die), seguiti dai derivati dell'acido propionico (6,6 DDD/1000 ab die); invece, in termini di spesa, la prima categoria è rappresentata dai bifosfonati (0,99 euro pro capite) (Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, gli altri farmaci che agiscono sulla mineralizzazione (e.g. denosumab) rappresentano la categoria a maggiore incidenza sulla spesa (52,7%).

Nessun principio attivo appartenente alla categoria dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico risulta compreso tra i primi trenta a maggiore incidenza sulla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata, in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero ed ambulatoriale (Tabella 9, 21 e 24). Il febusostat è il principio attivo che rientra tra i primi trenta a maggiore variazione di spesa convenzionata posizionandosi al nono posto, per il trattamento dell'iperuricemia.

Tutti gli indicatori hanno evidenziato ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali impiegati nel trattamento dell'osteoporosi (Tabella 25). **In Italia il 52,1% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per l'osteoporosi nel 2016;** l'andamento dell'indicatore evidenzia un trend in leggero miglioramento (H-DB 5.4; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Organi di senso

I farmaci appartenenti alla categoria degli organi di senso rappresentano l'undicesima categoria terapeutica associata ad una spesa pubblica di 276,6 milioni di euro (4,56 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato prevalentemente dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2,86 euro pro capite) e in minor misura dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (1,7 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per medicinali degli organi di senso ha registrato un incremento del +1,2% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate (+0,5%), da una riduzione dei prezzi (-1,5%) e da un effetto mix positivo (+2,2%; Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato una crescita della spesa rispetto al 2015 (+12,6%) e un incremento dei consumi (+12,3%) (Tabella 15).

La categoria terapeutica a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata è rappresentata dai beta-bloccanti, che comprende i farmaci a base di timololo in associazione (l'unico principio attivo di questa categoria anche compreso tra i primi trenta a maggiore spesa) (Tabella 6 e 9). Invece, sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, quasi l'80% della spesa di questa categoria è attribuibile alle sostanze di antineovascolarizzazione, ossia i farmaci per il trattamento della degenerazione maculare, la cui spesa e la prescrizione sono ancora in aumento rispetto all'anno precedente (rispettivamente +8,9% e +10,8%; Tabella 15). Il ranibizumab e l'aflibercept sono gli unici principi attivi appartenenti a questa categoria a collocarsi tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

Farmaci vari

I farmaci appartenenti alla categoria vari rappresentano la dodicesima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 222 milioni di euro (3,66 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di questi medicinali da parte

delle strutture sanitarie pubbliche (3,56 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta relativamente marginale (0,10 euro pro capite) (Tabella 6 e 15). Per quanto riguarda l'analisi dei farmaci di questa categoria acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato un incremento della spesa rispetto al 2015 con una variazione del +6,9% ed un concomitante incremento dei consumi del +13,4% (Tabella 15). Le sostanze chelanti del ferro con 0,93 euro pro capite rappresentano la prima categoria per spesa, seguita dai mezzi di contrasto radiologici (0,84 euro pro capite). La spesa per antidoti è in rilevante crescita del +47,3% rispetto al 2015, essenzialmente determinata dall'acquisto di sugammadex, medicinale di recente autorizzazione, utilizzato per contrastare l'effetto miorelaxante da ganglioplegici, al termine dell'anestesia nei bambini. Il principio attivo sugammadex costituisce inoltre l'unico principio attivo appartenente a questa categoria a collocarsi tra i primi trenta a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero; il deferasiroxi si colloca tra i principi attivi a maggior incidenza sulla spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21 e 24).

Farmaci dermatologici

I farmaci dermatologici rappresentano la tredicesima categoria terapeutica associata ad una spesa pubblica pari quasi a 58,2 milioni di euro (0,96 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato sia dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (0,69 euro pro capite), sia dal contributo dato dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (0,27 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per medicinali dermatologici ha registrato una riduzione del -3,6% rispetto al 2015 e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate (-3,0%), da una riduzione dei prezzi (-2,0%) e da un effetto mix positivo (+1,4%; Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci di questa categoria acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati hanno evidenziato un decremento della spesa rispetto al 2015 (-3,1%) e una riduzione dei consumi (-13,8%) (Tabella 15).

**DATI GENERALI DI SPESA E DI CONSUMO
DEI FARMACI IN ITALIA**
(gennaio - settembre 2016)



Tabella e Figura 1. Composizione della spesa farmaceutica nei primi nove mesi del 2016

	Spesa (milioni di euro)	%	Δ% 16/15
Spesa convenzionata lorda	7.950	36,4	-3,0
Distr. Diretta e per conto di fascia A	4.104	18,8	19,1
Classe A privato	902	4,1	-3,2
Classe C con ricetta	2.260	10,3	0,8
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	1.780	8,1	-1,8
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari*	4.871	22,3	2,2
Totale	21.867	100,0	2,8

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

Nei primi nove mesi del 2016 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a circa 21,9 miliardi di euro, di cui il 77,4% è stato rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In prevalenza i medicinali a carico del SSN sono stati dispensati ai cittadini attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (36,4%). La spesa dei farmaci acquistati direttamente dal cittadino è stata di 4.942 milioni di euro, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (10,3%).

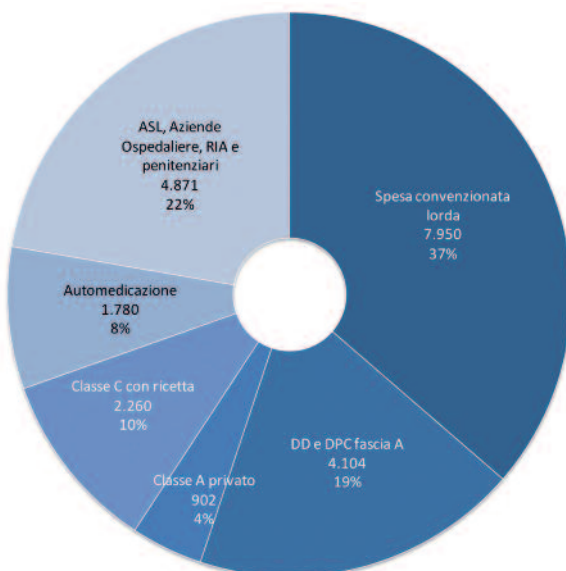
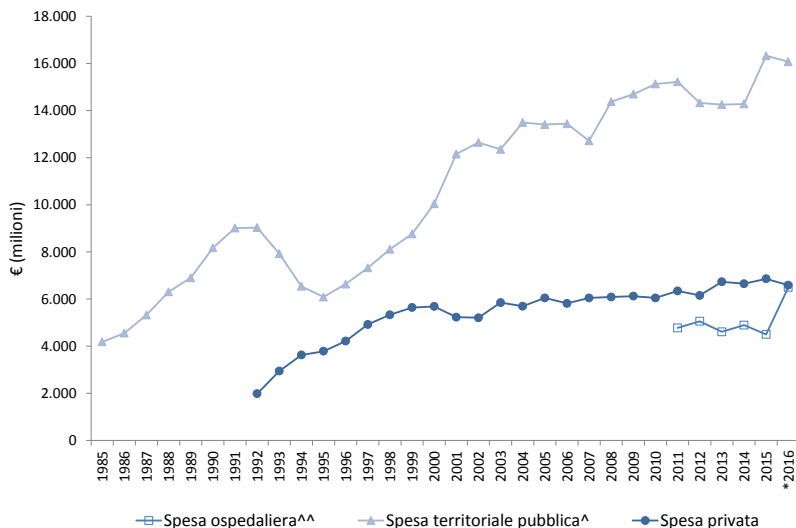


Figura 1a. Spesa farmaceutica in Italia nel periodo 1985–2016



*Valori stimati annualizzando la spesa relativa ai primi 9 mesi dell'anno

^ comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata (a lordo del pay-back 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 pay-back) al netto della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN

Fonte: elaborazione su dati OsMed e IMS Health

Tabella 1a. Spesa farmaceutica territoriale: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2011-2016

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ %	Δ %	Δ %	Δ %	Δ %
		(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	12/11	13/12	14/13	15/14	16/15
1+2+3+4	Spesa convenzionata lorda	9.375	8.666	8.450	8.244	8.194	7.950	-7,6	-2,5	-2,4	-0,6	-3,0
1+2	Compartecipazione del cittadino	975	1.052	1.074	1.121	1.137	1.154	7,9	2,1	4,4	1,4	1,5
1	Ticket per confezione	401	401	421	411	401	389	0,0	5,0	-2,4	-2,4	-3,0
2	Quota prezzo di riferimento	574	651	653	710	735	764	13,4	0,3	8,7	3,5	4,0
3	Sconto^	624	584	698	669	652	632	-6,4	19,5	-4,2	-2,5	-3,1
4	Spesa convenzionata netta	7.776	7.029	6.678	6.455	6.405	6.165	-9,6	-5,0	-3,3	-0,8	-3,8
5	Distr. Diretta di fascia A*	2.124	2.124	2.270	2.469	4.095	4.104	0,0	6,9	8,8	65,8	0,2
4+5	Spesa territoriale	9.900	9.153	8.948	8.924	10.501	10.269	-7,5	-2,2	-0,3	17,7	-2,2

^ comprende lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie; l'extrasconto da Determinazione AIFA 9 Febbraio 2007, successivamente modificata dalla Determinazione AIFA 15 giugno 2012; e lo sconto a carico dell'industria da Determinazione AIFA 30 Dicembre 2005. Lo sconto non comprende gli eventuali importi di ripiano della spesa farmaceutica territoriale a carico delle aziende farmaceutiche e della filiera distributiva.

* 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. In particolare, è stata applicata tale procedura al Lazio (per il mese di settembre); il dato della distribuzione diretta e per conto gen-set 2016 non è consolidato e, pertanto, coincide con la stima sviluppata nell'ambito del monitoraggio periodico della spesa farmaceutica condotto dall'AIFA. Invece il dato relativo al 2013-2014-2015 coincide con i 9/12 esimi del valore annuale individuato nell'ambito della Determinazione n.1346 del 27-9-2016.

Fonte: elaborazione su dati OsMed e IMS Health

Tabella2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2011-2016

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ %	Δ %	Δ %	Δ %	Δ %
		(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	12/11	13/12	14/13	15/14	16/15
1	Spesa convenzionata netta	7.776	7.029	6.678	6.455	6.405	6.165	-9,6	-5,0	-3,3	-0,8	-3,8
2	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	2.124	2.124	2.270	2.469	4.095	4.104	-0,0	6,9	8,8	65,8	0,2
1+2	Totale spesa pubblica	9.900	9.153	8.948	8.924	10.501	10.269	-7,5	-2,2	-0,3	17,7	-2,2
3	Compartecipazione del cittadino	975	1.052	1.074	1.121	1.137	1.154	7,9	2,1	4,4	1,4	1,5
4	Acquisto privato di fascia A*	810	852	905	902	932	902	5,2	6,2	-0,3	3,3	-3,2
5	Classe C con ricetta	2.421	2.275	2.251	2.224	2.242	2.260	-6,0	-1,1	-1,2	0,8	0,8
6	Automedicazione (SOP e OTC)	1.610	1.608	1.736	1.739	1.812	1.780	-0,1	8,0	0,2	4,2	-1,8
3+4+5+6	Totale spesa privata	5.816	5.787	5.966	5.986	6.123	6.096	-0,5	3,1	0,3	2,3	-0,4
	Totale spesa farmaceutica	15.716	14.940	14.914	14.910	16.623	16.364	-4,9	-0,2	-0,0	11,5	-1,6
	Quota a carico SSN (%)	63,0	61,3	60,0	59,9	63,2	62,8					

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

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

Tabella 2b. Consumi per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2011-2016

		2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)	2014 (milioni)	2015 (milioni)	2016 (milioni)	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 14/13	Δ% 15/14	Δ% 16/15
	Ricette #	441	442	456	457	447	439	0,2	3,2	0,3	-2,2	-1,9
	N° confezioni											
1	Convenzionata	814	818	839	850	851	837	0,5	2,6	1,3	0,1	-1,6
2	Classe A privato*	115	137	149	149	154	149	19,1	8,8	0,0	3,4	-3,2
3	Distribuzione Diretta e per conto di fascia A	ND	ND	ND	ND	ND	ND					
1+2+3	Totale classe A	929	955	988	999	1005	986	2,8	3,5	1,1	0,6	-1,9
4	Classe C con ricetta	215	204	192	191	187	189	-5,1	-5,9	-0,5	-2,1	1,1
5	Automedicazione (SOP e OTC)	227	211	218	211	212	204	-7,0	3,3	-3,2	0,4	-3,8
4+5	Totale classe C	442	415	410	402	399	393	-6,1	-1,2	-1,9	-0,8	-1,5
1+2+3+4+5	Totale confezioni	1.371	1.370	1.398	1.401	1.404	1.379	-0,1	2,0	0,2	0,2	-1,8
	DDD/1000 ab die #	964,9	985,8	1.035,4	1.035,9	1.116,2	1.126,1	2,2	5,0	0,0	7,8	0,9

ND: dato non disponibile

relative al consumo di medicinali in regime di dispensazione convenzionale

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

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

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

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**DINAMICA DELLA PRESCRIZIONE
(gennaio - settembre 2016)**



Tabella 3. Prescrizione farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e privata di fascia C: confronto regionale fra i primi 9 mesi del 2016 e 2015

	Spesa lorda pro capite classe A-SSN*		DDD/1000 abitanti die classe A-SSN		Spesa lorda pro capite classe C con ricetta		Spesa lorda pro capite Automedicazione (SOP, OTC)	
	€	Δ% 16/15°	N	Δ% 16/15°	€	Δ% 16/15°	€	Δ% 16/15°
Piemonte	113,61	-3,29	1.037,62	0,46	36,98	-0,99	29,65	-0,28
Valle d'Aosta	106,16	-8,73	935,82	-8,18	39,13	-2,55	36,12	-7,09
Lombardia	128,84	-2,59	1.061,75	0,78	38,11	-0,52	32,45	-1,68
P.A. Bolzano	95,97	-1,09	929,21	3,21	29,12	-2,41	37,05	-5,99
P.A. Trento	108,89	-0,10	1.091,69	2,27	32,68	-1,29	34,58	-4,23
Veneto	110,81	-2,76	1.095,07	0,76	35,42	-0,67	31,72	-1,71
Friuli V.G.**	118,01	-0,83	1.079,81	1,42	31,17	-2,86	26,50	-0,25
Liguria	111,47	-2,67	948,00	0,38	44,25	-1,32	34,49	-3,01
Emilia Romagna	98,84	-3,99	1.060,62	-0,34	38,75	0,04	30,38	-2,77
Toscana	106,40	-1,47	1.078,99	1,10	40,55	-0,38	32,99	-0,46
Umbria	123,45	-0,80	1.182,52	1,77	37,22	-0,70	27,12	0,16
Marche**	132,06	-1,99	1.122,60	2,08	38,51	2,15	27,61	2,00
Lazio	147,77	-3,17	1.251,53	0,28	39,44	-0,97	31,66	-0,91
Abruzzo	151,81	-1,37	1.171,06	1,43	32,72	-1,43	24,31	-2,96
Molise	124,47	-7,92	1.050,33	-2,61	26,23	-1,32	19,94	-4,18
Campania	163,48	-2,41	1.226,85	3,11	38,84	-0,81	28,04	-2,17
Puglia	159,41	-1,38	1.253,27	1,34	32,52	-1,37	23,62	-0,02
Basilicata	133,54	-2,18	1.070,00	-0,05	28,33	-0,77	19,43	-3,46
Calabria	153,69	-3,10	1.210,56	-0,23	35,97	-1,61	23,96	-2,88
Sicilia	144,53	-2,79	1.152,87	0,92	36,93	-1,21	24,82	1,71
Sardegna**	141,95	-7,33	1.217,79	-0,44	35,72	-2,83	24,21	-0,84
Italia	130,80	-2,69	1.126,15	0,89	37,25	-0,84	29,34	-1,27
Nord	115,69	-2,80	1.054,62	0,57	37,39	-0,74	31,51	-1,85
Centro	130,34	-2,36	1.172,96	0,88	39,51	-0,36	31,21	-0,34
Sud e isole	152,96	-2,76	1.200,44	1,31	35,64	-1,30	25,02	-0,92

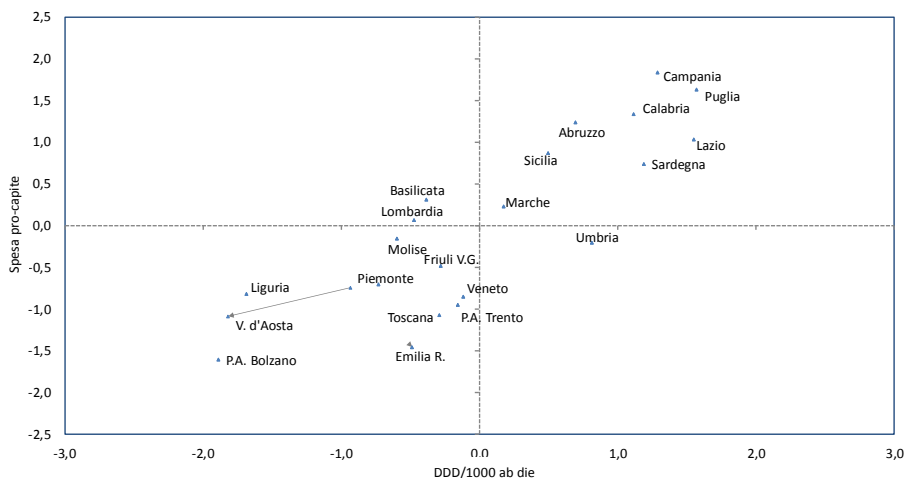
* Spesa pro capite erogata in regime di assistenza convenzionata, comprensiva dell'ossigeno

** Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

° Le variazioni percentuali sono calcolate su valori standardizzati della popolazione

Tabella 4. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2016 per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa e variazione rispetto all'anno precedente dei valori standardizzati rispetto alla media nazionale (Tabella e Figura)

	Differenza % dalla media nazionale			Rango spesa
	DDD/1000 ab die pesate	Costo medio DDD	Spesa lorda pro capite pesata	
Campania	8,94	14,73	24,98	1
Puglia	11,29	9,51	21,87	2
Calabria	7,50	9,31	17,50	3
Abruzzo	3,99	11,61	16,06	4
Lazio	11,13	1,66	12,98	5
Sicilia	2,37	7,94	10,50	6
Sardegna	8,14	0,36	8,53	7
Basilicata	-4,99	7,45	2,10	8
Marche	-0,32	1,29	0,97	9
Lombardia	-5,72	4,48	-1,50	10
Molise	-6,73	2,04	-4,83	11
Umbria	5,01	-10,11	-5,61	12
Friuli Venezia Giulia	-4,11	-5,91	-9,78	13
Piemonte	-7,86	-5,73	-13,14	14
Liguria	-15,82	1,24	-14,78	15
Veneto	-2,76	-12,87	-15,28	16
P.A. Trento	-3,06	-14,12	-16,75	17
Toscana	-4,19	-15,09	-18,65	18
Valle D'Aosta*	-16,90	-2,33	-18,83	19
Emilia Romagna	-5,82	-19,76	-24,43	20
P.A. Bolzano	-17,49	-11,07	-26,63	21



*La Valle d'Aosta ha avuto una variazione % rispetto al 2015 maggiore del 5%, sia in termini di spesa pro capite, che di consumi. Nel grafico, la freccia evidenzia il valore regionale del 2015 e del 2016.

Tabella 5. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2016 e 2015

	Spesa lorda 2016* (milioni)	Spesa lorda pro capite pesata	Δ% 2016-2015			Δ% costo medio DDD	
			spesa	DDD	prezzi mix		
Piemonte	537,14	113,48	-3,75	0,34	-2,69	-1,42	-4,07
Valle d'Aosta	13,88	105,96	-9,24	-8,37	-5,25	4,54	-0,95
Lombardia	1.283,04	128,67	-2,18	1,25	-2,51	-0,91	-3,39
PA Bolzano	45,93	95,92	-0,73	3,95	-4,24	-0,28	-4,50
PA Trento	56,95	108,54	0,23	2,93	-3,39	0,80	-2,62
Veneto	545,49	110,55	-2,78	1,09	-2,63	-1,23	-3,83
Friuli Venezia Giulia	156,85	117,76	-1,15	1,45	-2,87	0,31	-2,57
Liguria	203,94	111,25	-3,64	-0,26	-2,83	-0,58	-3,39
Emilia Romagna	457,86	98,67	-4,37	-0,37	-2,79	-1,26	-4,01
Toscana	425,41	105,58	-1,97	0,89	-2,68	-0,15	-2,83
Umbria	117,77	123,45	-1,49	1,43	-3,10	0,22	-2,88
Marche	214,97	132,06	-2,53	1,90	-3,89	-0,47	-4,34
Lazio	846,38	147,29	-3,14	0,66	-2,19	-1,62	-3,77
Abruzzo	203,77	149,42	-1,27	1,40	-3,07	0,45	-2,63
Molise	40,47	123,66	-8,61	-2,98	-3,56	-2,33	-5,81
Campania	838,44	162,28	-2,54	3,39	-2,09	-3,73	-5,74
Puglia	623,64	158,65	-1,40	1,66	-2,08	-0,95	-3,01
Basilicata	76,86	133,14	-2,72	-0,24	-2,81	0,33	-2,49
Calabria	289,49	153,15	-3,45	-0,23	-2,36	-0,89	-3,23
Sicilia	680,77	142,10	-3,01	0,93	-2,45	-1,49	-3,90
Sardegna	238,55	141,83	-7,11	0,16	-2,84	-4,54	-7,26
Italia	7.897,59	130,18	-2,82	1,05	-2,55	-1,32	-3,83

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

Tabella 6. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2016 e 2015

I livello ATC/ Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2016-2015				Δ% costo medio DDD
			spesa	DDD	prezzi	mix	
Italia	130,18	1.126,15	-2,82	1,05	-2,55	-1,32	-3,83
C-Sistema cardiovascolare	41,48	467,84	-1,08	0,35	-2,18	0,77	-1,42
Inibitori della HMG CoA reductasi	7,80	69,52	-1,50	2,97	-1,19	-3,19	-4,34
Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	4,40	37,90	-4,49	-1,88	-3,22	0,57	-2,66
Antagonisti dell'angiotensina II, non associati	4,40	55,80	-2,82	0,47	-3,43	0,16	-3,28
Derivati diidropiridinici	3,33	51,16	-0,92	-0,80	-0,41	0,29	-0,13
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non associati	3,04	86,85	-7,35	-0,67	-4,94	-1,88	-6,73
Betabloccanti, selettivi	3,00	36,47	3,50	1,74	-0,79	2,54	1,72
Altri ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti	2,39	5,90	9,96	9,25	-0,00	0,66	0,66
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici	2,30	23,12	-11,70	-3,18	-8,61	-0,20	-8,80
Inibitori HMG CoA reductasi c/altri modificatori dei lipidi	2,15	3,79	5,65	5,59	-0,00	0,06	0,06
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e calcioantagonisti	1,29	9,39	17,31	20,14	0,07	-2,42	-2,35
Antagonisti dell'angiotensina II associati a calcio-antagonisti	1,04	4,15	14,23	15,85	-1,42	0,02	-1,40
Bloccanti dei recettori alfa adrenergici	0,93	7,53	0,41	0,59	-0,14	-0,03	-0,18
Nitrati organici	0,88	11,16	-11,08	-11,06	-0,41	0,38	-0,02
Antiariitmici, classe IC	0,69	4,54	2,04	-0,36	-1,24	3,69	2,41
Sulfonamidi, non associate	0,65	26,08	0,14	0,71	-0,31	-0,25	-0,56
Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici	0,49	3,62	-4,76	-4,47	-0,09	-0,21	-0,30
Betabloccanti selettivi e tiazidi	0,46	4,84	12,50	11,47	-0,01	0,93	0,92
Antagonisti dell'aldosterone	0,37	3,18	0,24	-0,67	0,25	0,67	0,92
Fibrati	0,27	2,55	-0,39	0,38	-0,01	-0,76	-0,77
Antiariitmici, classe III	0,21	2,95	-1,43	-0,89	-0,08	-0,46	-0,55
Agonisti dei recettori dell'imidazolina	0,19	1,84	-21,36	-5,19	-17,18	0,14	-17,06
Derivati benzotiazepinici	0,18	1,41	-8,49	-7,95	-0,27	-0,32	-0,59
Derivati fenilalchilaminici	0,14	1,54	-7,61	-7,89	-0,08	0,37	0,30
Betabloccanti selettivi ed altri diuretici	0,12	2,23	-5,62	-5,64	-0,11	0,14	0,02
Altri preparati cardiaci	0,11	0,15	-29,86	-28,19	-6,63	4,61	-2,33
Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio	0,11	2,82	-8,84	-9,66	-0,00	0,90	0,90
Betabloccanti, non selettivi	0,11	1,62	-0,94	-1,14	-0,02	0,22	0,20
A-Apparato gastrointestinale e metabolismo	24,00	242,80	-3,68	5,36	-2,27	-6,46	-8,58
Inibitori della pompa acida	10,14	68,65	-11,20	-7,66	-4,27	0,46	-3,83
Insuline e analoghi, ad azione rapida	2,84	7,60	-0,14	-0,51	-0,00	0,37	0,37
Vitamina d e analoghi	2,52	102,16	31,75	24,54	-0,11	5,91	5,79
Acido aminosalicilico ed analoghi	1,29	4,40	3,43	3,69	-0,05	-0,20	-0,25
Antibiotici	1,12	2,01	-3,67	-3,65	-0,01	-0,02	-0,03
Biguanidi	1,03	20,44	0,77	1,29	-0,57	0,05	-0,52
Altri antiulcera peptica	0,63	2,60	2,17	1,51	-0,01	0,65	0,64
Preparati a base di acidi biliari	0,48	2,11	-1,05	-1,39	-0,03	0,38	0,35
Altri ipoglicemizzanti orali	0,43	3,39	-5,29	-9,64	-2,46	7,46	4,81
Sulfonamidi, derivati dell'urea	0,42	10,34	-1,65	-4,56	-2,87	6,09	3,05
Biguanidi e sulfonamidi in associazione	0,37	3,50	-8,21	-17,39	-2,96	14,51	11,11
Insuline e analoghi, ad azione lunga	0,37	0,49	-27,34	-34,30	-3,76	14,92	10,60

I livello ATC/ Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2016-2015				Δ% costo medio DDD
			spesa	DDD	prezzi	mix	
Calcio, associazioni con altri farmaci	0,35	5,01	-4,20	-4,70	-0,01	0,53	0,53
Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio	0,30	1,80	3,72	3,38	-0,00	0,34	0,33
Antagonisti dei recettori H2	0,24	2,09	-10,47	-4,24	-0,69	-5,85	-6,51
Insuline e analoghi, ad azione intermedia e ad azione rapida associate	0,22	0,60	-19,67	-19,82	-0,03	0,22	0,19
Corticosteroidi per uso topico	0,21	0,40	0,46	-2,07	-0,12	2,70	2,58
Antagonisti della serotonina (5HT3)	0,16	0,03	4,44	-4,60	-0,54	10,06	9,47
Preparati a base di enzimi	0,14	0,60	5,28	5,28	-0,00	0,00	0,00
Inibitori dell'alfa glucosidasi	0,14	0,66	-1,75	-0,13	-0,00	-1,61	-1,62
Inibitori della dipeptil peptidasi 4 (DPP-4)	0,11	0,18	-0,78	2,34	-7,96	5,34	-3,05
N -Sistema nervoso centrale	16,74	62,57	-2,52	1,71	-6,19	2,17	-4,16
Altri antiepilettici	3,68	4,93	3,45	4,88	-0,13	-1,23	-1,37
Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina	2,48	28,17	-5,17	0,33	-4,47	-1,06	-5,48
Altri antidepressivi	1,76	8,74	-26,73	3,27	-27,38	-2,30	-29,05
Alcaloidi naturali dell'oppio	1,35	2,07	8,65	1,99	-0,05	6,58	6,53
Derivati della fenilpiperidina	0,89	0,58	2,11	1,45	-0,94	1,60	0,64
Altri oppiacei	0,89	1,03	15,05	4,24	-0,06	10,44	10,37
Agonisti della dopamina	0,88	1,13	8,08	6,95	-0,59	1,66	1,06
Agonisti selettivi dei recettori 5HT1	0,75	0,79	-16,64	-0,50	-14,90	-1,56	-16,22
Derivati degli acidi grassi	0,68	2,15	0,81	0,42	-0,05	0,44	0,39
Inibitori della monoaminoossidasi di tipo B	0,61	1,27	-1,26	10,88	-5,38	-5,88	-10,95
Diazepine, oxazepine e tiazepine	0,58	1,07	2,79	6,86	-7,22	3,67	-3,81
Dopa e suoi derivati	0,52	2,13	1,42	2,62	-1,01	-0,16	-1,17
Derivati della carbossamide	0,38	1,91	-2,74	-1,32	-0,14	-1,30	-1,44
Amidi	0,21	0,21	30,48	30,51	-0,03	0,01	-0,02
Altri antipsicotici	0,15	0,27	-1,99	34,98	-27,87	0,66	-27,39
Anticolinesterasici	0,14	0,58	0,90	5,98	-4,30	-0,51	-4,80
Inibitori non selettivi della ricaptazione di monoamine	0,13	1,08	-0,88	-0,81	-0,01	-0,07	-0,08
R-Sistema respiratorio	12,39	45,41	-4,93	-4,05	-3,61	2,79	-0,92
Adrenergici ed altri antiasmatici	5,74	11,57	-5,51	3,07	-5,87	-2,61	-8,32
Anticolinergici	2,49	5,94	-4,70	-2,66	-2,15	0,06	-2,09
Glicocorticoidi	1,66	8,49	-10,10	-10,85	-0,14	0,97	0,83
Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici	0,74	4,74	-13,29	-10,37	-5,64	2,53	-3,25
Altri antistaminici per uso sistemico	0,60	6,52	-5,03	-5,14	-0,03	0,15	0,12
Adrenergici in combinazione con anticolinergici	0,38	1,15	108,11	36,53	-2,43	56,22	52,43
Antagonisti dei recettori dei leucotrieni	0,37	2,03	-3,61	-2,25	-0,31	-1,09	-1,39
Derivati piperazинici	0,31	4,11	-8,28	-7,44	-0,27	-0,63	-0,90
J-Antimicrobici generali per uso sistemico	9,86	20,63	-8,00	-7,04	-0,59	-0,45	-1,04
Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	2,20	8,42	-5,39	-4,95	-0,44	-0,02	-0,46
Cefalosporine di terza generazione	2,16	1,70	-11,73	-8,01	-0,29	-3,76	-4,04
Fluorochinoloni	1,61	2,77	-10,57	-9,67	-1,15	0,15	-1,00
Macrolidi	1,16	3,52	-10,16	-11,17	-0,09	1,24	1,14
Derivati triazolici	0,82	0,68	-5,51	-5,47	-0,78	0,74	-0,04
Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa	0,46	0,24	2,10	2,14	-1,89	1,89	-0,04
Altri antibatterici	0,43	0,34	-3,72	-3,64	-0,01	-0,08	-0,09
Immunoglobuline specifiche	0,34	0,01	-5,23	-4,41	-0,80	-0,06	-0,86
Penicilline ad ampio spettro	0,21	1,92	-6,50	-7,15	-0,42	1,12	0,70

I livello ATC/ Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2016-2015				Δ% costo medio DDD
			spesa	DDD	prezzi	mix	
B-Sangue e organi emopoietici	6,29	145,94	-4,64	1,41	-0,78	-5,23	-5,97
Eparinici	2,58	3,57	-8,64	-8,28	-0,94	0,56	-0,39
Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	2,30	61,56	1,71	0,04	1,19	0,46	1,66
Acido folico e derivati	0,31	64,54	-1,52	3,64	-2,38	-2,66	-4,98
Ferro bivalente, preparati orali	0,26	3,07	6,58	-6,12	12,83	0,62	13,53
Antagonisti della vitamina K	0,17	5,43	-9,37	-8,52	-0,00	-0,92	-0,92
Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,14	0,01	-20,11	-20,15	-3,57	3,77	0,06
Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,12	0,25	-8,37	-8,48	-0,08	0,19	0,12
G-Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	5,36	42,15	2,38	-0,59	-0,47	3,47	2,98
Inibitori della testosterone-5-alfa reduttasi	2,34	9,70	4,76	4,46	-0,04	0,32	0,28
Antagonisti dei recettori alfa adrenergici	2,10	24,01	4,93	3,46	-0,01	1,43	1,42
Inibitori della prolattina	0,12	0,13	-0,70	-2,55	-0,44	2,34	1,89
M-Sistema muscolo-scheletrico	4,93	38,14	-6,04	-3,78	-2,25	-0,10	-2,35
Bifosfonati	0,99	6,49	-8,87	-1,97	-6,06	-1,04	-7,03
Coxibs	0,90	4,11	-8,64	-8,09	-0,22	-0,38	-0,60
Preparati inibenti la formazione di acido urico	0,76	8,64	9,32	2,45	-1,04	7,83	6,70
Bifosfonati e calcio, preparazioni sequenziali	0,71	3,04	-11,52	-6,83	-5,02	-0,01	-5,03
Derivati dell'acido propionico	0,62	6,58	-6,91	-7,03	-0,10	0,22	0,13
Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	0,61	4,90	-4,07	-2,71	-0,07	-1,34	-1,40
Altri farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	0,14	2,27	-10,30	-10,20	-0,26	0,15	-0,11
Oxicam-derivati	0,11	1,11	-7,14	-7,43	-0,30	0,61	0,31
L-Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	2,96	4,55	-5,55	0,39	-1,37	-4,61	-5,92
Inibitori enzimatici	1,21	2,22	5,49	6,07	-0,07	-0,48	-0,54
Inibitori della calcineurina	0,55	0,23	-27,29	-12,00	-0,35	-17,09	-17,38
Analoghi dell'acido folico	0,55	0,10	5,27	6,57	-1,25	0,03	-1,22
Antiandrogeni	0,14	0,36	2,02	3,22	-1,21	0,05	-1,16
Altri antineoplastici	0,11	0,24	3,95	4,93	0,30	-1,23	-0,93
S-Organ di senso	2,86	19,03	1,23	0,50	-1,47	2,24	0,73
Betabloccanti	1,60	10,35	2,83	0,38	-0,02	2,45	2,43
Analoghi delle prostaglandine	1,00	5,54	2,51	0,68	-0,84	2,68	1,81
Inibitori dell'anidrasi carbonica	0,17	1,48	-16,86	0,79	-15,82	-2,00	-17,51
H -Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2,37	33,89	8,01	-0,64	-1,88	10,78	8,70
Glicocorticoidi	1,01	12,69	-3,87	-2,98	-0,78	-0,14	-0,92
Ormoni tiroidei	0,64	19,62	5,45	0,81	-0,00	4,60	4,60
Ormoni paratiroidei	0,46	0,09	90,89	90,89	-0,08	0,08	-0,00
Vasopressina e analoghi	0,11	0,12	-1,05	-1,51	-0,21	0,68	0,46
D-Dermatologici	0,69	2,25	-3,61	-3,01	-1,96	1,37	-0,62
Altri antipsoriasici per uso topico	0,42	1,09	-4,49	-4,59	-0,16	0,26	0,10
P-Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,15	0,84	1,75	3,39	-0,13	-1,46	-1,59
V-Vari	0,10	0,12	7,34	7,91	-4,63	4,30	-0,53

Nota: Le categorie per ogni raggruppamento ATC al I livello e le sottocategorie incluse sono quelle con una spesa pro capite superiore a 0,1 euro. Relativamente alla categoria Vari non sono stati considerati i parametri di spesa e consumo dei gas medicali.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**CATEGORIE TERAPEUTICHE E PRINCIPI ATTIVI
(gennaio - settembre 2016)**



Tabella 7. Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro capite per i farmaci di classe A-SSN nei primi 9 mesi 2016 (popolazione pesata) *

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	S	H	V	D	P	Z
Piemonte	36,57	20,50	16,95	10,88	7,08	3,79	3,82	5,10	2,83	3,08	2,10	0,15	0,62	0,14	113,61
V. D'Aosta	32,40	18,27	16,93	12,26	6,27	2,23	4,45	5,09	2,54	3,13	1,73	0,25	0,49	0,13	106,16
Lombardia	39,09	23,15	19,40	11,93	7,85	8,24	3,77	5,27	4,47	2,47	1,90	0,50	0,60	0,20	128,84
P.A. Bolzano	30,21	14,32	17,81	9,99	4,69	5,06	3,47	3,90	2,31	1,93	1,72	0,07	0,47	0,13	95,97
P.A. Trento	33,97	19,82	15,59	11,47	6,87	4,06	3,70	5,04	2,85	2,18	2,05	0,37	0,74	0,19	108,89
Veneto	38,58	19,41	15,24	10,07	6,14	4,48	3,87	4,82	2,86	2,56	1,67	0,30	0,62	0,20	110,81
Friuli V.G.	39,71	20,21	16,78	10,22	5,58	6,33	4,22	4,74	3,54	3,22	2,26	0,28	0,71	0,20	118,01
Liguria	36,53	21,58	16,28	11,58	6,33	2,26	3,95	5,26	2,35	2,98	1,48	0,22	0,58	0,08	111,47
Emilia R.	35,27	16,91	12,69	10,02	6,34	2,92	3,26	4,59	1,00	3,12	1,74	0,20	0,59	0,19	98,84
Toscana	33,57	19,45	14,76	11,53	7,87	3,04	3,85	4,78	0,39	3,52	2,04	0,85	0,59	0,18	106,40
Umbria	39,87	23,74	17,44	10,96	9,29	2,88	3,91	6,12	2,48	3,26	2,64	0,06	0,61	0,20	123,45
Marche	43,98	23,94	16,78	11,54	10,58	2,74	5,28	6,57	2,96	3,99	2,92	0,05	0,57	0,17	132,06
Lazio	45,99	25,74	17,62	14,22	11,49	9,41	6,13	5,96	3,02	3,13	3,70	0,54	0,68	0,14	147,77
Abruzzo	43,12	29,06	22,05	11,08	11,69	8,58	5,94	5,45	3,92	3,65	3,87	2,57	0,72	0,11	151,81
Molise	42,66	21,21	15,07	9,92	10,85	5,35	5,21	5,02	3,01	2,31	2,27	0,88	0,61	0,07	124,47
Campania	49,60	32,69	16,04	16,82	16,78	9,18	5,56	5,83	3,51	2,69	2,36	1,32	0,98	0,12	163,48
Puglia	49,78	28,32	17,40	14,96	14,57	9,96	8,33	5,87	3,20	2,66	2,70	0,80	0,76	0,09	159,41
Basilicata	42,18	25,12	14,48	13,54	10,54	6,46	5,82	5,91	2,76	2,82	2,63	0,46	0,74	0,09	133,54
Calabria	48,54	27,46	16,13	12,98	15,08	9,97	7,36	5,74	2,97	2,87	2,96	0,63	0,88	0,12	153,69
Sicilia	44,90	28,99	15,78	12,60	13,23	5,55	6,12	5,49	3,07	2,44	2,90	2,55	0,79	0,12	144,53
Sardegna	46,39	28,61	18,47	14,03	9,46	3,19	6,83	5,52	3,28	2,63	2,39	0,21	0,79	0,15	141,95
Italia	41,48	24,00	16,74	12,39	9,86	6,29	4,93	5,36	2,96	2,86	2,37	0,72	0,69	0,15	130,80
Nord	37,56	20,58	16,76	10,98	6,90	5,36	3,74	5,00	3,10	2,75	1,86	0,32	0,61	0,18	115,69
Centro	41,20	23,30	16,56	12,74	10,02	5,95	5,10	5,67	2,11	3,38	2,98	0,54	0,63	0,16	130,34
Sud e isole	47,34	29,41	16,82	14,21	14,06	7,84	6,56	5,68	3,27	2,70	2,73	1,41	0,83	0,11	152,96

Tabella 8. Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata per i farmaci di classe A-SSN nei primi 9 mesi 2016 (popolazione pesata) *

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	S	H	V	D	P	Z
Piemonte	432,92	215,77	66,48	36,77	15,90	135,52	32,07	42,88	4,55	20,69	31,43	0,05	1,83	0,76	1.037,62
V. D'Aosta	385,45	185,90	57,72	41,42	15,03	118,98	35,73	42,70	4,26	19,14	27,25	0,07	1,46	0,72	935,82
Lombardia	452,40	231,90	65,12	40,77	17,40	137,18	27,36	39,11	6,92	15,94	24,61	0,28	1,74	1,04	1.061,75
P.A. Bolzano	360,62	252,32	71,69	33,55	11,65	89,72	26,13	34,21	3,79	14,32	28,79	0,06	1,62	0,73	929,21
P.A. Trento	409,37	222,81	60,61	44,64	17,06	207,71	30,23	38,80	4,10	15,22	37,86	0,04	2,21	1,01	1.091,69
Veneto	464,86	298,76	56,96	36,39	14,90	103,66	29,04	37,47	4,73	17,13	28,32	0,05	1,80	0,99	1.095,07
Friuli V.G.	464,29	222,62	55,14	36,77	14,75	150,51	34,52	37,28	5,46	21,41	33,62	0,06	2,25	1,14	1.079,81
Liguria	395,93	224,17	68,74	40,96	13,18	91,86	27,86	40,26	3,81	18,68	20,45	0,01	1,66	0,41	948,00
Emilia R.	455,83	223,19	59,09	38,46	16,43	135,25	28,50	39,97	1,81	21,64	37,56	0,08	1,92	0,88	1.060,62
Toscana	439,55	221,37	75,49	40,95	18,39	142,48	33,41	41,03	1,21	23,71	38,12	0,05	2,20	1,03	1.078,99
Umbria	543,28	212,04	71,07	39,14	22,59	144,38	33,80	46,16	4,43	21,85	40,70	0,06	1,95	1,07	1.182,52
Marche	474,57	229,04	65,34	38,53	21,99	127,96	41,91	49,11	4,62	27,08	39,65	0,09	1,83	0,88	1.122,60
Lazio	484,99	235,99	60,64	52,50	22,81	231,37	45,50	45,98	4,83	21,39	42,31	0,08	2,33	0,82	1.251,53
Abruzzo	447,14	256,01	71,01	40,87	24,21	171,24	47,16	41,70	5,38	23,96	39,02	0,12	2,61	0,64	1.171,06
Molise	433,08	221,24	56,81	36,87	22,62	137,74	42,04	37,29	4,08	14,88	41,06	0,12	2,08	0,42	1.050,33
Campania	520,80	260,21	56,37	66,25	31,17	142,07	45,63	45,14	4,52	17,14	33,00	0,15	3,68	0,72	1.226,85
Puglia	500,07	287,23	58,77	58,27	28,45	146,70	61,56	45,05	4,59	17,76	41,85	0,11	2,35	0,50	1.253,27
Basilicata	443,68	225,52	55,36	49,12	23,32	119,02	45,82	44,35	3,78	18,30	38,75	0,07	2,49	0,43	1.070,00
Calabria	496,13	233,35	62,92	46,83	27,07	183,29	53,75	43,41	4,07	18,46	37,23	0,11	3,20	0,73	1.210,56
Sicilia	502,86	233,17	56,29	49,62	25,11	139,85	45,04	42,88	4,59	15,99	33,82	0,13	2,81	0,70	1.152,87
Sardegna	457,89	303,29	70,33	51,65	18,91	145,40	51,87	48,59	5,06	18,55	42,66	0,13	2,55	0,91	1.121,79
Italia	467,84	242,80	62,57	45,41	20,63	145,94	38,14	42,15	4,55	19,03	33,89	0,12	2,25	0,84	1.126,15
Nord	446,18	238,39	62,72	38,75	16,06	128,93	29,05	39,51	4,94	18,26	28,96	0,13	1,82	0,92	1.054,62
Centro	473,30	228,46	66,91	45,86	21,24	182,05	40,18	44,79	3,59	22,93	40,47	0,07	2,19	0,91	1.172,96
Sud e isole	495,78	258,18	59,64	54,77	26,87	147,96	50,02	44,31	4,59	17,70	36,91	0,13	2,93	0,67	1.200,44

*In ogni categoria sono evidenziati i valori minimo e massimo

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

Tabella 9. Primi trenta principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2012-2016

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	%	Rango 2016	Rango 2015	Rango 2014	Rango 2013	Rango 2012
A	Pantoprazolo	3,40	2,60	1	1	2	3	5
C	Rosuvastatina	3,15	2,41	2	2	1	1	1
C	Atorvastatina	2,67	2,04	3	5	6	9	4
A	Lansoprazolo	2,42	1,85	4	4	4	4	3
R	Salmeterolo e altri anti-asmatici	2,37	1,81	5	3	3	2	2
A	Colecalciferolo	2,22	1,70	6	14	24	42	63
C	Simvastatina e ezetimibe	2,15	1,64	7	8	9	12	12
A	Omeprazolo	2,12	1,62	8	6	5	5	7
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	2,11	1,61	9	7	7	6	8
G	Dutasteride	1,92	1,47	10	11	13	16	17
A	Esomeprazolo	1,85	1,42	11	9	8	11	14
C	Olmesartan medoxomil	1,80	1,38	12	12	12	13	15
B	Enoxaparina sodica	1,80	1,38	13	10	10	10	10
C	Olmesartan medoxomil e diuretici	1,63	1,25	14	16	16	17	19
N	Pregabalin	1,60	1,22	15	15	17	19	21
C	Ramipril	1,51	1,15	16	17	15	18	16
C	Bisoprololo	1,49	1,14	17	18	22	27	36
R	Tiotropio bromuro	1,47	1,13	18	13	11	8	9
R	Formoterolo e altri anti-asmatici	1,41	1,08	19	20	20	26	33
C	Simvastatina	1,33	1,01	20	19	18	20	18
C	Omega-3-trigliceridi	1,30	0,99	21	21	14	7	6
S	Timololo, associazioni	1,27	0,97	22	22	25	28	29
A	Mesalazina (5-ASA)	1,24	0,95	23	24	26	31	35
A	Insulina lispro	1,20	0,92	24	25	28	32	37
C	Amlodipina	1,18	0,90	25	26	23	25	26
A	Insulina aspart	1,14	0,87	26	27	27	29	31
B	Acido acetilsalicilico	1,10	0,84	27	29	31	23	22
C	Ezetimibe	1,09	0,83	28	39	59	80	128
C	Olmesartan med. e amlodipina	1,04	0,80	29	37	53	59	60
A	Rifaximina	1,03	0,79	30	30	30	35	45
Totale		52,02	39,77					
Totale spesa SSN		130,80	100,00					

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

Tabella 10. Primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2012-2016

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	%	Rango 2016	Rango 2015	Rango 2014	Rango 2013	Rango 2012
A	Colecalciferolo	100,13	8,89	1	1	1	3	3
B	Acido folico	64,54	5,73	2	2	3	4	4
C	Ramipril	61,19	5,43	3	3	2	1	1
B	Acido acetilsalicilico	52,58	4,67	4	4	4	2	2
C	Atorvastatina	37,33	3,31	5	5	5	5	6
C	Amlodipina	26,69	2,37	6	6	6	6	5
C	Furosemide	24,78	2,20	7	7	7	7	7
A	Metformina	20,44	1,81	8	9	10	11	11
A	Pantoprazolo	19,92	1,77	9	8	9	12	12
H	Levotiroxina sodica	19,59	1,74	10	10	12	9	9
A	Omeprazolo	17,60	1,56	11	11	11	10	10
A	Lansoprazolo	16,65	1,48	12	12	8	8	8
C	Simvastatina	14,77	1,31	13	13	13	13	14
C	Valsartan	14,59	1,30	14	14	14	15	15
C	Nebivololo	14,18	1,26	15	15	16	16	17
C	Rosuvastatina	12,36	1,10	16	17	15	14	13
A	Esomeprazolo	12,13	1,08	17	16	17	18	20
C	Enalapril	10,62	0,94	18	18	18	17	16
C	Valsartan e diuretici	10,58	0,94	19	19	19	19	19
G	Tamsulosina	9,42	0,84	20	23	24	25	25
C	Lercanidipina	9,30	0,83	21	21	22	22	22
C	Atenololo	9,18	0,82	22	20	21	21	21
C	Bisoprololo	9,17	0,81	23	27	28	33	36
C	Telmisartan	8,92	0,79	24	24	23	23	24
C	Irbesartan	8,54	0,76	25	26	25	24	23
J	Amoxicillina e inib. enzimatici	8,41	0,75	26	25	26	26	26
C	Nitroglicerina	8,16	0,72	27	22	20	20	18
C	Olmesartan medoxomil	8,02	0,71	28	31	34	36	41
C	Candesartan	7,96	0,71	29	28	29	28	27
G	Alfuzosina	7,80	0,69	30	33	33	32	32
Totale		645,53	57,32					
Totale DDD A-SSN		1.126,15	100,00					

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

Tabella 11. Primi trenta principi attivi* a maggiore variazione di spesa convenzionata rispetto all'anno precedente: confronto primi 9 mesi 2016-2015

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	Δ% 16/15	DDD/1000 ab die	Δ% 16/15
R	Vilanterolo e fluticasone fluorato	0,87	150,14	1,93	149,23
H	Teriparatide	0,46	91,30	0,09	90,60
A	Colecalciferolo	2,22	37,18	100,13	24,87
R	Acildinio bromuro	0,47	27,30	1,08	26,84
C	Ezetimibe	1,09	25,95	2,26	25,49
N	Tapentadol	0,66	24,26	0,38	23,64
C	Enalapril e lercanidipina	0,45	21,88	3,10	22,00
N	Oxicodone, combinazioni	0,90	15,88	0,67	11,20
M	Flebuxostat	0,54	15,81	1,48	15,10
C	Olmesartan medoxomil e amlodipina	1,04	14,48	4,15	15,68
G	Silodosina	0,62	14,44	4,42	14,02
C	Nebivolo e tiazidi	0,38	13,60	3,61	13,19
B	Clopidogrel	0,72	11,30	4,59	12,03
N	Levetiracetam	0,98	8,38	1,70	8,37
C	Atorvastatina	2,67	7,93	37,33	8,96
C	Flecainide	0,48	7,87	2,01	11,17
C	Perindopril e amlodipina	0,70	7,78	4,95	7,37
C	Bisoprololo	1,49	6,91	9,17	7,32
H	Levotiroxina sodica	0,62	5,97	19,59	0,66
C	Simvastatina e ezetimibe	2,15	5,88	3,79	5,45
G	Dutasteride	1,92	5,85	7,13	5,47
L	Letrozolo	0,70	5,85	1,11	6,35
N	Sertralina	0,49	5,52	7,16	2,63
L	Metotrexato	0,55	5,49	0,10	6,41
R	Formoterolo e altri anti-asmatici	1,41	4,46	2,92	5,63
A	Mesalazina (5-ASA)	1,24	3,74	4,09	3,65
N	Fentanil	0,89	3,71	0,58	1,57
C	Barnidipina	0,65	3,65	4,74	3,48
S	Timololo, associazioni	1,27	3,51	7,00	2,68
N	Rotigotina	0,51	3,45	0,34	3,32

*Selezionati tra le prime 100 sostanze a maggior spesa pro capite

FARMACI A BREVETTO SCADUTO
(gennaio - settembre 2016)



Figura 2. Spesa dei farmaci a carico del SSN per copertura brevettuale: primi 9 mesi del 2016

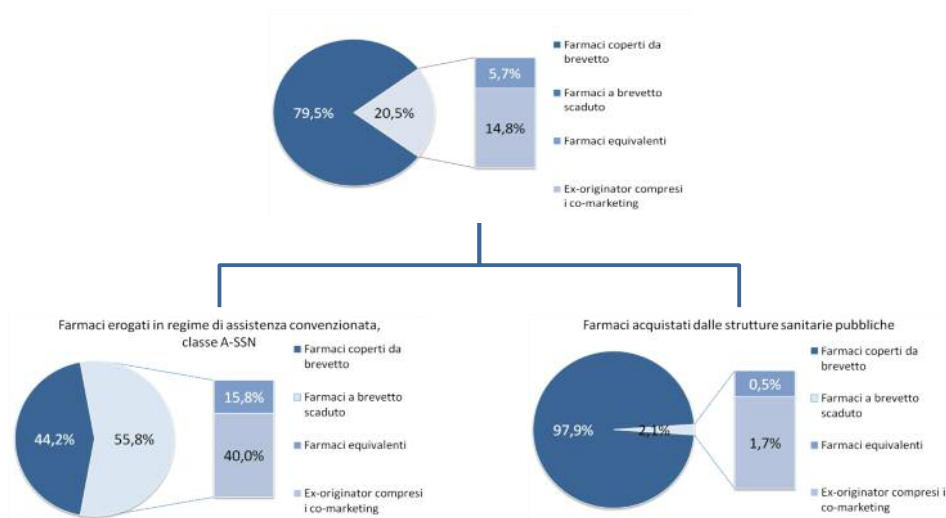


Figura 3. Consumo dei farmaci a carico del SSN per copertura brevettuale: primi 9 mesi del 2016

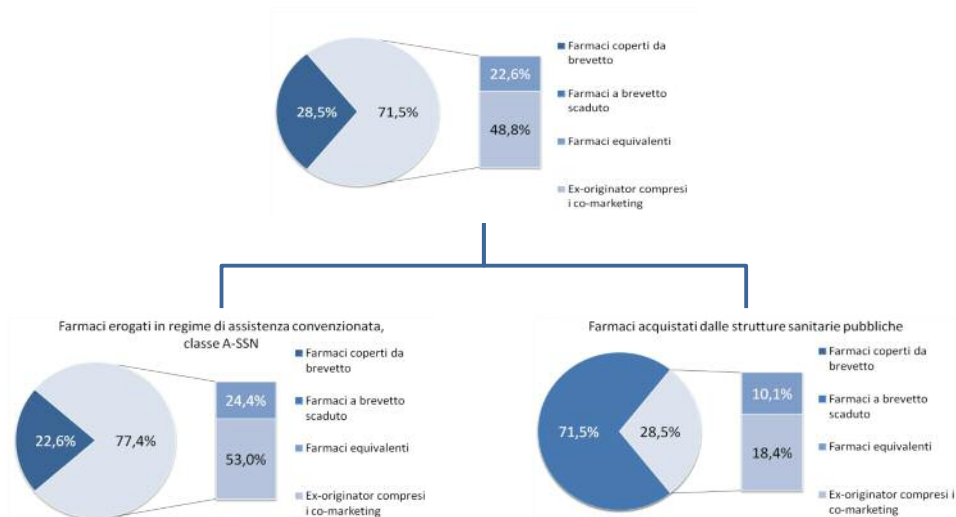


Tabella 12. Spesa e consumo SSN dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza AIFA*: confronto fra i primi 9 mesi del 2016 e 2015

	Consumi totali		Consumi farmaci a brevetto scaduto			Spesa ex-factory^ farmaci a brevetto scaduto			% Equivalenti**	
	DDD/1000 ab die	Δ% 16/15	DDD/1000 ab die	% sul totale DDD	Δ% 16/15	€ pro-capite	% sul totale spesa	Δ% 16/15	Spesa ex-factory^	DDD
Piemonte	1.199,9	0,9	863,7	72,0	4,4	41,2	20,6	-0,6	6,8	27,6
Valle d'Aosta	1.113,2	-7,8	784,1	70,4	-4,2	36,8	20,4	-4,5	7,1	27,5
Lombardia	1.173,3	1,3	838,5	71,5	4,4	43,5	20,3	3,0	8,0	30,1
P.A. Bolzano	1.129,9	4,6	748,0	66,2	6,6	35,5	18,4	4,1	6,6	26,0
P.A. Trento	1.260,1	3,4	935,0	74,2	7,8	41,0	22,9	2,6	9,7	33,9
Veneto	1.311,0	1,1	867,2	66,1	4,5	40,8	19,9	0,0	6,9	25,4
Friuli V.G.	1.234,3	1,7	887,9	71,9	4,3	42,0	21,6	2,6	7,5	27,8
Liguria	1.127,6	0,7	785,9	69,7	3,3	40,9	19,5	0,7	6,1	24,9
E. Romagna	1.380,7	0,8	990,7	71,8	3,5	42,2	19,7	0,8	6,5	26,7
Toscana	1.282,8	1,5	904,1	70,5	3,0	42,9	17,7	0,8	5,6	27,2
Umbria	1.366,8	1,4	1.011,7	74,0	4,4	48,7	21,3	3,9	5,6	21,7
Marche	1.273,1	1,7	906,0	71,2	5,1	48,9	21,3	2,0	4,9	18,8
Lazio	1.376,8	0,5	1.027,0	74,6	4,1	53,4	22,2	-0,2	4,6	18,2
Abruzzo	1.277,9	1,9	916,8	71,7	4,7	50,1	21,6	0,9	5,5	19,3
Molise	1.156,6	-2,5	820,4	70,9	-0,7	46,5	21,9	-4,4	4,5	15,1
Campania	1.343,7	4,0	977,3	72,7	8,4	58,2	20,5	4,1	4,0	15,8
Puglia	1.391,5	2,1	971,7	69,8	4,6	56,6	20,5	1,0	4,4	16,0
Basilicata	1.204,3	0,5	842,0	69,9	2,9	49,8	20,5	-0,2	3,6	13,8
Calabria	1.333,3	0,3	959,8	72,0	3,8	54,6	21,5	-1,5	3,6	13,8
Sicilia	1.277,2	1,4	947,5	74,2	4,4	52,0	22,0	1,8	4,6	17,0
Sardegna	1.391,2	0,9	953,2	68,5	0,4	51,1	18,7	-2,0	4,8	20,5
Italia	1.285,3	1,41	918,4	71,5	4,4	47,5	20,5	1,2	5,7	22,6
Nord	1.235,7	1,2	871,3	70,5	4,3	42,0	20,2	1,4	7,2	27,8
Centro	1.331,6	1,0	969,7	72,8	3,9	49,0	20,5	0,7	5,1	21,4
Sud e isole	1.328,3	2,0	954,4	71,9	5,0	54,4	20,8	1,4	4,3	16,5

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

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

^ la spesa ex-factory è calcolata applicando il percentuale del 66,65% alla spesa a prezzi al pubblico ai sensi dell'art.1, comma 40, della Legge 23 Dicembre 1996, n.662, e successive modificazioni intervenute, ovvero, nello specifico dei medicinali di cui all'art. 13, comma 1, lettera b) del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, coordinato con la legge di conversione 24 giugno 2009, n. 77, la spesa ex-factory è stata calcolata al lordo della quota dell'8% sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA trasferita dal produttore alla filiera distributiva.

Tabella 13. Primi venti principi attivi a brevetto scaduto a maggiore spesa farmaceutica SSN e corrispondenti consumi: confronto fra i primi 9 mesi del 2016 e 2015*

ATC	Principio attivo	Spesa ex-factory (milioni)	Spesa equivalenti** (%)	DDD/1000 abitanti die	Δ% 2016-2015	
					DDD	costo medio DDD
A	Pantoprazolo	206,12	47,99	19,92	-3,98	-4,80
C	Atorvastatina	161,95	32,13	37,33	8,96	-1,30
A	Lansoprazolo	147,09	63,12	16,65	-11,86	-4,50
A	Colecalciferolo	132,16	6,12	72,22	-9,93	48,91
A	Omeprazolo	128,73	30,00	17,60	-7,57	-5,55
J	Amoxicillina e inib. enzimatici	127,23	19,27	8,38	-5,34	-0,21
A	Esomeprazolo	111,29	32,02	12,09	-8,27	-1,20
N	Pregabalin	96,95	2,10	1,64	2,63	-3,52
C	Ramipril	91,62	34,48	61,19	1,37	-4,64
C	Bisoprololo	90,60	27,07	9,17	7,32	-0,75
C	Simvastatina	80,44	48,19	14,77	-2,25	-0,23
C	Omega-3-trigliceridi	78,88	39,15	3,64	0,88	-1,47
C	Amlodipina	71,39	29,44	26,69	-0,35	-0,30
J	Ceftriaxone	62,27	22,98	0,32	-6,36	-0,38
A	Metformina	62,15	40,84	20,43	1,11	-0,55
C	Nebivololo	61,00	21,35	14,18	2,91	-0,66
N	Levetiracetam	56,56	40,23	1,65	5,42	-3,01
C	Doxazosina	56,09	29,69	7,51	0,46	-0,17
A	Mesalazina(5-ASA)	53,04	11,30	3,11	-21,23	-7,20
B	Acido acetilsalicilico	52,14	11,21	43,03	-18,20	-2,85

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

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

**ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

(gennaio - settembre 2016)



Tabella 14. Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale tra i primi 9 mesi del 2016 (popolazione pesata)

	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die	
	€	Δ% 16/15	N.	Δ % 16/15
Piemonte	134,54	17,44	174,73	9,64
Valle D'Aosta	113,78	8,43	178,55	0,93
Lombardia	133,58	13,30	106,93	8,54
P.A. Bolzano	132,44	1,13	242,73	0,69
P.A. Trento	111,41	15,21	161,87	7,47
Veneto	137,70	12,03	224,96	6,17
Friuli V.G.	122,75	7,67	160,75	1,93
Liguria	142,71	11,85	190,08	6,02
Emilia Romagna	152,60	10,20	330,98	4,90
Toscana	178,89	12,30	202,34	4,68
Umbria	154,32	22,77	191,41	4,83
Marche	148,67	12,03	153,20	3,49
Lazio	149,16	11,24	116,81	5,29
Abruzzo	138,65	6,25	112,79	0,32
Molise	135,25	14,69	102,58	0,58
Campania	181,96	18,63	111,98	10,91
Puglia	176,86	9,75	126,67	5,75
Basilicata	164,08	10,93	129,89	6,09
Calabria	158,25	15,69	118,38	4,03
Sicilia	146,03	19,34	121,33	4,18
Sardegna	184,00	13,19	157,55	6,50
Italia	150,94	13,41	159,13	5,97
Nord	137,10	12,59	186,37	6,41
Centro	159,19	12,51	155,25	4,68
Sud e isole	165,83	14,98	122,10	6,05

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

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

Tabella 15. Spesa e consumi nei primi 9 mesi del 2016 per farmaci erogati dalle strutture pubbliche: categorie terapeutiche per I livello ATC

I liv. ATC/Sottogruppi	Spesa SSN pro capite	Inc. %	Δ% 16/15	DDD/1000 ab die	Inc. %	Δ% 16/15
L-Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	53,47		8,97	8,57		3,10
Anticorpi monoclonali	12,50	23,38	9,72	0,92	10,73	18,80
Inibitori della proteina chinasi	9,10	17,02	18,58	0,31	3,60	11,78
Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)	8,09	15,14	-1,18	1,04	12,11	5,09
Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	5,55	10,39	18,52	0,76	8,89	11,24
Altre sostanze ad azione immunosoppressiva	3,12	5,84	26,65	0,12	1,44	13,21
Interferoni	2,26	4,22	-14,84	0,64	7,42	-16,74
Altri antineoplastici	1,70	3,17	9,06	0,19	2,21	-0,55
Inibitori dell'interleuchina	1,54	2,89	25,09	0,19	2,20	31,06
Altri antagonisti ormonali e agenti correlati	1,39	2,60	11,16	0,11	1,29	11,98
Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	1,36	2,54	-0,68	0,97	11,30	2,10
Altre citochine e immunomodulatori	1,00	1,87	5,75	0,11	1,27	-6,61
Analoghi della pirimidina	0,90	1,68	12,18	0,44	5,11	1,96
Analoghi dell'acido folico	0,89	1,67	-2,43	0,09	1,06	-9,07
Fattori di stimolazione delle colonie	0,80	1,50	-12,75	0,09	1,06	-9,30
Inibitori della calcineurina	0,57	1,06	-0,46	0,34	3,94	3,41
Taxani	0,39	0,74	11,23	0,19	2,16	2,20
Antracicline e sostanze correlate	0,37	0,69	-0,94	0,11	1,33	-1,70
Antiandrogeni	0,36	0,68	59,99	0,76	8,88	-6,58
Antiestrogeni	0,35	0,66	10,03	0,24	2,84	12,80
Analoghi della mostarda azotata	0,33	0,62	6,62	0,07	0,81	24,48
Altri alcaloidi delle piante e prodotti naturali	0,23	0,43	-0,40	0,00	0,04	-0,54
Alcaloidi della vinca ed analoghi	0,18	0,33	13,95	0,05	0,55	0,88
J-Antimicrobici per uso sistemico	46,17		22,36	8,52		-5,67
Altri antivirali	27,65	59,89	56,86	0,57	6,73	45,47
Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, assoc.	4,65	10,07	2,26	1,06	12,45	-0,54
Inibitori della transcriptasi inversa, nucleosidi	1,78	3,86	6,15	0,74	8,66	6,36
Inibitori della proteasi	1,71	3,70	-56,45	0,43	5,08	-18,12
Vaccini anti-meningococcico	1,01	2,18	86,65	0,10	1,16	67,89
Immunoglobuline umane normali	0,97	2,11	7,51	0,09	1,03	-10,60
Vaccini batterici e virali in associazione	0,91	1,96	-5,54	0,09	1,04	6,81
Vaccini anti-pneumococcico	0,90	1,96	2,09	0,07	0,78	-2,03
Altri antimicotici per uso sistemico	0,87	1,89	1,49	0,01	0,10	3,10
Altri antibatterici	0,61	1,33	-19,94	0,05	0,58	35,36
Derivati triazolici	0,59	1,27	1,15	0,12	1,36	-4,80
Antibatterici glicopeptidici	0,50	1,09	-3,90	0,06	0,72	5,19
Immunoglobuline specifiche	0,49	1,05	0,87	0,02	0,19	-6,53
Inibitori della transcriptasi inversa, non nucleosidi	0,39	0,84	-7,95	0,28	3,29	-8,28
Antibiotici	0,34	0,73	-10,30	0,01	0,15	-15,16
Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	0,30	0,66	4,98	0,76	8,86	-3,15
Tetracicline	0,30	0,64	-0,86	0,03	0,35	10,22
Vaccini contro morbillo	0,27	0,58	18,00	0,05	0,58	15,38
Vaccino contro papillomavirus	0,25	0,53	3,59	0,03	0,30	13,97
Carbapenemi	0,19	0,42	-24,27	0,05	0,60	-23,40
Nucleosidi e nucleotidi escl. Inibitori della transcriptasi inversa	0,17	0,37	-5,90	0,16	1,91	-15,53
B-Sangue ed organi emopoietici	19,13		10,41	42,54		9,98
Fattori della coagulazione del sangue	5,75	30,07	3,64	0,05	0,13	14,99

I liv. ATC/Sottogruppi	Spesa SSN pro capite	Inc. %	Δ% 16/15	DDD/1000 ab die	Inc. %	Δ% 16/15
Altri preparati antianemici	3,04	15,88	-7,20	3,01	7,08	0,57
Inibitori diretti del fattore Xa	2,39	12,51	82,35	3,87	9,11	85,95
Eparinici	1,61	8,40	0,76	6,59	15,48	2,80
Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	1,57	8,22	6,70	8,16	19,19	7,09
Inibitori diretti della trombina	1,00	5,25	32,00	1,44	3,39	36,14
Soluzioni nutrizionali parenterali	0,65	3,41	-1,61	0,62	1,45	-9,10
Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,58	3,02	-1,64	5,13	12,07	-4,42
Altri emostatici per uso sistemico	0,47	2,46	24,09	0,03	0,06	26,89
Soluzioni ipertoniche	0,38	2,00	74,13	0,13	0,30	45,89
Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,26	1,35	-17,05	0,05	0,13	-6,32
Emostatici locali	0,24	1,24	-5,26	0,00	0,01	-3,53
Altri antitrombotici	0,23	1,22	37,70	0,42	0,98	0,57
Farmaci usati nell'angioedema ereditario	0,22	1,13	21,42	0,00	0,00	21,44
Fattori Enzimatici (e.g.: streptochinasi, etc.)	0,17	0,89	-3,82	0,00	0,00	1,80
A-Apparato gastrointestinale e metabolismo	9,22		12,28	32,15		8,52
Enzimi (e.g.: aglucerasi, etc.)	3,09	33,57	17,14	0,01	0,03	14,81
Insuline e analoghi, ad azione lunga	1,95	21,16	12,27	5,56	17,30	11,78
Biguanidi e sulfonamidi in associazione	1,28	13,92	8,73	3,88	12,06	10,32
Altri ipoglicemizzanti orali	0,75	8,09	18,39	1,88	5,84	45,41
Inibitori della dipeptil-peptidasi 4 (DPP-4)	0,72	7,82	11,00	1,90	5,90	19,69
Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo	0,23	2,47	-5,56	0,01	0,03	12,02
Insuline e analoghi, ad azione rapida	0,17	1,80	9,63	0,85	2,64	9,12
N -Sistema nervoso centrale	6,47		12,96	24,74		2,90
Altri antipsicotici	1,70	26,22	12,10	1,96	7,91	31,51
Altri farmaci del sistema nervoso	1,16	17,99	151,68	0,18	0,73	72,68
Diazepine, oxazepine e tiazepine	0,57	8,86	-9,75	3,48	14,05	-0,28
Dopa e suoi derivati	0,49	7,50	10,01	0,38	1,55	-3,93
Droghe utilizzate nella dipendenza da oppioidi	0,39	5,98	2,29	3,16	12,76	8,49
Altri antiepilettici	0,37	5,65	8,89	0,85	3,43	7,53
Anticolinesterasici	0,21	3,28	-27,06	1,59	6,44	-5,89
Idrocarburi alogenati	0,20	3,13	1,92	0,01	0,04	5,30
Amidi (e.g.: lidocaina, etc.)	0,19	2,90	-9,52	2,21	8,93	-16,32
H-Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	3,74		-1,52	5,56		6,74
Somatotropina e analoghi	1,13	30,30	-2,22	0,26	4,72	-1,08
Ormone anticrescita	1,04	27,81	3,82	0,19	3,33	4,54
Altre sostanze antiparatiroidiche	0,60	15,98	-14,05	0,29	5,18	-0,17
Ormoni paratiroidici	0,34	9,10	-15,54	0,10	1,76	-15,87
Altri ormoni della ghiandola pituitaria anteriore e analoghi	0,29	7,80	9,75	0,02	0,28	9,39
Glicocorticoidi	0,28	7,50	27,40	4,21	75,66	8,95
V-Vari	3,56		6,95	2,49		13,42
Sostanze chelanti del ferro	0,93	26,12	2,92	0,08	3,11	5,00
Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, nefrotropici, a bassa osmolarità	0,84	23,59	4,36	0,07	2,64	7,05
Antidoti	0,30	8,49	47,32	0,08	3,14	-3,45
Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia e dell'iperfosfatemia	0,27	7,59	-10,71	0,23	9,08	4,34
Mezzi di contrasto paramagnetici	0,26	7,34	-1,35	0,02	0,83	1,15
C-Cardiovascolare	3,46		19,11	18,08		9,65
Altri antipertensivi	1,73	49,97	6,95	0,07	0,38	8,13
Altri preparati cardiaci	1,10	31,72	18,97	2,22	12,29	19,95

I liv. ATC/Sottogruppi	Spesa SSN pro capite	Inc. %	Δ% 16/15	DDD/1000 ab die	Inc. %	Δ% 16/15
S-Organo di senso	1,70		12,57	2,08		12,32
Sostanze anti neovascolarizzazione	1,35	79,42	8,87	0,22	10,80	13,25
Corticosteroidi, non associati	0,23	13,55	30,11	0,01	0,54	15,19
G-Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	1,64		11,30	2,28		8,86
Gonadotropine	0,91	55,76	-0,64	0,15	6,61	2,74
Farmaci usati nella disfunzione erettile	0,28	17,16	18,22	0,15	6,70	30,81
R-Sistema respiratorio	1,27		32,74	2,71		-1,91
Altri preparati per il sistema respiratorio	0,41	32,62	176,75	0,00	0,18	146,83
Altri antiasmatici per uso sistemico	0,39	30,42	16,60	0,06	2,38	20,64
M-Sistema muscolo scheletrico	0,83		9,07	3,95		11,46
Altri farmaci che agiscono sulla mineralizzazione	0,44	52,74	27,60	2,00	50,73	29,98
D-Dermatologici	0,27		-3,12	5,42		-13,82
P-Farmaci antiparassitari insettici	0,02		-16,37	0,03		5,21

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

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

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

	A	B	C	E	A/E	B/E	C/E
	DD+CO* (€×1.000)	Spesa Non Convenzionata**		Spesa modello CE^ (€×1.000)	Incidenza % su CE		
		Rilevata (€×1.000)	Espansa^ (€×1.000)				
Piemonte	614.398	609.133	638.838	601.053	102%	101%	106%
Valle d'Aosta	13.687	14.667	14.841	13.230	103%	111%	112%
Lombardia	1.239.799	1.313.995	1.327.820	1.168.196	106%	112%	114%
P.A. Bolzano	63.102	60.713	61.793	64.960	97%	93%	95%
P.A. Trento	64.197	56.339	56.919	51.880	124%	109%	110%
Veneto	628.373	647.876	657.489	603.151	104%	107%	109%
Friuli V. G.	176.150	158.431	159.809	174.076	101%	91%	92%
Liguria	256.770	255.204	258.064	236.256	109%	108%	109%
Emilia R.	691.217	698.107	705.603	615.905	112%	113%	115%
Toscana	632.749	693.370	702.549	690.757	92%	100%	102%
Umbria	136.879	144.845	146.342	136.735	100%	106%	107%
Marche	238.273	239.803	241.443	241.160	99%	99%	100%
Lazio	813.314	837.648	850.815	798.521	102%	105%	107%
Abruzzo	179.537	187.911	189.473	187.516	96%	100%	101%
Molise	41.971	44.312	44.848	41.672	101%	106%	108%
Campania	855.901	927.955	937.027	937.275	91%	99%	100%
Puglia	696.773	684.856	694.642	621.733	112%	110%	112%
Basilicata	88.161	91.871	93.202	88.078	100%	104%	106%
Calabria	224.709	295.482	298.535	285.973	79%	103%	104%
Sicilia	626.955	687.595	697.384	673.932	93%	102%	103%
Sardegna	297.519	304.205	308.287	296.545	100%	103%	104%
Italia	8.580.436	8.954.318	9.085.725	8.528.604	101%	105%	107%

Nota: i dati dei flussi farmaceutici sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016 –escluso i vaccini–, consolidati al 05/01/2017.

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

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

^ vedi nota metodologica.

^ spesa voce B.1.A.1.1) dei modelli CE al termine del terzo trimestre 2015, relativa a: Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, aggiornata al 16-01-2017.

**ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO
(gennaio - settembre 2016)**



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

	DD (euro)	DPC (euro)	Totale (euro)	Inc% DD	Inc% DPC
Piemonte	370.779.190,82	67.893.683,98	438.672.874,80	84,5%	15,5%
Valle d'Aosta	6.093.032,28	1.812.523,20	7.905.555,47	77,1%	22,9%
Lombardia	945.721.188,10	122.300.574,90	1.068.021.763,00	88,5%	11,5%
Prov. A. Bolzano	36.034.685,79	6.001.957,15	42.036.642,94	85,7%	14,3%
Prov. A. Trento	30.882.533,44	10.196.257,67	41.078.791,11	75,2%	24,8%
Veneto	375.204.633,60	60.267.164,22	435.471.797,82	86,2%	13,8%
Friuli V.G.	87.530.288,91	26.897.517,52	114.427.806,43	76,5%	23,5%
Liguria	155.356.735,67	16.144.240,01	171.500.975,68	90,6%	9,4%
Emilia Romagna	465.621.278,74	32.166.428,28	497.787.707,02	93,5%	6,5%
Toscana	375.716.579,26	70.744.417,86	446.460.997,12	84,2%	15,8%
Umbria	94.551.745,56	15.009.660,32	109.561.405,88	86,3%	13,7%
Marche	126.954.523,98	35.150.529,31	162.105.053,29	78,3%	21,7%
Lazio	428.741.825,41	174.343.827,69	603.085.653,10	71,1%	28,9%
Abruzzo*	123.270.685,64		123.270.685,64	100,0%	0,0%
Molise	21.979.221,46	10.898.146,29	32.877.367,75	66,9%	33,1%
Campania	600.934.789,33	68.792.384,91	669.727.174,24	89,7%	10,3%
Puglia	435.409.919,35	101.840.404,09	537.250.323,45	81,0%	19,0%
Basilicata	49.973.409,71	13.441.510,43	63.414.920,14	78,8%	21,2%
Calabria	96.683.573,83	75.012.310,19	171.695.884,02	56,3%	43,7%
Sicilia	414.833.927,45	84.594.728,70	499.428.656,15	83,1%	16,9%
Sardegna	209.281.974,51	40.447.830,88	249.729.805,39	83,8%	16,2%
Italia	5.451.555.742,85	1.033.956.097,60	6.485.511.840,44	84,1%	15,9%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

* Non pratica la distribuzione in nome e per conto.

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

REGIONE	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
PIEMONTE	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VALLE D' AOSTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LOMBARDIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. BOLZANO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. TRENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VENETO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FRIULI VENEZIA GIULIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LIGURIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EMILIA ROMAGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%
TOSCANA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
UMBRIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARCHE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LAZIO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%
ABRUZZO	non effettua								
MOLISE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CAMPANIA	100%	100%	100%	100%	100%	50%	17%	17%	17%
PUGLIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BASILICATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CALABRIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SICILIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SARDEGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

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

REGIONE	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
PIEMONTE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VALLE D' AOSTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LOMBARDIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. BOLZANO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. TRENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VENETO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FRIULI VENEZIA GIULIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LIGURIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EMILIA ROMAGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOSCANA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
UMBRIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARCHE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LAZIO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ABRUZZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MOLISE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CAMPANIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	100%	100%
PUGLIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BASILICATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CALABRIA	88%	88%	88%	88%	88%	88%	86%	88%	86%
SICILIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
SARDEGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

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

Regione	Classe A (euro)	Classe C (euro)	Classe H (euro)	Totale (euro)	Inc% A	Inc% C	Inc% H
Piemonte	278.320.115,97	4.266.096,15	156.086.662,68	438.672.875	63,4%	1,0%	35,6%
Valle d'Aosta	5.906.513,73	106.356,81	1.892.684,93	7.905.555	74,7%	1,3%	23,9%
Lombardia	564.235.933,80	6.299.216,20	497.486.613,00	1.068.021.763	52,8%	0,6%	46,6%
P.A. Bolzano	25.292.710,05	780.076,61	15.963.856,28	42.036.643	60,2%	1,9%	38,0%
P.A. Trento	29.801.625,77	462.336,88	10.814.828,47	41.078.791	72,5%	1,1%	26,3%
Veneto	281.354.244,87	7.862.706,35	146.254.846,61	435.471.798	64,6%	1,8%	33,6%
Friuli VG	66.180.932,45	1.700.673,83	46.546.200,15	114.427.806	57,8%	1,5%	40,7%
Liguria	113.165.459,68	936.081,77	57.399.434,22	171.500.976	66,0%	0,5%	33,5%
Emilia R.	314.902.416,01	6.865.265,86	176.020.025,15	497.787.707	63,3%	1,4%	35,4%
Toscana	302.939.432,03	3.140.481,86	140.381.083,23	446.460.997	67,9%	0,7%	31,4%
Umbria	59.674.689,30	1.268.648,20	48.618.068,38	109.561.406	54,5%	1,2%	44,4%
Marche	97.598.593,79	514.539,30	63.991.920,20	162.105.053	60,2%	0,3%	39,5%
Lazio	411.999.099,48	3.474.287,36	187.612.266,26	603.085.653	68,3%	0,6%	31,1%
Abruzzo*	72.839.698,31	255.312,08	50.175.675,25	123.270.686	59,1%	0,2%	40,7%
Molise	23.187.209,18	122.368,21	9.567.790,36	32.877.368	70,5%	0,4%	29,1%
Campania	474.484.428,38	2.610.995,65	192.631.750,21	669.727.174	70,8%	0,4%	28,8%
Puglia	363.349.118,42	3.777.246,48	170.123.958,55	537.250.323	67,6%	0,7%	31,7%
Basilicata	43.345.176,71	812.529,06	19.257.214,37	63.414.920	68,4%	1,3%	30,4%
Calabria	128.851.158,26	728.349,58	42.116.376,18	171.695.884	75,0%	0,4%	24,5%
Sicilia	334.726.268,55	2.954.750,86	161.747.636,74	499.428.656	67,0%	0,6%	32,4%
Sardegna	165.252.697,02	1.757.235,65	82.719.872,72	249.729.805	66,2%	0,7%	33,1%
Italia	4.157.407.522	50.695.555	2.277.408.764	6.485.511.840	64,1%	0,8%	35,1%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

* Non pratica la distribuzione in nome e per conto.

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

	Principio attivo	ATC I	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Sofosbuvir	J	A	1.258.960.429	19,4%	19,4%
2	Fattore VIII	B	A	200.578.540	3,1%	22,5%
3	Adalimumab	L	H	186.071.453	2,9%	25,4%
4	Daclatasvir	J	A	159.832.738	2,5%	27,8%
5	Ritonavir/Ombitasvir/ Paritaprevir	J	A	150.592.760	2,3%	30,2%
6	Etanercept	L	H	143.492.783	2,2%	32,4%
7	Lenalidomide	L	H	135.542.864	2,1%	34,5%
8	Imatinib Mesilato	L	A	124.984.810	1,9%	36,4%
9	Fingolimod	L	A	82.248.058	1,3%	37,7%
10	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	74.008.370	1,1%	38,8%
11	Abiraterone Acetato	L	H	72.581.700	1,1%	39,9%
12	Interferone Beta 1A Ricombinante	L	A/C	70.481.908	1,1%	41,0%
13	Rivaroxaban	B	A	69.693.916	1,1%	42,1%
14	Insulina Glargine	A	A	67.961.702	1,0%	43,1%
15	Bosentan	C	A/H	62.906.439	1,0%	44,1%
16	Somatropina	H	A	62.722.046	1,0%	45,1%
17	Entecavir	J	A/C	58.921.801	0,9%	46,0%
18	Apixaban	B	A	58.027.262	0,9%	46,9%
19	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil/Rilpivirina	J	A/H/C	55.033.937	0,8%	47,7%
20	Everolimus	L	A/H/C	54.976.737	0,8%	48,6%
21	Dimetilfumarato	N	A	54.195.830	0,8%	49,4%
22	Dabigatran Etexilato	B	A	53.089.524	0,8%	50,2%
23	Golimumab	L	H	50.012.910	0,8%	51,0%
24	Darunavir	J	H	49.956.815	0,8%	51,8%
25	Darbepoetina Alfa	B	A	49.912.462	0,8%	52,5%
26	Epoetina Alfa	B	A/H	49.017.217	0,8%	53,3%
27	Abacavir Solfato/Lamivudina	J	H	47.973.205	0,7%	54,0%
28	Deferasirox	V	A	46.398.307	0,7%	54,7%
29	Nilotinib	L	H	45.981.111	0,7%	55,4%
30	Dasatinib	L	H	45.630.050	0,7%	56,2%
	Totale Italia			6.485.511.858	100,0%	

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

**ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA ED AMBULATORIALE
(gennaio - settembre 2016)**



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

Regione	Classe A (euro)	Classe C (euro)	Classe H (euro)	Totale (euro)	Inc% A	Inc% C	Inc% H
Piemonte	18.225.095	19.670.806	149.607.495	187.503.395	9,7%	10,5%	79,8%
Valle d'Aosta	716.446	1.101.485	4.975.526	6.793.457	10,5%	16,2%	73,2%
Lombardia	37.622.156	40.949.380	101.714.766	180.286.302	20,9%	22,7%	56,4%
P.A. Bolzano	2.147.127	4.972.223	16.761.055	23.880.405	9,0%	20,8%	70,2%
P.A. Trento	3.605.274	4.190.739	18.545.945	26.341.959	13,7%	15,9%	70,4%
Veneto	19.849.199	47.577.039	162.278.293	229.704.531	8,6%	20,7%	70,6%
Friuli VG	5.119.839	12.240.344	49.985.023	67.345.206	7,6%	18,2%	74,2%
Liguria	12.829.513	15.973.873	64.340.842	93.144.229	13,8%	17,1%	69,1%
Emilia R.	21.588.148	41.362.009	157.451.309	220.401.466	9,8%	18,8%	71,4%
Toscana	21.160.790	29.620.225	157.855.249	208.636.265	10,1%	14,2%	75,7%
Umbria	4.829.977	4.572.614	20.539.722	29.942.313	16,1%	15,3%	68,6%
Marche	9.383.070	14.507.411	57.510.944	81.401.425	11,5%	17,8%	70,7%
Lazio	19.705.717	39.778.504	173.562.853	233.047.074	8,5%	17,1%	74,5%
Abruzzo	6.155.314	10.504.650	44.561.616	61.221.581	10,1%	17,2%	72,8%
Molise	1.177.898	1.352.922	7.008.166	9.538.986	12,3%	14,2%	73,5%
Campania	16.175.026	32.621.678	154.346.898	203.143.602	8,0%	16,1%	76,0%
Puglia	15.204.180	33.945.966	130.978.919	180.129.065	8,4%	18,8%	72,7%
Basilicata	2.440.071	3.648.306	19.751.024	25.839.401	9,4%	14,1%	76,4%
Calabria	7.731.002	10.025.679	40.041.482	57.798.164	13,4%	17,3%	69,3%
Sicilia	13.110.384	30.783.718	101.596.170	145.490.272	9,0%	21,2%	69,8%
Sardegna	6.763.626	11.657.738	33.599.799	52.021.163	13,0%	22,4%	64,6%
Italia	245.539.852	411.057.309	1.667.013.098	2.323.610.259	10,6%	17,7%	71,7%

Nota: i dati del flusso regionale (DM 4 febbraio 2009) sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

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

REGIONE	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
PIEMONTE	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VALLE D'AOSTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LOMBARDIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. BOLZANO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. TRENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VENETO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FRIULI VENEZIA GIULIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LIGURIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EMILIA ROMAGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOSCANA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
UMBRIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARCHE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LAZIO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ABRUZZO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MOLISE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
CAMPANIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PUGLIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BASILICATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CALABRIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SICILIA	100%	100%	100%	100%	100%	89%	100%	100%	94%
SARDEGNA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2016, consolidati al 05/01/2017.

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

	Principio attivo	ATC I	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Trastuzumab	L	H	157.603.950	6,8%	6,8%
2	Bevacizumab	L	H	135.944.782	5,9%	12,6%
3	Rituximab	L	H	110.760.116	4,8%	17,4%
4	Bortezomib	L	H	46.573.790	2,0%	19,4%
5	Pertuzumab	L	H	44.139.111	1,9%	21,3%
6	Eculizumab	L	H	43.747.475	1,9%	23,2%
7	Pemetrexed Disodico	L	H	42.301.740	1,8%	25,0%
8	Infliximab	L	H	41.017.351	1,8%	26,8%
9	Natalizumab	L	H	33.939.847	1,5%	28,2%
10	Trastuzumab Emtrantsine	L	H	32.896.672	1,4%	29,6%
11	Caspofungin	J	H	32.618.790	1,4%	31,1%
12	Ranibizumab	S	H	32.031.704	1,4%	32,4%
13	Azacidina	L	H	30.570.278	1,3%	33,7%
14	Sodio Cloruro	B	C/H	29.220.719	1,3%	35,0%
15	Aflibercept	S	C/H	27.585.822	1,2%	36,2%
16	Immunoglobulina Umana Uso Endovenoso	J	C/H	26.650.186	1,1%	37,3%
17	Nivolumab	L	H	26.232.311	1,1%	38,5%
18	Cetuximab	L	H	23.617.580	1,0%	39,5%
19	Alglucosidasi Acida Umana Ricombinante	A	H	23.051.445	1,0%	40,5%
20	Enoxaparina Sodica	B	A/H	21.574.021	0,9%	41,4%
21	Amfotericina B	J	C/H	18.748.698	0,8%	42,2%
22	Linezolid	J	A/C/H	18.619.785	0,8%	43,0%
23	Tigeciclina	J	H	16.764.474	0,7%	43,7%
24	Doxorubicina Cloridrato	L	H	16.648.204	0,7%	44,5%
25	Albumina Umana Soluzione	B	A/C/H	16.599.931	0,7%	45,2%
26	Immunoglobulina Umana Normale	L	H	16.145.979	0,7%	45,9%
27	Panitumumab	L	H	15.760.566	0,7%	46,5%
28	Paclitaxel	L	H	15.170.851	0,7%	47,2%
29	Ipilimumab	L	H	14.421.158	0,6%	47,8%
30	Sugammadex	V	H	14.005.355	0,6%	48,4%
	Totale Italia			2.323.610.259	100,0%	

Nota: i dati del flusso regionale (DM 4 febbraio 2009) sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 201, consolidati al 05/01/2017.

**MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI
DI APPROPRIATEZZA D'USO**

(luglio 2015 - giugno 2016)



Tabella 25. Monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali. I dati sono relativi al periodo luglio-giugno 2013-2016

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	Lug2015- Giu2016	Lug2014- Giu2015	Lug2013- Giu2014
H-DB 1.1	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi con comorbidità trattati con farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina	81,2	82,3	83,0
H-DB 1.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi antagonisti dell'angiotensina II trattati con farmaci a brevetto scaduto (a giugno 2016)	74,2	75,4	77,0
H-DB 1.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento	57,7	57,3	56,6
H-DB 1.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi occasionali al trattamento	5,3	5,4	5,5
H-DB 1.5	Percentuale di pazienti avviati al trattamento con farmaci antiipertensivi in associazione fissa con calcio-antagonista che non provengono dagli stessi principi attivi in monoterapia o dall'associazione estemporanea degli stessi principi attivi	81,5	84,1	85,5
H-DB 1.6	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi in associazione estemporanea con calcio-antagonista che non sono passati all'associazione fissa	97,9	98,3	98,5
H-DB 2.1	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine	56,4	56,3	55,9
H-DB 2.2	Percentuale di pazienti in trattamento con statine senza pregresso evento CV o diabete	77,2	77,5	77,6
H-DB 2.2.1	Percentuale di pazienti ultraottantenni in trattamento con statine senza pregresso evento CV o diabete	77,7	78,2	78,5
H-DB 2.3	Percentuale di pazienti senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine a bassa potenza	37,0	39,0	41,0
H-DB 2.4	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine ad alta potenza	66,3	64,6	62,9
H-DB 2.5	Percentuale di pazienti in trattamento con statine aderenti al trattamento	46,9	46,5	45,7
H-DB 2.6	Percentuale di pazienti in trattamento con statine occasionali al trattamento	7,1	7,4	7,5
H-DB 3.1	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici aderenti al trattamento	63,4	63,3	63,4
H-DB 3.2	Percentuale di pazienti in trattamento con DPP-IV inibitori senza i criteri previsti dalle precisazioni sulle limitazioni generali alla rimborsabilità dei DPP-IV inibitori	10,5	12,1	24,1
H-DB 3.3	Percentuale di pazienti con i criteri previsti dalle precisazioni sulle limitazioni generali alla rimborsabilità dei DPP-IV inibitori non in trattamento con DPP-IV inibitori	67,2	70,9	71,7
H-DB 4.1	Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS	58,6	58,4	58,7
H-DB 4.2	Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con LABA e/o LAMA	57,0	58,0	57,7
H-DB 4.3	Percentuale di pazienti in trattamento con ICS senza esacerbazioni	56,3	55,2	57,2
H-DB 4.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento	13,4	13,6	13,1
H-DB 4.5	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie occasionali al trattamento	65,0	64,2	65,2
H-DB 5.1	Percentuale di pazienti con frattura vertebrale o di femore o in terapia con corticosteroidi in trattamento con farmaci per l'osteoporosi	22,6	23,1	25,9
H-DB 5.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi senza pregressa frattura vertebrale o di femore, senza pregressa terapia con corticosteroidi e senza accesso ambulatoriale per accertamenti previsti per l'osteoporosi	73,5	76,3	78,1
H-DB 5.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi che associano calcio o vitamina D	64,7	62,3	59,4
H-DB 5.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi aderenti al trattamento	52,1	50,5	50,2
H-DB 5.5	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi occasionali al trattamento	13,7	14,5	14,3
H-DB 6.1	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi della classe SNRI (inibitori della ricaptazione della serotonina-epinefrina) dopo secondo fallimento della classe SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)	19,9	19,2	20,8
H-DB 6.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi aderenti al trattamento	40,3	39,4	38,9
H-DB 6.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi occasionali al trattamento	22,1	23,0	23,4
H-DB 7.1	Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori della pompa protonica senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 1 o dalla Nota AIFA 48	47,7	47,0	48,5

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	Lug2015- Giu2016	Lug2014- Giu2015	Lug2013- Giu2014
H-DB 8.1	Percentuale di pazienti avviati ad un nuovo ciclo di terapia in trattamento epoetina alfa biosimilare	73,3	58,5	47,2
H-DB 9.1	Percentuale di pazienti affetti da artrite reumatoide avviati al trattamento con farmaci biologici senza pregresso utilizzo di DMARDs classici per almeno 3 mesi	63,8	65,1	61,4
H-DB 9.2	Percentuale di pazienti affetti da artrite reumatoide in trattamento con farmaci biologici senza l'utilizzo di MTX in combinazione	61,4	57,1	58,0
H-DB 10.1	Percentuale di pazienti affetti da psoriasi avviati al trattamento con farmaci sistemici tradizionali senza pregresso utilizzo di farmaci topici	38,5	36,7	29,1
H-DB 10.2	Percentuale di pazienti affetti da psoriasi avviati al trattamento con farmaci biologici senza pregresso utilizzo di metotrexato o ciclosporina per almeno 3 mesi	68,5	77,0	70,2
H-DB 11.1	Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale in trattamento con NAO con un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici e senza un'alterazione del rischio trombotico ed emorragico	2,9	4,4	6,0
H-DB 11.2	Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale senza un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici o con un'alterazione del rischio trombotico o emorragico non in trattamento con NAO	33,4	47,3	71,0
H-DB 12.1	Percentuale di pazienti in trattamento con EBPM o fondaparinux con una durata della terapia superiore a 45 giorni (esclusi i pazienti oncologici)	44,0	41,3	39,1

Nota: Il calcolo degli indicatori è stato effettuato sui dati di un sottogruppo degli Enti, ASL e Regioni, partecipanti al progetto Health-DB (si veda la sezione "Contributi"). Per ogni anno, è stato considerato il periodo luglio-giugno. Rispetto alla precedente versione del rapporto OsMed, l'indicatore H-DB 7.1 è stato calcolato esclusivamente sulle ASL con il campo "nota" adeguatamente compilato. Rispetto alla precedente versione del rapporto OsMed, l'indicatore H-DB 9.1 è stato calcolato utilizzando per i D-MARDS il numero di giorni di copertura previsti dalle raccomandazioni terapeutiche.

Abbreviazioni: CV=cardiovascolare; DMARDs= Disease modifying antirheumatic drugs; DPP-IV=inibitori della dipeptidil-peptidasi IV; BPCO= broncopneumopatia cronica ostruttiva; EBPM= eparine a basso peso molecolare; ICS= corticosteroidi inalatori; LAMA= antagonista muscarinico a lunga durata d'azione; LABA: beta2-agonista a lunga durata d'azione; MTX= metotrexato; NAO= nuovi anticoagulanti orali; SNRI= inibitori della ricaptazione della serotonina-epinefrina) SSRI= inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

**NOTE
METODOLOGICHE**



figgta metodologica

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

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

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

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

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

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

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

cevano i dati dalle proprie sedi provinciali e successivamente li aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese, tuttavia la copertura nazionale è generalmente superiore al 95% della spesa. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), comunicato periodicamente dalle Regioni all'AIFA. Al fine di garantire confronti omogenei tra le regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell'ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti per specialità non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l'invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.

2. ACQUISTO PRIVATO A CARICO DEL CITTADINO. Le farmacie territoriali dispensano, inoltre, medicinali di fascia A e/o C acquistati privatamente dai cittadini (con o senza ricetta medica). L'analisi dei consumi farmaceutici a carico del cittadino è effettuata utilizzando i dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), raccolti da IMS Health presso la quasi totalità dei grossisti. L'acquisto privato di medicinali è derivato per differenza tra ciò che entra in farmacia (sell-in) e viene consegnato dai grossisti alle farmacie territoriali, rispetto a ciò che esce a carico del SSN (sell-out, i.e. il flusso OsMed) e viene consegnato al cittadino. È opportuno precisare che quando si analizzano i consumi relativi ad un ampio intervallo temporale, si ottiene una minimizzazione dell'eventuale sfalsamento tra sell-in e sell-out conseguente alla ricomposizione delle scorte di magazzino della farmacia che, al contrario, sul singolo mese potrebbe incidere in modo significativo.

3. DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO. Il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto è stato istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute ai sensi del DM 31 luglio 2007. Tale flusso, alimentato dalle regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, rileva l'erogazione di medicinali all'assistito, per il consumo presso il proprio domicilio, alternativa alla tradizionale erogazione degli stessi presso le farmacie, ai sensi della L.405/2001.³ Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo a domicilio, erogate: alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico; ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale; e, infine, da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali (i.e. distribuzione in nome e per conto). La rilevazione è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali autorizzati all'immissione in commercio in Italia ed identificati dal codice di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale e dalla classe di fornitura. Per disporre comunque di un quadro completo ed organico dei consumi e della spesa dei medicinali direttamente a carico delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, la rilevazione comprende anche i farmaci esteri non registrati in Italia, i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente, detti «formule magistrali»,⁴ ed i medicinali preparati in farmacia in base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in

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

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

fggt

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

- 4. OSPEDALIERO.** Il flusso informativo per il monitoraggio dei consumi ospedalieri è stato istituito nell'ambito dell'NSIS del Ministero della Salute ai sensi del DM 4 febbraio 2009. Tale flusso, alimentato dalle regioni o dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, rileva il consumo ed il relativo valore economico dei medicinali utilizzati nelle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati dalle stesse in distribuzione diretta. Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso i medicinali destinati alla somministrazione interna consegnati dalle farmacie ospedaliere ai reparti; i medicinali destinati alla somministrazione interna consegnati dalle farmacie distrettuali a laboratori, ambulatori ed altro tipo di strutture territoriali. La rilevazione, così come il flusso della distribuzione diretta, è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali dotati di AIC, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dalla classe di fornitura, i farmaci esteri, le «formule magistrali» e le «formule officinali». Ai sensi della L.135/2012,⁶ a decorrere dal 2013 questo flusso sarà utilizzato per il monitoraggio periodico della spesa farmaceutica ospedaliera condotto dall'AIFA, nonché per il calcolo dello scostamento rispetto al tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e l'attribuzione dei budget alle aziende farmaceutiche. La medesima norma stabilisce che, nelle more della concreta e completa attivazione del flusso informativo in oggetto, in caso di mancanza dei dati dei consumi ospedalieri, per le regioni che non hanno fornito i dati vengono utilizzati i dati della tracciabilità del farmaco.
- 5. ACQUISTO DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE.** Il Decreto del Ministro della Salute 15 luglio 2004 ha previsto l'istituzione, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, del flusso della "tracciabilità del farmaco", finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con AIC sul territorio nazionale e/o verso l'estero. Tale flusso è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni movimentate lungo la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc.. I dati analizzati nel presente Rapporto si riferiscono all'acquisto di medicinali (sia in termini di quantità, che di valore economico) da parte delle strutture sanitarie pubbli-

⁵Art.5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222.

⁶Art. 15, comma 8, lettera d), del decreto-legge 6 Luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135.

che (i.e. l'assistenza farmaceutica non convenzionata). Pertanto, essi sono relativi alla fornitura di medicinali da parte delle aziende farmaceutiche alle strutture sanitarie pubbliche (sell-in) che, successivamente, vengono utilizzati all'interno delle strutture stesse (i.e. sell-out dei consumi ospedalieri, vedi punto 4), o dispensati direttamente al paziente per una loro utilizzazione anche al di fuori delle strutture sanitarie (i.e. sell-out della distribuzione diretta e per conto, vedi punto 3).

Nello specifico della tabella 16 è stata applicata la spesa della tracciabilità espansa secondo la metodologia condivisa tra AIFA e Ministero della Salute, e successivamente approvata dalle regioni nell'ambito del gruppo tecnico di lavoro della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri. Il flusso di dati della tracciabilità del farmaco, istituito ai sensi del DM 15 luglio 2004 ed alimentato dalle aziende farmaceutiche e della distribuzione intermedia, rileva, tra l'altro, le movimentazioni di medicinali (quantità di confezioni) verso le strutture pubbliche del SSN ed il relativo valore economico; poiché è possibile trasmettere il valore economico delle movimentazioni in un momento successivo rispetto a quello della trasmissione delle movimentazioni, possono essere presenti movimentazioni per le quali non è disponibile il relativo valore economico. La metodologia per l'espansione del dato di spesa è volta a valorizzare economicamente le sole movimentazioni verso le strutture sanitarie pubbliche, di cui le aziende farmaceutiche non forniscono il controvalore economico: al riguardo, per ogni singola specialità medicinale (AIC) vengono determinati, per mese e per regione, i dati relativi al valore economico delle movimentazioni, al numero delle confezioni movimentate valorizzate e non valorizzate. Se per un determinato AIC, sono presenti quantitativi non valorizzati, la stima del valore economico mancante è ottenuta moltiplicando il numero di confezioni movimentate non valorizzate per il valore medio regionale rilevato dalle quantità valorizzate. In alternativa, se non è presente il valore di almeno una confezione movimentata nella singola regione, si moltiplica il numero delle confezioni movimentate per il prezzo a realizzo industria (se il farmaco è classificato in fascia H, corrispondente al prezzo massimo di cessione fissato dall'AIFA) o, se non è presente un prezzo massimo di cessione, moltiplicando il numero delle confezioni per il 50% del prezzo al pubblico del medicinale.

Per approfondimenti sulle metodologie di analisi e la costruzione degli indicatori utilizzati nel presente Rapporto, compreso gli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali, si rimanda il lettore alla consultazione del capitolo 3 del Rapporto annuale 2015.

Le analisi condotte sui farmaci a brevetto scaduto sono relative, a partire dal Rapporto Annuale dell'anno 2014, alla spesa e al consumo a carico del SSN, comprendenti i farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata (flusso informativo OsMed) e i farmaci che vengono acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (flusso della tracciabilità del farmaco).

Tutti i valori di spesa sono riferiti al prezzo ex-factory. Le analisi sono state realizzate utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente sul sito AIFA.