

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2012



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

L'uso dei Farmaci in Italia

**Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2012**

Roma, gennaio 2013

Agenzia Italiana del Farmaco
Direttore Generale: *L. Pani*

Gruppo di lavoro del presente rapporto

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

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma
D. Barbato, A. Cangini, E. Fabrizi, R. Marini, A. Monaco, L.A.A. Muscolo, P. Russo, P.D. Siviero, I. Terrenato
- Ministero della Salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Roma
C. Biffoli, M.C. Brutti, R. Ugenti
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma
G. Bissoni, F. Moirano, E. Pieroni

Contributi

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

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

ANALISI DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2012 . . .	5
ANDAMENTO NAZIONALE	5
ANDAMENTI REGIONALI	7
CONSUMI PER SINGOLA CATEGORIA TERAPEUTICA	9
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	17
DATI GENERALI DI SPESA E DI CONSUMO	17
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	22
Dinamica della prescrizione	22
Categorie terapeutiche e principi attivi	30
Farmaci a brevetto scaduto	35
FARMACI EROGATI DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	38
DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO	43
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	49
NOTE METODOLOGICHE	53

ANALISI DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2012

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 2012. Lo scenario offerto deriva dalla lettura delle informazioni raccolte attraverso diversi flussi informativi, consentendo la ricomposizione dei consumi e dell'assistenza farmaceutica in Italia e a livello regionale. In particolare, questo rapporto, oltre all'analisi dei dati relativi ai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, ha iniziato a presentare i dati relativi ai medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto, o nel contesto dell'assistenza ospedaliera; un approfondimento specifico è dedicato all'analisi dell'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, ecc.). La nota metodologica agevolerà il lettore nell'interpretazione dei risultati, oltre a fornire i necessari dettagli tecnici.

ANDAMENTO NAZIONALE

Nei primi nove mesi del 2012 la spesa farmaceutica territoriale pubblica è stata pari a 9.223 milioni di euro (152,1 euro pro capite), con una riduzione del -6,8% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tale decremento è dovuto principalmente alla riduzione del -9,6% della spesa farmaceutica convenzionata netta, che viene in parte controbilanciata da un aumento del +3,2% della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto.

I consumi in regime convenzionale sono pressoché stabili, con lievi incrementi del numero di ricette e delle confezioni, rispettivamente dello +0,2% e dello +0,5%; in media ogni giorno sono utilizzate 965,2 dosi ogni mille abitanti in lieve crescita del +0,03% rispetto all'anno precedente, e sono state dispensate 818 milioni di confezioni (circa 13 confezioni per abitante).

Nel 2012 è stata riscontrata una maggiore incidenza del 12,1% – sulla spesa convenzionata – della compartecipazione a carico del cittadino (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto), rispetto al 10,4% registrato nel 2011. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.052 milioni di euro, in aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del +7,8%, attribuibile principalmente all'incremento della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto (+13,4%), sebbene risulti una crescita ben inferiore rispetto a quella registrata nell'anno precedente (+46,1%). Il ticket per confezione, con un valore di spesa pari a 401 milioni di euro, ha pesato per il 38,1%, mentre la quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto, con 651 milioni di euro, ha inciso per un residuale 61,9% (Figura 1, Tavola 1 e Tavola 2a).

La spesa privata, comprendente ogni compartecipazione a carico del cittadino, oltre alla spesa per i farmaci di fascia A acquistati privatamente, dei farmaci di fascia C con ricetta e di quelli per automedicazione, ha registrato una riduzione del -0,9%, dovuta ad una diminuzione della spesa per i farmaci di classe C con ricetta (-8,3%), controbilanciata dall'aumento della spesa per compartecipazione (+7,8%), dall'aumento della spesa per i farmaci di classe A (+2,6%) e dall'aumento della spesa per i farmaci per l'automedicazione (+3,3%) (Tavola 2a). Dalla lettura dei risultati è osservabile l'effetto del Decreto del Ministero della Salute del 18 Aprile 2012 che ha disposto la modificazione del regime di fornitura di alcuni medicinali di classe C, prevedendo l'eliminazione dell'obbligo di presentazione di ricetta medica, con la conseguente possibilità della loro dispensazione anche attraverso gli esercizi commerciali (para-

farmacie e grande distribuzione organizzata).

Nei primi nove mesi del 2012 la spesa per medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata pari a 5.796 milioni di euro (95,6 euro pro capite), in crescita del +8,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; in media ogni giorno sono utilizzate 171,4 dosi ogni mille abitanti in crescita del +3,3% rispetto all'anno precedente (Tavola 14).

Le principali componenti della variazione della spesa farmaceutica convenzionata (effetto quantità, prezzi e mix), rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, evidenziano una stabilità delle quantità di medicinali prescritti (+0,4% in termini di dosi-definite-giornaliere, i.e. DDD), una diminuzione dei prezzi (-8,5%) e, infine, un lieve spostamento dei consumi da specialità medicinali meno costose verso quelle più costose (effetto mix positivo: +0,7%) (Tavola 5).

In termini di spesa a carico del SSN, si registrano andamenti opposti nel canale convenzionale (consumi stabili +0,03% e spesa in forte decremento -7,6%, rispetto al 2011) rispetto a quello non convenzionale – dato dagli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche – che invece è caratterizzato da consumi e spesa crescenti (rispettivamente +3,3% e +8,7%, rispetto al 2011) (Tavola 3 e 14).

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tavola 6), la categoria terapeutica dei farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (48 euro pro capite) sia in termini di dosi medie prescritte (455 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 23,5 euro e 144 DDD/1000 ab die.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche (Tavola 15), la categoria terapeutica dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresenta la prima a maggiore incidenza in termini di spesa con 33,8 euro pro capite e la sesta in termini di dosi medie prescritte (7,7 DDD/1000 ab die), seguita dai farmaci antimicrobici per uso sistemico, con una spesa pro capite di 22,0 euro e la settima in termini di dosi medie prescritte (5,6 DDD/1000 ab die).

In regime di assistenza convenzionata, l'utilizzazione di medicinali si concentra su un numero limitato di principi attivi; infatti, le prime 30 sostanze rappresentano il 40% della spesa farmaceutica lorda (Tavola 9). Si completa il quadro dell'assistenza farmaceutica territoriale con la distribuzione diretta e per conto, dove i primi 30 principi attivi (Tavola 21) rappresentano il 48,4% (di cui il 21,1% per i soli medicinali di classe A) della spesa complessiva, a sua volta composta per 2,9 miliardi di euro dalla spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) e per 600 milioni di euro dai medicinali erogati in distribuzione in nome e per conto (Tavola 17).

I farmaci a brevetto scaduto rappresentano oramai circa il 38,4% della spesa farmaceutica convenzionata, in crescita del +6,4%, e il 55,3% delle DDD totali, in crescita rispetto al 2011 del +10,2%. 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 25,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto (Tavola 12). Complessivamente, i primi venti principi attivi a brevetto scaduto rappresentano circa il 50% delle DDD; il lansoprazolo continua ad essere il principio attivo a brevetto scaduto a maggior spesa, seguito dal pantoprazolo, rispettivamente con una spesa di 180 e 155 milioni di euro (Tavola 13).

Infine, relativamente all'assistenza farmaceutica ospedaliera, le iniziali analisi pubblicate nel presente rapporto hanno focalizzato l'attenzione esclusivamente sulla spesa. La spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 1,9 miliardi di euro, per il 66,2 % composta dai farmaci di classe H, per il 17,4% dai farmaci di classe A e per il restante 16,3% dai farmaci di classe C (Tavola 22).

I primi 30 principi attivi rappresentano il 41,2% della spesa complessiva e comprendono essenzialmente principi attivi che rientrano nella categoria degli antineoplastici. I primi tre principi attivi a maggiore spesa nei primi nove mesi del 2012, utilizzati in ambito ospedaliero, sono il trastuzumab (121,4 milioni di euro) indicato nel trattamento del cancro della mammella e dello stomaco, il rituximab (91,3 milioni di euro) indicato nel trattamento del linfoma e dell'artrite reumatoide e, infine, il bevacizumab (76,8 milioni di euro) indicato nel trattamento di diversi tumori: cancro del colon-retto, del polmone, della mammella, del rene e dell'ovaio.

La spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero, trasmessa dalle Regioni, e registrata attraverso i flussi NSIS, presenta un variabile grado di completezza regionale e in ogni caso è soggetto a un consolidamento progressivo in corso d'anno (Tavola 18, 19 e 23).

ANDAMENTI REGIONALI

Nel corso dei primi nove mesi del 2012 le tre Regioni che hanno fatto registrare la **spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN** più elevata sono la Sicilia con 180,5 euro procapite, la Sardegna 170,6 euro e la Campania con 165,3 euro; al contrario le Province Autonome di Trento e Bolzano e l'Emilia Romagna hanno mostrato la spesa pro capite più bassa pari rispettivamente a 112,9 euro, 97,3 euro e 115,3 euro; tali valori si assestano ben al di sotto della media nazionale di 142,6 euro. In tutte le Regioni è stata osservata una diminuzione della spesa, con le riduzioni maggiori nella P.A. di Bolzano (-13%), in Liguria (-11,4%) e in Basilicata (-11%) (Tavola 3).

La **spesa pro capite dei farmaci di classe C** mostra una variabilità regionale che oscilla tra i valori più elevati della Liguria (45,7 euro), della Toscana (41,2 euro) e della Valle d'Aosta (40,3 euro) e i valori notevolmente più bassi del Molise (26,3 euro), della Basilicata (27,4 euro) e della P.A. di Bolzano (28,7 euro). Tutte le Regioni hanno registrato una riduzione della spesa per i farmaci di classe C e i maggiori decrementi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente si registrano nelle Regioni Molise (-9,2%), Abruzzo (-8%) e Basilicata (-7,4%).

La gran parte delle Regioni ha registrato un incremento rispetto al 2011 della spesa lorda pro capite **per i farmaci per automedicazione**, con i maggiori incrementi in Valle d'Aosta (+2,9%), Campania (+2,8%), e Sardegna (+2,5%); al contrario Molise (-4,5%), Marche (-3,8%) ed Umbria (-2,9%) registrano le più importanti riduzioni (Tavola 3).

Dall'analisi della **variabilità del consumo farmaceutico in regime convenzionale** per quantità e costo medio per giornata di terapia emerge, anche nel 2012, la presenza di un **gradiente Nord-Sud**; con le Regioni del Sud che presentano consumi superiori al valore mediano nazionale (Sicilia +14,9% oltre la mediana nazionale delle DDD/1000 abitanti die, Sardegna +12,3% e Puglia +12%) e all'estremo opposto le Regioni del Nord che evidenziano consumi ben al di sotto del valore mediano nazionale (P.A. di Bolzano -23,6%, P.A. di Trento -11,1% e Lombardia -6,3%). In termini di spesa, le Regioni con il costo medio per giornata di terapia più elevato sono la Campania (+17,9% oltre la mediana nazionale), la Sicilia (+17,1%) e la Sardegna (+13,3%), mentre i valori più bassi sono stati raggiunti in Toscana (-14,3%), Emilia Romagna (-13,4%) ed Umbria (-13,4%) (Tavola 4 e Figura 2).

La complessiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata nazionale nei primi nove mesi del 2012, rispetto al 2011, è riconducibile prevalentemente alla componente della riduzione dei prezzi che ha assunto le dimensioni più accentuate nella P.A. di Bolzano (-10,6%), Valle d'Aosta (-10,4%) e Molise (-9,9%) (Tavola 5). Tale riduzione dei prezzi è parzialmente controbilanciata a livello nazionale dall'effetto derivante da una crescita dei consumi (effetto quantità: +0,4% in termini di DDD totali) che, tuttavia, risulta da variabili andamenti regionali. In particolare, in alcune Regioni si registra una contrazione dei

consumi (Basilicata -3,9%, Liguria -3,8%, e Molise -1,7%), mentre in altre si osserva un andamento opposto (Lombardia +2,1%, Umbria +2%, Piemonte +1,9%). L'effetto mix positivo, registrato durante i primi nove mesi del 2012, in realtà sottende un'ampia variabilità regionale, compresa tra il valore massimo della Sardegna (+5,6%), e quello minimo riportato in P.A. di Bolzano (-2,3%) (Tavola 5).

Umbria (57,7%), Toscana (56,8%) ed Emilia Romagna (56,7%) sono le Regioni con il maggior consumo di **farmaci a brevetto scaduto**, mentre l'incidenza più bassa si rileva nelle Regioni Sardegna (51,4%), Basilicata (51,6%) e Molise (51,6%). L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto è in costante aumento e gli incrementi maggiori sono stati registrati in Calabria (+13,4%) e Sardegna (+12,4%) (Tavola 12).

Le Regioni in cui si osserva la spesa pro capite più elevata per i **farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche** sono state la Toscana (116,3 euro), la Puglia (114,1 euro) e la Basilicata (111,5 euro), mentre la Valle d'Aosta (72,9 euro), la Lombardia (76,9 euro) e la P.A. di Trento (80,2 euro) sono caratterizzate da valori di spesa molto inferiori rispetto alla media nazionale di 95,6 euro pro capite (Tavola 14). In termini di consumi, l'Emilia Romagna e la Campania sono le Regioni rispettivamente con il più alto e il più basso numero di DDD/1000 ab die acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche (300 e 91 dosi giornaliere). La Valle d'Aosta e le Marche sono le Regioni nelle quali sono stati registrati i maggiori incrementi del consumo per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (rispettivamente +43,5% e +39,4%); al contrario in Campania e Basilicata sono stati registrati i maggiori decrementi del consumo (rispettivamente -38,7% e -17,6%) (Tavola 14).

Nel 2012 tutte le Regioni hanno adottato la **distribuzione diretta**, mentre l'Abruzzo e la Sicilia sono le uniche Regioni che non utilizzano la **distribuzione per conto** (Tavola 17). A livello nazionale, la ripartizione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta e distribuzione per conto è pari rispettivamente all'82,9% e al 17,1%. Tuttavia emergono rilevanti differenze regionali, con Regioni che ricorrono in modo esteso alla distribuzione diretta (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lombardia) rispetto ad altre Regioni nelle quali tale canale alternativo è relativamente meno utilizzato (Valle d'Aosta, Molise e Calabria) (Tavola 17).

Per quanto concerne l'assistenza farmaceutica ospedaliera, le Regioni che registrano la maggior spesa – in valore assoluto – sono la Lombardia (237 milioni di euro), seguita dalla Toscana (209 milioni di euro) e dal Veneto (187 milioni di euro) (Tavola 22).

La spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero, trasmessa dalle Regioni e registrata attraverso i flussi NSIS, presenta un variabile grado di completezza regionale ed in ogni caso è soggetta ad un consolidamento progressivo in corso d'anno (Tavola 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 (Tavola 16). Attualmente si registra una discreta corrispondenza tra la spesa comunicata dalle Regioni attraverso i flussi informativi della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri (sell-out), pari a 5.347 milioni di euro, e la spesa trasmessa dalla filiera distributiva relativa agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche (sell in), pari a 5.392 milioni di euro; entrambi i dati rappresentano oltre il 90% della spesa del conto economico regionale nel medesimo periodo. L'applicazione della procedura di espansione della spesa non convenzionata (vedi nota metodologica) permette una qualificazione della spesa non rilevata rispetto al valore del conto economico regionale, che tuttavia arriva a sopravanzarlo in molte Regioni (in media è un valore superiore del +13,6%).

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 (Tavola 6), con la spesa a carico del SSN relativa ai medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (Tavola 15). Nell'ambito delle singole categorie, laddove possibile, sono anche compresi commenti specifici relativi ai dati provenienti dal flusso della distribuzione diretta e per conto e dal flusso dei consumi ospedalieri.

Sistema cardiovascolare

I farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano la prima categoria terapeutica a maggiore spesa pubblica pari a 3 miliardi di euro (49,9 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (rispettivamente 48,0 euro pro capite e 454,9 DDD/1000 ab die), al contrario il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche è del tutto marginale (rispettivamente 1,9 euro pro capite e 14,6 DDD/1000 ab die) (Tavola 6 e 15). Nello specifico dell'assistenza convenzionata la spesa registra un calo del -13% rispetto al 2011, e tale riduzione è composta da un lieve aumento del +0,3% dei consumi, da un netto calo dei prezzi (-14,3%) e da un effetto mix positivo (+1,2%) (Tavola 6). Tale andamento della spesa convenzionata è stato in gran parte determinato dalla perdita della copertura brevettuale di molecole attive sul sistema cardiovascolare ad elevato consumo come l'atorvastatina, il candesartan e l'irbesartan.

Gli inibitori della HMG CoA reductasi (statine) mantengono il primo posto in termini di spesa (9,5 euro pro capite), mentre i farmaci più utilizzati continuano ad essere gli ACE-inibitori come monocomposti o in associazione (116,1 DDD/1000 ab die), seguiti dagli inibitori dell'angiotensina II (sartani) come monocomposti o in associazione (93 DDD/1000 ab die), dalle statine come monocomposti o in associazione (61,9 DDD/1000 ab die), dai calcio-antagonisti diidropiridinici (53,5 DDD/1000 ab die) e dai beta bloccanti (33,5 DDD/1000 ab die). Nell'ambito della categoria delle statine, atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina compaiono fra i primi 30 principi attivi sia per spesa che per volume dei consumi (Tavola 9 e 10). La rosuvastatina (4,0 euro pro capite) risulta il primo principio attivo a maggior spesa, mentre l'atorvastatina, per effetto della perdita della copertura brevettuale, scende dal primo al quarto posto (Tavola 9). Tali variazioni dei rank di spesa non si registrano dal lato dei consumi; infatti, nella classifica delle prime trenta molecole a maggior consumo, l'atorvastatina (al quinto posto) e la rosuvastatina (al decimo posto) mantengono pressoché stabili le loro posizioni (Tavola 10).

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

Per quanto attiene l'analisi dei farmaci cardiovascolari acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita rispetto al 2011 sia della spesa (+12,5%) che dei consumi (+19,3%). La categoria terapeutica dei farmaci cardiovascolari, in cui è compreso il bosentan (i.e. altri ipertensivi), assorbe più del 60% della spesa (Tavola 15). Inoltre, il bosentan rappresenta l'unico tra i farmaci cardiovascolari a comparire tra i primi 30 principi attivi a maggior spesa erogati in distribuzione diretta e

per conto (Tavola 21). Nessun farmaco cardiovascolare compare tra i primi 30 principi attivi erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (Tavola 24).

Antineoplastici ed immunomodulatori

I farmaci antineoplastici ed immunomodulatori rappresentano la seconda categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 2,2 miliardi di euro (37 euro pro capite). Al contrario rispetto ai farmaci cardiovascolari, il posizionamento complessivo di questa categoria terapeutica è interamente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (33,8 euro pro capite), invece il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata è del tutto marginale (3,2 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antineoplastici registra una forte riduzione (-25,5% rispetto al 2011), risultante da un moderato aumento del +3,6% dei consumi, da un netto calo dei prezzi (-23,2%) e da un effetto mix negativo (-6,4%) (Tavola 6). Questo andamento trova una prevalente giustificazione nel trasferimento di medicinali associati ad un prezzo mediamente più alto tra quelli erogati in regime convenzionale verso il canale della distribuzione diretta e per conto. La prima sottocategoria terapeutica a maggior incidenza sulla spesa convenzionata è rappresentata dagli inibitori enzimatici, anche se si registra un netto calo della spesa (-50,1%) dovuto principalmente alla perdita di brevetto dell'anastrozolo e del letrozolo (Tavola 6).

Per quanto attiene l'analisi dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita rispetto al 2011 sia della spesa (+2,1%) che dei consumi (+5,4%) (Tavola 15). Le categorie a maggior spesa sono rappresentate dagli anticorpi monoclonali (6,9 euro pro capite), dagli inibitori della proteina chinasi (5,5 euro pro capite) e dagli inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) (5,3 euro pro capite). Mentre la spesa e i consumi delle prime due categorie è in aumento, si registra un andamento opposto per gli inibitori del TNF- α (spesa -4,8% e consumi -13,3%; Tavola 15). Ben 14 principi attivi della categoria – antineoplastici ed immunomodulatori – compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (i primi tre sono: etanercept, adalimumab e imatinib).

Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, 13 principi attivi appartenenti alla categoria – antineoplastici ed immunomodulatori – compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (i primi tre sono: trastuzumab, rituximab e bevacizumab) (Tavola 21 e 24).

Antimicrobici per uso sistemico

Gli antimicrobici per uso sistemico rappresentano la terza categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 2 miliardi di euro (32,9 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 (22,0 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (10,9 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antimicrobici per uso sistemico registra una forte riduzione (-16,1% rispetto al 2011), risultante da una riduzione del -5,8% dei consumi, da un calo dei prezzi (-10,6%) e da un effetto mix negativo (-0,4%) (Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci antimicrobici per uso sistemico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una forte crescita rispetto al 2011 della spesa (+33,8%), a fronte di un contenuto incremento dei consumi (+3,4%) (Tavola 15).

Tale andamento difforme tra i due canali alternativi della distribuzione è essenzialmente riconducibile

ai differenti pattern prescrittivi di alcune sottocategorie degli antimicrobici ed alle loro indicazioni terapeutiche. Nell'ambito dell'erogazione di medicinali in regime convenzionale i maggiori consumi sono determinati dalle associazioni di penicilline inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi (8,2 DDD/1000 ab die), macrolidi (4 DDD/1000 ab die), fluorochinoloni (3 DDD/1000 ab die) e penicilline ad ampio spettro (2,5 DDD/1000 ab die), seppur tutte con un andamento dei consumi decrescente rispetto al 2011 (Tavola 6). Invece, sul versante degli acquisti delle strutture pubbliche, prevalgono i medicinali riconducibili al trattamento dell'infezione da HIV. Gli antivirali (quelli indicati per uso esclusivo nell'infezione da HIV o anche in altre infezioni virali, ATC IV° livello: J05AR e J05AX) registrano un incremento rispetto al 2011, sia in termini di spesa (per le due categorie rispettivamente +11,8% e +231%) sia di prescrizione (rispettivamente +1,6% e +508%) imputabile principalmente al crescente uso delle associazioni di due o più principi attivi. Fra gli antibatterici aumenta sia la prescrizione sia la spesa degli antibiotici carbapenemici (rispettivamente +125,9% e +28,7%) e degli altri antibatterici (rispettivamente +15,5% e +16,6%), mentre aumenta il consumo degli antibiotici glicopeptidici (+10,8%) e delle associazioni di penicilline (+5,4%), a fronte di una riduzione della spesa (rispettivamente -5% e -14,1%) (Tavola 15). Otto principi attivi appartenenti alla categoria degli antivirali, tutti con indicazione terapeutica nel trattamento dell'infezione da HIV, compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tavola 21).

Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, 7 principi attivi tra gli antimicrobici per uso sistemico compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (i primi tre sono: immunoglobulina umana, caspofungin e i vaccini esavalenti) (Tavola 24).

Apparato gastrointestinale e metabolismo

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo rappresentano la quarta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,8 miliardi di euro (29,1 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (23,5 euro pro capite e 144 DDD/1000 ab die), al contrario il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche appare marginale (5,6 euro pro capite e 24 DDD/1000 ab die) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo registra una riduzione (-0,3% rispetto al 2011) e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +2,4%, da un calo dei prezzi (-2,8%) e da un effetto mix positivo (+0,3%) (Tavola 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una forte crescita rispetto al 2011 della spesa (+22,5%) e una crescita dei consumi del +7,8% (Tavola 15). Tale andamento trova una giustificazione nella distribuzione diretta e per conto di tutte le nuove terapie innovative nel trattamento del diabete mellito di tipo II.

L'analisi delle sottocategorie evidenzia che quella degli inibitori di pompa acida rimane saldamente al primo posto, sia in termini di spesa convenzionata (11,0 euro pro capite), che di quantità prescritte (67,5 DDD/1000 ab die); inoltre, il loro impiego continua ad essere in aumento (+8,6%), seppur a fronte di una diminuzione della spesa (-1,7%) dovuta al continuo calo dei prezzi (variazione del costo medio DDD: -9,5%). Sul versante dell'acquisto degli inibitori della pompa acida da parte delle strutture sanitarie pubbliche, questa categoria evidenzia una crescita sia in termini di consumi che di spesa (rispettivamente +16,3%, +17,7%) (Tavole 6 e 15). Fra gli inibitori di pompa, ben 4 molecole sono presenti fra i

primi 30 principi attivi a maggiore spesa farmaceutica convenzionata e consumi (lansoprazolo, pantoprazolo, omeprazolo ed esomeprazolo); e fra questi il pantoprazolo è quello su cui si registra la maggiore crescita della spesa rispetto al 2011 (+11,6%) (Tavole 9-11). Nessun inibitore della pompa acida è compreso tra i primi 30 principi attivi a maggiore spesa per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (Tavola 24).

Nello specifico dei medicinali impiegati nel trattamento del diabete mellito, si osserva un aumento della prescrizione in regime di assistenza convenzionale per gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DDP-4) (+35,5%), per le insuline ad azione lunga (+18,9%), per gli inibitori dell'alfa glucosidasi (+18,7%) per i biguanidi (+4,7%), per altri ipoglicemizzanti orali (exenatide e liraglutide) (+3,6%) e per le insuline ed analoghi ad azione rapida (+2,4%). Relativamente agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche si registra una rilevante crescita della prescrizione dei farmaci ad azione incretino-mimetica (altri ipoglicemizzanti orali +49,5% e DPP-4 +192,6%).

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

Sistema nervoso centrale

I farmaci per il sistema nervoso centrale rappresentano la quinta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,4 miliardi di euro (24 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (17,8 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (6,2 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci per il sistema nervoso centrale registra una crescita del +0,9% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +1,2%, da un calo dei prezzi (-3,3%) e da un effetto mix positivo (+3,1%) (Tavola 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci per il sistema nervoso centrale acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una forte contrazione della spesa rispetto al 2011 (-10,7%), a fronte di una crescita dei consumi del +1,7% (Tavola 15).

L'analisi delle sottocategorie evidenzia che gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono i medicinali attivi sul sistema nervoso più frequentemente utilizzati (27,3 DDD/1000 ab die) e la seconda categoria in termini di spesa convenzionata (3,6 euro pro capite), preceduta solo dagli altri antiepilettici (3,8 euro pro capite, categoria che comprende: topiramato, levetiracetam, gabapentin, pregabalin, lamotrigina, ecc.) (Tavola 6). Sul versante dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche, la categoria degli anestetici locali (amidi comprendenti: lidocaina, ecc.) è quella che si associa al maggior consumo, invece le categorie relative agli antipsicotici (in particolare quelli più recenti aripiprazolo, paliperidone, ecc.) sono quelle che si associano alla maggiore spesa (Tavola 15).

Escitalopram, levetiracetam, pregabalin e duloxetina sono i primi 4 principi attivi che agiscono sul sistema nervoso compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tavola 9). La quetiapina è l'unico principio attivo a risultare compreso tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tavola 21). Il sevoflurano e il paracetamolo si collocano rispettivamente al ventunesimo e ventiseiesimo posto tra i primi 30 principi

attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tavola 24). Nello specifico della categoria dei farmaci antidolorifici ad azione centrale si registrano rilevanti incrementi del consumo rispetto al 2011, sia degli alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, ossicodone e codeina in associazione), sia degli altri oppiacei (tramadolo e tapentadolo) (Tavola 6).

Sangue e organi emopoietici

I farmaci del sangue e degli organi emopoietici rappresentano la sesta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,3 miliardi di euro (21,8 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 (14,4 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (7,4 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici registra una crescita del +5,8% rispetto al 2011. Tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +3,8%, da prezzi invariati e da un effetto mix positivo (+1,9%) (Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una contrazione della spesa rispetto al 2011 (-5,9%) e una concomitante riduzione dei consumi del -6,4% (Tavola 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antiaggreganti piastrinici (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 (3,3 euro pro capite). Sul versante degli acquisti di farmaci appartenenti alla categoria – sangue ed organi emopoietici – da parte delle strutture sanitarie pubbliche, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è data dalle soluzioni infusionali (42,5 DDD/1000 ab die), seguita dagli eparinici (5,4 DDD/1000 ab die) e dagli antiaggreganti piastrinici esclusa l'eparina (4,6 DDD/1000 ab die; comprendente la ticlopidina, clopidogrel, etc.). Invece, le categorie a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli emoderivati impiegati nel trattamento delle malattie del sangue: fattori della coagulazione del sangue (4,9 euro pro capite), seguiti dai preparati antianemici (4,0 euro pro capite).

Enoxaparina e acido acetilsalicilico sono i primi due principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tavola 9). Il fattore VIII ricombinante, la darbepoetina e l'eptacog alfa attivato sono i principi attivi compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tavola 21). La darbepoetina, l'antitrombina III umana, l'eptacog alfa attivato e le soluzioni nutrizionali parenterali si collocano tra i primi 30 principi attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tavola 24).

Sistema respiratorio

I farmaci del sistema respiratorio rappresentano la settima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 833 milioni di euro (13,7 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (13,1 euro pro capite); al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (0,6 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema respiratorio registra un decremento del -3,3% rispetto al 2011, e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate del -2,7%, da una riduzione dei prezzi (-1,0%) e da un effetto mix positivo

(+0,4%) (Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema respiratorio acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita netta rispetto al 2011 (+20,9%) e una concomitante crescita dei consumi del +7,3% (Tavola 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 (11,4 DDD/1000 ab die e 5,9 euro pro capite), seguiti nella spesa dagli anticolinergici (2,2 euro pro capite) e dai glicocorticoidi (1,9 euro pro capite); seguono, invece, nel consumo i glicocorticoidi (9,7 DDD/1000 ab die) e gli altri antistaminici per uso sistemico (6,9 DDD/1000 ab die) (Tavola 6). La categoria a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli altri antiasmatici per uso sistemico. Questa categoria, per la quale si registra un incremento sia della spesa (+18,5%) sia dei consumi (+65%), comprende il medicinale di recente autorizzazione a base di roflumilast, per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Salmeterolo in associazione, tiotropio e formoterolo in associazione sono i primi tre principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema respiratorio compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tavola 9). Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tavola 21 e 24).

Sistema muscolo-scheletrico

I farmaci del sistema muscolo-scheletrico rappresentano l'ottava categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 442 milioni di euro (7,3 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (6,3 euro pro capite); al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (1,0 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico registra un decremento del -9,0% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate del -4,3%, da una riduzione dei prezzi (-5,4%) e da un effetto mix positivo (+0,5%) (Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una certa stabilità della spesa rispetto al 2011 (+0,06%) e una crescita dei consumi del +6,6% (Tavola 15).

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

Nessun principio attivo appartenente alla categoria dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata e in distribuzione diretta e per conto (Tavola 9 e 21).

L'acido zolendronico è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria che si colloca tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tavola 24).

Sistema genito-urinario

I farmaci del sistema genito-urinario rappresentano la nona categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 370 milioni di euro (6,1 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria

è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (4,9 euro pro capite); al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (1,2 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema genito-urinario registra un decremento del -1,3% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate del -0,3%, da una riduzione dei prezzi (-4,4%) e da un effetto mix positivo (+3,7%) (Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema genito-urinario acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2011 (+4,2%) e una crescita dei consumi (+8,7%) (Tavola 15).

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

La dutasteride è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tavola 9). Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tavola 21 e 24).

Preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali

I preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali rappresentano la decima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 364 milioni di euro (6,0 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 (3,1 euro pro capite) sia dal contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2,9 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali registra un incremento del +4,4% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una lieve crescita delle quantità consumate (+0,9%), da una riduzione dei prezzi (-0,3%) e da un effetto mix positivo (+3,8%) (Tavola 6). Per quanto riguarda l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2011 (+5,5%) e una crescita dei consumi (+15,8%; Tavola 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli ormoni tiroidei e dai glicocorticoidi, invece, in termini di spesa, le prime due categorie sono rappresentate dai glicocorticoidi, seguiti dagli ormoni paratiroidei (Tavola 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, la somatropina ed analoghi è la categoria a maggiore incidenza sulla spesa.

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

Organi di senso

I farmaci appartenenti alla categoria degli organi di senso rappresentano la categoria terapeutica associata ad una spesa pubblica di 206 milioni di euro (3,4 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato prevalentemente dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica

convenzionata (2,6 euro pro capite) e in minor misura dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (0,8 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per medicinali degli organi di senso registra un incremento del +1,1% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate (+2,9%), da una riduzione dei prezzi (-2,9%) e da un effetto mix positivo (+1,2%; Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2011 (+17,0%) e una riduzione dei consumi (-3,5%; Tavola 15).

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

Farmaci dermatologici

I farmaci dermatologici rappresentano la categoria terapeutica a più bassa spesa pubblica (oltre alla categoria ATC V "vari" e P "antiparassitari" non commentate), pari a 54,5 milioni di euro (0,9 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato sia dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (0,7 euro pro capite) sia dal contributo dato dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (0,2 euro pro capite) (Tavola 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per medicinali dermatologici registra una riduzione del -2,7% rispetto al 2011 e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate (-1,6%), da una riduzione dei prezzi (-0,2%) e da un effetto mix negativo (-1,0%; Tavola 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci di questa categoria acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2011 (+13,3%) e una crescita dei consumi (+37,4%; Tavola 15).

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

**DATI GENERALI DI SPESA E CONSUMO
(GENNAIO - SETTEMBRE 2012)**

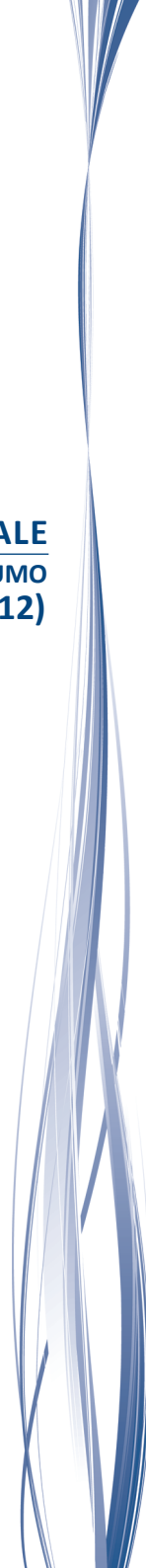
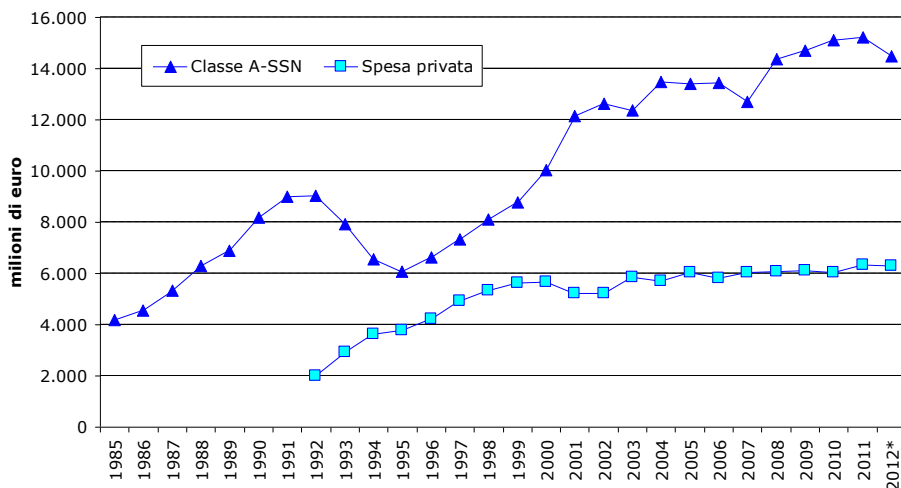


Figura 1. Spesa farmaceutica territoriale in Italia nel periodo 1985-2012



* Stimato sulla base dell'andamento dei primi 9 mesi

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

Tavola 1. Spesa farmaceutica territoriale: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

		2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	Δ % 09/08	Δ % 10/09	Δ % 11/10	Δ % 12/11
1+2+3+4	Spesa convenzionata lorda	9.523	9.651	9.725	9.376	8.666	1,3	0,8	-3,6	-7,6
1+2	Compartecipazione del cittadino	468	615	714	975	1.052	31,4	16,1	36,6	7,8
1	Ticket per confezione	259	317	321	401	401	22,3	1,2	25,0	0,0
2	Quota prezzo di riferimento	209	298	393	574	651	42,8	31,9	46,1	13,4
3	Sconto [^]	520	527	588	624	584	1,3	11,6	6,2	-6,5
4	Spesa convenzionata netta	8.535	8.509	8.423	7.776	7.030	-0,3	-1,0	-7,7	-9,6
5	Distr. diretta e per conto di fascia A ^o	1.238	1.325	1.608	2.124	2.193	7,1	21,3	32,1	3,2
4+5	Spesa territoriale	9.773	9.834	10.031	9.900	9.223	0,6	2,0	-1,3	-6,8

[^] comprendente 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.

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

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

Tavola 2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

		2008	2009	2010	2011	2012	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
		<i>(milioni)</i>	<i>(milioni)</i>	<i>(milioni)</i>	<i>(milioni)</i>	<i>(milioni)</i>	09/08	10/09	11/10	12/11
1	Spesa convenzionata netta	8.535	8.509	8.423	7.776	7.030	-0,3	-1,0	-7,7	-9,6
2	Distrib. diretta e per conto di fascia A	1.238	1.325	1.608	2.124	2.193	7,1	21,3	32,1	3,2
1+2	Totale spesa pubblica	9.773	9.834	10.031	9.900	9.223	0,6	2,0	-1,3	-6,8
3	Compartecipazione del cittadino	468	615	714	975	1.052	31,4	16,1	36,6	7,8
4	Acquisto privato di fascia A*	706	679	708	810	831	-3,8	4,3	14,4	2,6
5	Classe C con ricetta	2.329	2.385	2.338	2.421	2.219	2,4	-2,0	3,6	-8,3
6	Automedicazione (SOP e OTC)	1.554	1.530	1.550	1.610	1.663	-1,5	1,3	3,9	3,3
3+4+5+6	Totale spesa privata	5.057	5.209	5.310	5.816	5.766	3,0	1,9	9,5	-0,9
	Totale spesa farmaceutica	14.830	15.043	15.341	15.716	14.989	1,4	2,0	2,4	-4,6
	Quota a carico SSN (%)	65,9	65,4	65,4	63,0	61,5				

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

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

Tavola 2b. Consumi per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

		2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	Δ% 09/08	Δ% 10/09	Δ% 11/10	Δ% 12/11
	Ricette #	413	425	438	441	442	2,9	3,1	0,7	0,2
	N° confezioni									
1	Convenzionata	765	784	808	814	818	2,5	3,1	0,7	0,5
2	Classe A privato*	102	100	107	115	135	-2,0	7,0	7,5	17,4
3	Distrib. diretta e per conto di fascia A	ND	ND	ND	ND	ND				
1+2+3	Totale classe A	867	884	915	929	953	2,0	3,5	1,5	2,6
4	Classe C con ricetta	223	219	214	215	199	-1,8	-2,3	0,5	-7,4
5	Automedicazione (SOP e OTC)	235	224	219	227	216	-4,7	-2,2	3,7	-4,9
4+5	Totale classe C	458	443	433	442	415	-3,3	-2,3	2,1	-6,1
1+2+3+4+5	Totale confezioni	1.325	1.327	1.348	1.371	1.368	0,2	1,6	1,7	-0,2
	DDD/1000 ab die #	897,6	924,1	954,2	964,9	965,2	3,0	3,3	1,2	0,03

ND: dato non disponibile

relative al consumo di medicinali in regime di dispensazione convenzionale

* Il dato relativo ai consumi privati di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra i consumi totali (stimati da IMS) e i consumi a carico del SSN (ottenuti dai dati OsMed)

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

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

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

DD: distribuzione diretta; DPC: distribuzione per conto

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**Dinamica della prescrizione
(gennaio - settembre 2012)**

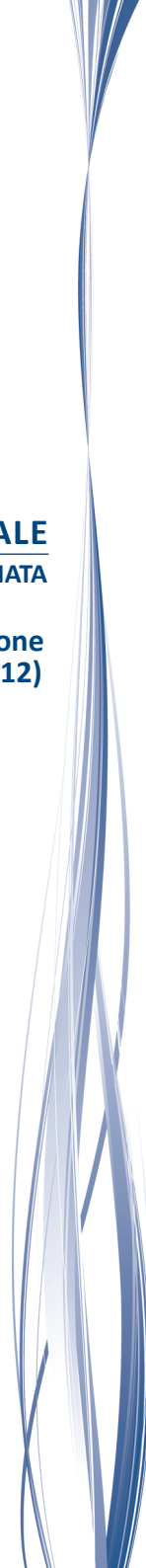


Tavola 3. Prescrizione farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e privata di fascia C: confronto regionale fra i primi 9 mesi del 2012 e 2011

	Spesa lorda pro capite classe A-SSN		DDD/1000 abitanti die classe A-SSN		Spesa lorda pro capite classe C		Spesa lorda pro capite Automedicazione (SOP, OTC)	
	€	Δ 12/11°	N	Δ 12/11°	€	Δ 12/11°	€	Δ 12/11°
Piemonte*	127,5	-7,1	909,4	1,5	37,3	-5,4	28,2	1,3
Valle d'Aosta	125,2	-5,9	889,0	-0,6	40,3	-5,5	37,7	2,9
Lombardia*	136,4	-5,3	883,5	1,7	37,9	-4,5	28,9	1,7
P.A. Bolzano*	97,3	-13,0	720,0	-0,7	28,7	-5,6	34,1	0,4
P.A. Trento	112,9	-7,0	838,3	1,4	33,1	-5,8	31,8	-0,6
Veneto*	124,5	-7,2	914,2	0,8	35,5	-5,1	28,4	0,7
Friuli V.G.	129,8	-8,3	938,7	0,7	32,6	-5,1	23,8	1,8
Liguria*	128,0	-11,4	896,1	-4,1	45,7	-6,7	32,3	2,0
Emilia R.*	115,3	-10,5	936,7	-1,6	39,5	-6,2	28,5	0,3
Toscana*	115,8	-8,2	949,5	-0,4	41,2	-6,2	30,4	0,5
Umbria*	129,2	-5,0	1.048,5	1,7	37,9	-6,2	24,6	-2,9
Marche	132,4	-7,6	957,7	-0,1	38,0	-7,3	24,6	-3,8
Lazio*	158,6	-10,9	1.050,2	-0,7	40,0	-6,5	29,1	1,9
Abruzzo*	153,4	-8,9	964,1	-0,8	33,7	-8,0	22,8	-1,6
Molise*	142,7	-9,1	941,5	-2,0	26,3	-9,2	18,0	-4,5
Campania*	165,3	-5,3	985,6	-0,4	37,5	-5,3	25,1	2,8
Puglia*	162,2	-9,1	1.056,2	-0,2	32,8	-6,3	21,3	0,2
Basilicata*	134,1	-11,0	943	-4,2	27,4	-7,4	17,9	-2,7
Calabria*	163,0	-6,6	1.040,2	0,9	35,3	-6,2	21,3	-0,1
Sicilia*	180,5	-7,6	1.083,7	-0,6	38,4	-6,7	22,3	1,7
Sardegna	170,6	-1,6	1.059,0	1,3	37,1	-5,8	22,7	2,5
Italia	142,6	-7,6	965,2	0,03	37,5	-5,8	26,7	1,0
Nord	127,4	-7,4	901,6	0,5	37,7	-5,3	28,8	1,2
Centro	138,9	-9,3	1.005,0	-0,3	40,0	-6,5	28,6	0,4
Sud e isole	166,5	-6,9	1.031,3	-0,3	35,8	-6,3	22,6	1,2

* Regioni con ticket in vigore nel 2012

° Le variazioni percentuali sono calcolate su valori standardizzati della popolazione

Tavola 4. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2012 per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa

	Differenza % dalla mediana nazionale			Rango spesa
	DDD/1000 ab die pesate	Costo medio DDD	Spesa lorda pro capite pesata	
Sicilia	14,9	17,1	36,4	1
Sardegna	12,3	13,3	28,9	2
Campania	4,5	17,9	24,8	3
Calabria	10,3	10,2	23,1	4
Puglia	12,0	8,0	22,5	5
Lazio	11,4	6,2	19,8	6
Abruzzo	2,2	11,9	15,9	7
Molise	-0,2	6,5	7,8	8
Lombardia	-6,3	8,5	3,0	9
Basilicata	0,0	0,0	1,3	10
Marche	1,6	-2,8	0,0	11
Friuli V.G.	-0,5	-2,8	-2,0	12
Umbria	11,2	-13,4	-2,5	13
Liguria	-5,0	0,4	-3,3	14
Piemonte	-3,6	-1,5	-3,7	15
Valle D'Aosta	-5,7	-1,0	-5,4	16
Veneto	-3,1	-4,3	-6,0	17
Toscana	0,7	-14,3	-12,6	18
Emilia R.	-0,7	-13,4	-12,9	19
P.A. Trento	-11,1	-5,3	-14,8	20
P.A. Bolzano	-23,6	-5,0	-26,5	21

Figura 2. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2012 per quantità, costo medio di giornata di terapia (scostamenti)

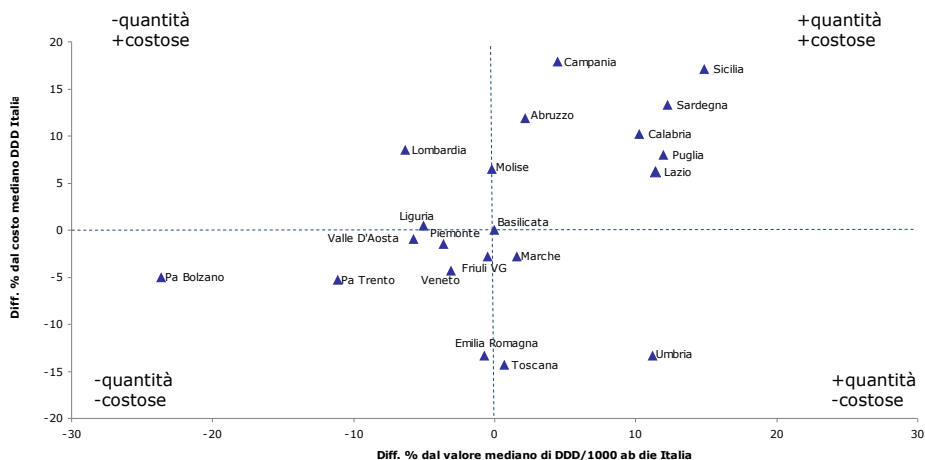


Tavola 5. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2012 e 2011

	Spesa lorda 2012 (milioni)	Spesa lorda pro capite pesata	Δ % 2012-2011				Δ % costo medio DDD
			spesa	DDD	prezzi	mix	
Piemonte	599,69	127,33	-7,16	1,85	-9,42	0,64	-8,85
Valle d'Aosta	16,11	123,17	-7,31	-0,25	-10,43	3,75	-7,08
Lombardia	1.345,13	135,92	-5,39	2,11	-8,46	1,21	-7,35
P.A. Bolzano	46,52	97,21	-13,03	-0,37	-10,64	-2,32	-12,71
P.A. Trento	58,55	112,49	-7,03	1,74	-9,87	1,39	-8,62
Veneto	610,43	124,11	-7,20	1,16	-8,66	0,43	-8,27
Friuli V.G.	171,22	129,50	-8,32	1,11	-9,74	0,45	-9,33
Liguria	234,11	127,74	-11,42	-3,79	-8,50	0,61	-7,94
Emilia R.	530,61	115,10	-10,54	-1,23	-8,47	-1,04	-9,43
Toscana	458,25	115,04	-8,33	-0,05	-7,92	-0,40	-8,29
Umbria	123,37	129,16	-5,03	2,03	-7,95	1,12	-6,92
Marche	215,50	132,30	-7,72	0,23	-9,08	1,27	-7,93
Lazio	897,17	157,77	-10,34	-0,32	-9,17	-0,96	-10,05
Abruzzo	205,81	150,48	-9,28	-0,47	-8,57	-0,31	-8,85
Molise	45,15	136,70	-9,41	-1,69	-9,88	2,24	-7,86
Campania	845,33	159,42	-6,16	-0,08	-7,61	1,65	-6,09
Puglia	633,17	161,31	-7,15	0,20	-8,55	1,32	-7,34
Basilicata	78,34	133,80	-11,02	-3,89	-9,62	2,43	-7,42
Calabria	315,42	162,48	-6,51	1,25	-8,80	1,24	-7,67
Sicilia	860,73	178,05	-7,64	-0,25	-7,31	-0,11	-7,41
Sardegna	284,09	170,53	-1,58	1,72	-8,33	5,56	-3,24
Italia	8.574,69	141,44	-7,53	0,39	-8,49	0,66	-7,89

Tavola 6. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2012 e 2011

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2012-2011			Δ% costo medio DDD	
				spesa	DDD	prezzi		
	Italia	141,4	965,2	-7,5	0,4	-8,5	0,7	-7,9
	C- Sistema cardiovascolare	48,0	454,9	-13,0	0,3	-14,3	1,2	-13,2
	Inibitori della HMG CoA reduttasi	9,5	58,8	-23,2	7,0	-26,2	-2,8	-28,2
	Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	6,9	39,4	-21,8	-1,1	-20,5	-0,5	-20,9
	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati	6,5	53,6	-19,3	0,7	-19,2	-0,9	-19,9
	Derivati diidropiridinici	3,7	53,5	-17,4	-5,2	-11,4	-1,6	-12,8
	Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non associati	3,5	87,1	-12,1	-1,7	-7,2	-3,6	-10,6
	Altri ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridizzanti	2,9	5,8	7,9	8,7	0,0	-0,7	-0,7
	Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici	2,8	26,1	-7,9	-4,6	-2,4	-1,0	-3,4
	Betabloccanti, selettivi	2,5	33,5	4,2	2,2	-0,9	2,9	2,0
	Inibitori HMG CoA reduttasi e altri agenti modificanti dei lipidi	1,7	3,1	-3,1	7,4	-9,8	0,1	-9,7
	Nitrati organici	1,4	16,8	-11,4	-8,8	-0,6	-2,3	-2,8
	Bloccanti dei recettori alfa adrenergici	0,9	7,5	-11,4	-2,0	-8,9	-0,8	-9,6
	Sulfonamidi, non associate	0,6	24,0	-0,6	1,1	-0,2	-1,4	-1,6
	Antiarritmici, classe IC	0,6	4,5	2,8	0,6	-0,2	2,4	2,2
	Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici	0,6	4,2	-15,1	-2,4	-12,5	-0,6	-13,0
	Anatagonisti dell'Angiotensina II e Calcio-antagonisti	0,6	2,2	>100	>100	4,7	-3,1	1,4
	Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e calcioantagonisti	0,4	2,9	>100	>100	1,5	-2,9	-1,4
	Antagonisti dell'aldosterone	0,3	3,6	1,5	0,7	0,0	0,8	0,8
	Derivati benzotiazepinici	0,3	1,9	-8,9	-7,1	-0,9	-1,0	-1,9
	Agonisti dei recettori dell'imidazolina	0,3	1,6	-6,4	-6,5	0,0	0,1	0,0
	Fibrati	0,3	2,2	-1,6	-1,7	-0,4	0,5	0,1
	Altri preparati cardiaci	0,2	0,3	29,0	20,1	-0,8	8,3	7,4
	Antiarritmici, classe III	0,2	3,0	-12,1	-0,8	-1,2	-10,3	-11,4
	Betabloccanti selettivi e tiazidi	0,2	2,3	43,2	38,1	-0,1	3,8	3,7
	Derivati fenilalchilaminici	0,2	2,1	-6,7	-6,5	0,0	-0,2	-0,2
	Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio	0,2	3,5	-6,2	-6,2	0,0	-0,1	-0,1
	Betabloccanti selettivi ed altri diuretici	0,1	2,7	-13,8	-6,1	-7,7	-0,6	-8,3
	Glicosidi digitalici	0,1	3,2	-8,7	-8,7	0,0	0,0	0,0
	Betabloccanti, non selettivi	0,1	1,7	-0,2	-2,2	0,0	2,1	2,1
	Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio	0,1	0,7	-2,1	-2,7	0,5	0,1	0,5
	Inibitori della renina	0,1	0,4	10,1	16,6	-4,6	-1,0	-5,6
	A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	23,5	144,1	-0,3	2,4	-2,8	0,3	-2,6
	Inibitori della pompa acida	11,0	67,5	-1,7	8,6	-7,7	-1,9	-9,5
	Insuline e analoghi, ad azione rapida	2,6	7,2	4,3	2,4	0,0	1,8	1,8
	Acido aminosalicilico ed analoghi	1,1	3,7	1,3	4,3	-2,2	-0,7	-2,9
	Biguanidi	1,0	18,3	-2,3	4,7	-4,8	-1,9	-6,7
	Antibiotici intestinali	0,9	1,4	0,7	1,7	-4,1	3,3	-0,9
	Vitamina D e analoghi	0,8	2,2	29,8	9,7	-0,3	19,1	18,8
	Biguanidi e sulfonamidi in associazione	0,8	7,3	-8,4	-12,7	-0,3	5,2	4,9

(segue)

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2012-2011			Δ% costo medio DDD	
				spesa	DDD	prezzi		
	Insuline e analoghi, ad azione lunga	0,6	1,0	18,4	18,9	-0,4	0,0	-0,4
	Altri ipoglicemizzanti orali	0,6	4,0	0,2	3,6	-4,4	1,2	-3,3
	Altri antidiabetici	0,6	1,9	8,0	-41,2	90,0	-3,3	83,7
	Preparati a base di acidi biliari	0,5	1,9	-0,1	3,0	-1,7	-1,3	-3,0
	Insuline e analoghi, ad azione intermedia e ad azione rapida associate	0,4	1,2	-12,8	-14,0	-0,1	1,6	1,4
	Calcio, associazioni con altri farmaci	0,4	6,1	-4,6	-3,4	-2,0	0,8	-1,3
	Sulfonamidi, derivati dell'urea	0,4	11,8	-8,0	-7,0	-2,1	1,0	-1,2
	Antagonisti dei recettori H2	0,3	2,3	-24,0	-2,4	-19,8	-2,9	-22,1
	Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio	0,3	1,6	-0,4	-0,7	-0,1	0,3	0,3
	Corticosteroidi per uso topico	0,2	0,4	-2,3	-1,6	-0,2	-0,5	-0,7
	Inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4)	0,2	0,3	36,0	35,5	-0,9	1,2	0,4
	Antagonisti della serotonina (5HT3)	0,2	0,0	-9,6	-5,0	-0,8	-4,1	-4,9
	Insuline e analoghi, ad azione intermedia	0,2	0,5	-11,6	-17,3	-0,1	7,1	6,9
	Tiazolidinedioni	0,1	0,2	-28,1	-21,6	-5,7	-2,9	-8,4
	Inibitori dell'alfa glucosidasi	0,1	0,5	21,0	18,7	0,0	2,0	1,9
	Preparati a base di enzimi	0,1	0,4	7,5	7,0	0,0	0,5	0,4
	Lassativi ad azione osmotica	0,1	0,1	9,0	8,1	0,1	0,8	0,9
	N - Sistema nervoso centrale	17,8	58,1	0,9	1,2	-3,3	3,1	-0,3
	Altri antiepilettici	3,8	3,9	5,4	7,5	-2,6	0,7	-1,9
	Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina	3,6	27,3	-2,6	-0,5	-1,4	-0,8	-2,2
	Altri antidepressivi	2,3	7,7	1,5	3,3	-1,1	-0,6	-1,7
	Agonisti selettivi dei recettori 5HT1	1,1	0,8	-4,4	1,9	-5,4	-0,9	-6,2
	Agonisti della dopamina	1,1	1,4	-10,5	2,2	-16,0	4,2	-12,4
	Alcaloidi naturali dell'oppio	0,9	1,5	19,4	15,1	-0,7	4,5	3,7
	Derivati della fenilpiperidina	0,7	0,5	18,8	5,8	-0,3	12,5	12,3
	Derivati degli acidi grassi	0,6	1,9	4,4	3,7	-0,1	0,7	0,6
	Diazepine, oxazepine e tiazepine	0,5	0,8	-13,9	14,9	-9,0	-17,6	-25,1
	Dopa e suoi derivati	0,5	1,8	-0,7	0,9	-0,2	-1,4	-1,6
	Inibitori della monoaminoossidasi di tipo B	0,5	0,8	13,6	16,4	0,0	-2,4	-2,4
	Altri oppiacei	0,4	0,8	58,0	7,9	-0,1	46,6	46,4
	Derivati della carbossamide	0,4	2,1	-1,9	-2,4	-0,6	1,1	0,6
	Altri antipsicotici	0,2	0,2	0,1	7,5	-3,3	-3,7	-6,9
	Anticolinesterasici	0,2	0,3	-43,7	-14,0	-26,4	-11,1	-34,6
	Altri farmaci anti-dementia	0,2	0,1	-10,9	-10,8	-0,1	0,0	-0,1
	Inibitori non selettivi della ricaptazione di monoamine	0,1	1,1	6,0	-3,3	9,8	-0,1	9,6
	Derivati dell'oripavina	0,1	0,1	-12,6	-12,4	-0,2	-0,1	-0,3
	R - Sistema respiratorio	13,1	48,0	-3,3	-2,7	-1,0	0,4	-0,6
	Adrenergici ed altri antiasmatici	5,9	11,4	-2,6	-3,1	0,0	0,6	0,6
	Anticolinergici	2,2	6,1	2,5	14,4	-1,1	-9,5	-10,5
	Glicocorticoidi	1,9	9,7	-11,0	-8,0	-3,8	0,6	-3,2
	Antagonisti dei recettori dei leucotrieni	1,1	2,2	-2,3	-1,0	-0,1	-1,2	-1,3
	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici	0,9	5,8	0,5	-3,2	-0,2	4,1	3,9
	Altri antistaminici per uso sistemico	0,8	6,9	-3,9	-2,3	-1,8	0,2	-1,6
	Derivati piperazinici	0,4	4,5	-12,4	-6,9	-2,9	-3,1	-5,9
	Derivati xantini	0,1	1,2	-9,6	-11,3	-0,1	2,0	2,0

(segue)

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2012-2011				Δ% costo medio DDD
				spesa	DDD	prezzi	mix	
J	Antimicrobici per uso sistemico	10,9	21,9	-16,1	-5,8	-10,6	-0,4	-10,9
	Cefalosporine di terza generazione	2,4	1,7	-14,7	-6,7	-9,1	0,6	-8,6
	Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	2,2	8,2	-5,7	-2,6	-2,1	-1,1	-3,1
	Fluorochinoloni	1,8	3,0	-36,7	-2,6	-32,3	-3,9	-35,0
	Macrolidi	1,4	4,0	-15,5	-10,3	-3,5	-2,4	-5,8
	Derivati triazolici	0,9	0,8	-4,7	-2,2	-4,1	1,6	-2,6
	Immunoglobuline specifiche	0,5	0,0	-2,7	-4,7	-0,4	2,5	2,1
	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa	0,4	0,2	-3,1	0,2	-2,6	-0,7	-3,3
	Altri antibatterici	0,4	0,3	-10,0	-2,3	-4,9	-3,1	-7,8
	Penicilline ad ampio spettro	0,3	2,5	-13,3	-10,9	-1,5	-1,3	-2,7
	Cefalosporine di seconda generazione	0,2	0,3	-19,1	-17,4	-0,8	-1,3	-2,1
	Antibatterici glicopeptidici	0,1	0,0	-1,2	-1,2	0,0	0,0	0,0
B	Sangue e organi emopoietici	7,4	93,6	5,8	3,8	0,0	1,9	1,9
	Eparinici	3,3	4,5	0,1	-0,1	0,0	0,3	0,2
	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	2,3	64,5	12,4	3,9	-2,8	11,3	8,1
	Altri preparati antianemici	0,3	0,1	28,8	31,9	-2,5	0,1	-2,4
	Fattori della coagulazione del sangue	0,2	0,0	20,5	5,7	32,3	-13,9	14,0
	Ferro bivalente, preparati orali	0,2	11,0	11,4	-7,2	3,2	16,2	19,9
	Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,2	0,0	-4,4	-0,3	-0,4	-3,8	-4,1
	Antagonisti della vitamina K	0,2	6,3	3,8	4,0	0,0	-0,2	-0,2
	Acido folico e derivati	0,2	3,2	30,8	13,7	0,0	15,0	15,0
	Altri antitrombotici	0,1	0,1	-19,3	-19,0	-0,3	-0,1	-0,4
	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,1	0,3	2,3	2,4	-0,3	0,3	0,0
M	Sistema muscolo-scheletrico	6,3	41,7	-9,0	-4,3	-5,4	0,5	-4,9
	Bifosfonati	1,4	6,8	-26,3	-7,6	-19,2	-1,4	-20,3
	Coxibs	1,1	4,5	-0,3	-0,7	0,0	0,3	0,3
	Altri farmaci che agiscono sulla mineralizzazione	0,8	1,7	-13,4	-13,3	0,0	-0,1	-0,1
	Bifosfonati e calcio, preparazioni sequenziali	0,8	3,1	5,6	6,0	0,0	-0,3	-0,3
	Derivati dell'acido propionico	0,7	7,4	-3,5	-1,4	-0,2	-2,0	-2,2
	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	0,7	5,5	-7,7	-6,1	-0,4	-1,4	-1,8
	Preparati inibenti la formazione di acido urico	0,4	6,8	54,0	7,2	0,0	43,7	43,6
	Altri farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	0,2	3,6	-24,3	-22,3	-1,7	-1,0	-2,7
	Oxicam-derivati	0,2	1,5	-16,3	-11,8	-4,5	-0,6	-5,0
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	4,9	40,6	-1,3	-0,3	-4,4	3,7	-0,9
	Inibitori della testosterone-5-alfa reductasi	1,9	7,9	4,7	4,6	-1,5	1,5	0,0
	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici	1,7	20,0	-5,6	2,1	-10,3	3,1	-7,5
	Gonadotropine	0,3	0,2	4,4	-0,3	-1,0	5,7	4,7
	Altri estrogeni (tibolone)	0,2	0,7	-4,4	-4,4	0,0	0,0	0,0
	Associazioni fisse estro-progestiniche	0,1	3,4	-9,1	-8,2	0,0	-0,9	-0,9
	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati	0,1	2,6	-8,4	-6,5	-0,2	-2,0	-2,0

(segue)

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2012-2011			Δ% costo medio DDD	
				spesa	DDD	prezzi		
G	-Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	4,9	40,6	-1,3	-0,3	-4,4	3,7	-0,9
	Inibitori della prolattina	0,1	0,1	-4,9	-4,1	-3,9	3,2	-0,8
	Derivati del pregnene (4)	0,1	1,2	-0,2	-2,8	-1,2	3,9	2,6
L	- Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	3,2	4,3	-25,5	3,6	-23,2	-6,4	-28,1
	Inibitori enzimatici	1,0	1,8	-50,1	0,5	-50,0	-0,8	-50,4
	Inibitori della calcineurina	0,8	0,3	-4,6	-4,5	-0,2	0,1	-0,1
	Analoghi dell'acido folico	0,5	0,3	4,7	40,1	-0,8	-24,7	-25,3
	Fattori di stimolazione delle colonie	0,2	0,0	-44,7	-44,0	-0,3	-0,8	-1,1
	Interferoni	0,1	0,0	37,4	33,9	-1,7	4,4	2,6
	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	0,1	0,1	-7,0	-4,5	-7,4	5,2	-2,6
	Altri antineoplastici	0,1	0,2	36,8	2,6	36,4	-2,2	33,4
	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	0,1	0,1	-11,9	-11,6	-0,9	0,5	-0,3
	Antiandrogeni	0,1	0,3	6,7	35,4	-16,9	-5,1	-21,2
	Antiestrogeni	0,1	0,9	-4,6	0,6	-2,7	-2,5	-5,2
H	- Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	2,9	33,3	4,4	0,9	-0,3	3,8	3,5
	Glicocorticoidi	1,0	11,9	2,1	-0,3	0,6	1,8	2,4
	Ormoni paratiroidei	0,7	0,2	11,7	12,3	-0,2	-0,3	-0,5
	Ormoni tiroidei	0,6	19,1	4,9	2,2	0,0	2,7	2,7
	Somatropina e analoghi	0,2	0,0	1,0	1,9	-0,5	-0,3	-0,8
	Ormone anticrescita	0,2	0,0	-0,8	2,3	-3,9	1,0	-3,0
	Vasopressina e analoghi	0,1	0,7	-1,9	-5,9	-3,6	8,2	4,3
S	-Organi di senso	2,6	19,7	1,1	2,9	-2,9	1,2	-1,7
	Betabloccanti	1,5	11,7	1,3	3,5	-4,0	1,9	-2,1
	Analoghi delle prostaglandine	0,9	5,1	2,3	4,5	-1,8	-0,3	-2,1
	Inibitori dell'anidrasi carbonica	0,2	1,4	1,4	1,6	-0,2	0,0	-0,2
D	- Dermatologici	0,7	4,1	-2,7	-1,6	-0,2	-1,0	-1,2
	Altri antipsoriasici per uso topico	0,5	2,0	-2,5	-2,6	-0,1	0,1	0,0
	Antimicotici per uso sistemico	0,1	0,2	-13,8	-8,1	-3,8	-2,5	-6,2
V	- Vari*	0,1	0,1	-5,3	16,2	-1,2	-17,4	-18,5
	Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia e dell'iperfosfatemia	0,1	0,1	-0,5	18,6	-0,5	-15,7	-16,1
P	- Antiparassitari	0,1	0,7	0,4	2,2	-0,1	-1,6	-1,7

Nota: le categorie incluse per ogni raggruppamento ATC al I° livello sono solo quelle con una spesa convenzionata maggiore di 5 milioni di euro.

* non è compreso il valore dell'ossigeno (8,6 milioni di euro)

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**Categorie terapeutiche e principi attivi
(gennaio - settembre 2012)**

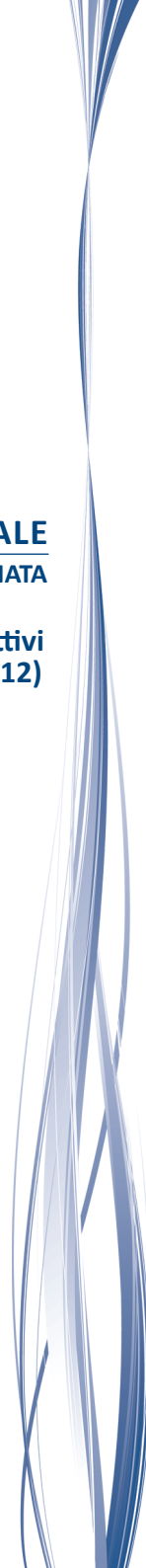


Tavola 7. Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro capite per i farmaci di classe A-SSN nei primi 9 mesi 2012 (popolazione pesata)

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Piemonte	44,1	20,3	18,7	11,8	8,3	6,0	4,9	4,7	2,7	2,2	2,9	0,1	0,6	0,1	127,5
Valle d'Aosta	40,9	17,8	17,5	15,6	7,4	3,2	5,4	5,1	3,0	3,8	2,8	2,1	0,5	0,1	125,2
Lombardia	44,4	20,8	18,6	12,4	8,3	8,3	4,4	5,4	5,8	4,0	2,2	0,9	0,6	0,2	136,4
P.A. Bolzano	33,5	12,0	18,3	9,7	5,4	3,2	4,2	4,0	2,4	2,2	1,6	0,1	0,5	0,1	97,3
P.A. Trento	38,2	16,6	15,7	11,7	7,1	7,8	4,1	4,2	2,4	2,0	1,9	0,4	0,6	0,2	112,9
Veneto	44,9	20,4	16,3	10,8	7,1	6,6	5,4	4,4	2,9	2,0	2,4	0,4	0,6	0,2	124,5
Friuli V.G.	46,7	21,5	17,6	10,5	6,6	6,7	5,3	4,5	4,0	2,1	2,9	0,3	0,8	0,2	129,8
Liguria	45,8	21,0	18,9	12,7	7,9	3,2	5,5	5,0	2,3	1,9	2,9	0,3	0,6	0,1	128,0
Emilia R.	43,4	18,0	15,5	11,0	7,2	4,1	4,7	4,8	0,9	1,7	3,1	0,2	0,6	0,2	115,3
Toscana	40,8	18,4	15,3	11,9	9,1	3,3	5,1	4,6	0,3	2,3	3,2	0,8	0,6	0,2	115,8
Umbria	46,3	21,7	17,8	11,7	10,1	3,1	4,8	5,3	2,2	2,4	3,0	0,0	0,7	0,2	129,2
Marche	48,4	19,8	17,7	11,6	10,9	3,1	5,7	5,6	2,8	2,3	3,7	0,1	0,6	0,1	132,4
Lazio	53,6	25,5	18,5	15,2	12,7	8,6	8,2	5,1	3,0	3,4	2,9	0,8	0,7	0,1	158,6
Abruzzo	45,6	26,2	25,1	11,7	11,6	6,9	6,9	4,6	3,8	3,3	3,4	3,4	0,7	0,1	153,4
Molise	50,8	21,4	16,2	11,3	12,5	4,8	6,7	4,2	3,1	2,5	2,2	6,0	0,8	0,1	142,7
Campania	52,4	25,8	16,2	15,9	17,7	10,3	6,6	4,7	3,7	2,5	2,4	6,0	0,9	0,1	165,3
Puglia	54,6	25,9	17,4	15,2	15,3	9,2	8,9	4,7	3,3	3,4	2,4	0,9	0,7	0,1	162,2
Basilicata	46,5	22,6	15,1	14,2	11,4	3,4	7,2	4,6	2,8	2,6	2,5	0,4	0,8	0,1	134,1
Calabria	54,3	27,8	17,0	13,6	15,4	11,3	8,4	4,9	3,2	2,9	2,6	0,7	0,9	0,1	163,0
Sicilia	55,4	37,9	19,1	15,3	15,7	10,7	9,6	4,9	3,0	3,2	2,3	2,6	0,8	0,1	180,5
Sardegna	54,0	30,4	23,1	16,1	11,0	8,7	9,0	5,9	4,7	4,0	2,5	0,2	0,9	0,1	170,6
Italia	48,0	23,5	17,8	13,1	10,9	7,3	6,3	4,9	3,2	2,8	2,6	1,3	0,7	0,1	142,6
Nord	44,2	20,0	17,6	11,7	7,7	6,4	4,8	4,9	3,6	2,7	2,5	0,5	0,6	0,2	127,4
Centro	48,2	22,1	17,3	13,4	11,1	5,7	6,6	5,0	2,0	2,8	3,1	0,7	0,7	0,1	138,9
Sud e isole	53,2	29,2	18,4	15,0	15,3	9,6	8,2	4,8	3,4	3,1	2,5	2,8	0,8	0,1	166,5

Tavola 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 2012 (popolazione pesata)

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Piemonte	430,5	132,3	62,9	39,0	17,7	89,4	35,4	43,4	4,6	29,0	21,4	0,0	3,2	0,7	909,4
Valle d'Aosta	407,0	123,5	55,3	48,5	17,6	89,9	40,4	46,7	4,2	33,4	19,3	0,0	2,5	0,7	889,0
Lombardia	435,2	122,8	55,5	43,5	18,3	90,2	27,9	37,7	6,4	26,1	15,9	0,2	3,0	0,9	883,5
P.A. Bolzano	337,5	80,6	63,6	32,6	13,1	72,7	27,9	39,5	3,9	32,2	13,1	0,0	2,7	0,7	720,0
P.A. Trento	392,7	110,7	55,0	42,3	17,4	98,0	30,3	37,5	3,5	32,5	14,3	0,0	3,3	0,9	838,3
Veneto	458,6	128,4	53,6	38,3	16,6	90,8	34,0	37,1	4,6	30,6	17,1	0,0	3,4	1,0	914,2
Friuli V.G.	463,3	128,6	52,0	38,1	15,9	102,2	37,3	37,9	5,5	31,1	21,5	0,1	4,1	1,1	938,7
Liguria	420,5	134,8	69,0	44,3	15,7	80,8	33,3	41,1	3,6	28,5	21,0	0,0	3,1	0,4	896,1
Emilia R.	456,6	120,2	59,3	41,1	17,6	101,0	32,9	42,3	1,7	36,6	23,2	0,0	3,3	0,7	936,7
Toscana	441,1	122,1	74,0	41,7	20,6	100,3	37,8	40,8	0,5	39,8	25,4	0,0	4,5	0,9	949,5
Umbria	537,6	132,4	66,4	43,2	23,9	93,6	36,7	44,1	3,2	39,2	23,2	0,0	4,0	0,9	1.048,5
Marche	457,9	123,0	61,0	37,8	22,1	96,4	40,6	45,8	4,5	36,4	28,3	0,0	3,2	0,7	957,7
Lazio	480,3	163,0	56,4	57,3	24,6	99,8	51,0	44,0	4,7	40,7	23,0	0,1	4,8	0,7	1.050,2
Abruzzo	424,2	146,1	65,3	42,2	23,5	104,8	48,7	38,6	4,9	35,0	25,7	0,2	4,5	0,5	964,1
Molise	438,4	139,3	52,8	40,0	23,6	103,0	45,5	34,2	3,8	40,3	15,6	0,1	4,6	0,4	941,5
Campania	469,7	150,2	49,3	64,3	30,7	78,8	45,8	38,0	4,3	31,0	17,0	0,1	5,9	0,6	985,6
Puglia	476,7	167,5	53,1	58,9	28,6	103,9	62,6	40,2	4,5	36,8	18,8	0,1	4,2	0,4	1.056,2
Basilicata	418,1	144,1	50,6	54,1	24,6	94,3	50,7	39,4	3,6	39,7	19,0	0,0	4,4	0,4	943,0
Calabria	468,1	176,7	56,7	49,1	27,5	101,7	56,4	38,8	4,1	36,2	18,8	0,1	5,6	0,5	1.040,2
Sicilia	484,7	213,1	55,4	58,9	27,6	87,9	56,8	40,9	4,2	32,1	16,1	0,1	5,4	0,6	1.083,7
Sardegna	452,1	170,2	70,9	57,3	21,1	103,2	57,7	52,8	6,5	42,1	19,6	0,1	4,8	0,8	1.059,0
Italia	454,9	144,1	58,1	48,0	21,9	93,6	41,7	40,6	4,3	33,3	19,7	0,1	4,1	0,7	965,2
Nord	439,7	125,0	57,9	41,1	17,4	91,7	31,9	39,6	4,7	29,7	18,7	0,1	3,2	0,8	901,6
Centro	469,1	142,0	63,5	48,5	22,9	99,0	44,2	43,2	3,2	39,7	24,5	0,0	4,4	0,8	1.005,0
Sud e isole	467,9	172,5	55,2	57,6	27,6	92,8	54,1	40,5	4,5	34,5	18,2	0,1	5,2	0,5	1.031,3

In ogni categoria sono evidenziati i valori minimo e massimo

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

Tavola 9. Primi trenta principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	%	Rango 2012	Rango 2011	Rango 2010	Rango 2009	Rango 2008
C	Rosuvastatina	4,04	2,8	1	2	2	4	5
R	Salmeterolo, associazioni	3,52	2,5	2	3	3	2	3
A	Lansoprazolo	3,30	2,3	3	4	4	3	2
C	Atorvastatina	3,25	2,3	4	1	1	1	1
A	Pantoprazolo	2,85	2,0	5	7	10	12	21
C	Omega-3-trigliceridi	2,68	1,9	6	6	7	8	10
A	Omeprazolo	2,40	1,7	7	8	8	7	13
J	Amoxicillina e ac. clavulanico	2,10	1,5	8	9	11	10	7
R	Tiotropio	2,07	1,5	9	11	13	15	15
R	Formoterolo, associazioni	2,02	1,4	10	11	5	13	18
B	Enoxaparina	2,02	1,4	11	12	17	24	36
C	Irbesartan e diuretici	2,00	1,4	12	10	9	9	8
C	Simvastatina e ezetimibe	1,74	1,2	13	15	18	23	35
N	Escitalopram	1,73	1,2	14	16	20	19	24
A	Esomeprazolo	1,64	1,2	15	14	5	5	4
C	Olmesaratan	1,63	1,1	16	19	22	29	33
C	Ramipril	1,46	1,0	17	22	23	21	18
C	Irbesartan	1,43	1,0	18	20	19	17	19
N	Levetiracetam	1,40	1,0	19	29	36	56	72
C	Simvastatina	1,40	1,0	20	18	16	14	12
G	Dutasteride	1,38	1,0	21	30	38	49	66
C	Olmesaratan e diuretici	1,37	1,0	22	27	34	66	98
C	Telmisartan	1,35	0,9	23	24	25	30	38
N	Pregabalin	1,30	0,9	24	28	37	51	73
B	Acido acetilsalicilico	1,27	0,9	25	45	50	55	59
N	Duloxetina	1,22	0,9	26	30	33	41	55
C	Amlodipina	1,21	0,8	27	21	15	11	9
V	Ossigeno	1,18	0,8	28	23	89	0	0
C	Valsartan e diuretici	1,16	0,8	29	5	6	6	6
S	Timololo, associazioni	1,14	0,8	30	24	27	36	44
Totale		57,26	40,1					
Totale spesa SSN		142,61	100,0					

Tavola 10. Primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	%	Rango 2012	Rango 2011	Rango 2010	Rango 2009	Rango 2008
C	Ramipril	55,6	5,8	1	1	1	1	1
B	Acido acetilsalicilico	55,5	5,8	2	2	2	2	2
C	Amlodipina	26,8	2,8	3	3	3	3	3
C	Furosemide	22,6	2,3	4	4	4	4	4
C	Atorvastatina	22,3	2,3	5	6	7	9	9
A	Lansoprazolo	21,1	2,2	6	5	5	5	5
H	Levotiroxina sodica	19,0	2,0	7	7	6	6	7
A	Metformina	18,4	1,9	8	8	8	10	10
A	Omeprazolo	18,4	1,9	9	9	9	11	22
C	Rosuvastatina	15,7	1,6	10	10	12	15	17
A	Pantoprazolo	15,4	1,6	11	14	19	24	39
C	Simvastatina	15,3	1,6	12	12	13	12	14
C	Valsartan	13,4	1,4	13	15	14	17	18
C	Enalapril	13,3	1,4	14	11	10	7	6
C	Nebivololo	12,4	1,3	15	16	17	19	19
C	Nitroglicerina	12,3	1,3	16	13	11	8	8
C	Valsartan+idroclorotiazide	11,2	1,2	17	17	16	16	13
C	Atenololo	10,6	1,1	18	19	18	14	11
A	Esomeprazolo	10,5	1,1	19	26	34	37	38
B	Ferroso solfato	10,4	1,1	20	18	15	13	12
C	Lercanidipina	9,5	1,0	21	20	21	21	20
C	Irbesartan	9,4	1,0	22	21	20	20	21
C	Telmisartan	9,0	0,9	23	23	25	27	32
G	Tamsulosin	8,9	0,9	24	22	23	26	26
J	Amoxicillina+acido clavulanico	8,2	0,8	25	24	26	25	25
C	Candesartan	7,9	0,8	26	25	24	23	23
C	Ramipril+idroclorotiazide	7,9	0,8	27	28	32	32	33
C	Irbesartan+idroclorotiazide	7,5	0,8	28	27	27	29	29
C	Doxazosin	7,5	0,8	29	31	29	28	24
C	Losartan	7,5	0,8	30	30	29	28	24
Totale		483,1	50,1					
Totale DDD		965,2	100					

Tavola 11. Primi trenta principi attivi* a maggiore variazione di spesa convenzionata rispetto all'anno precedente: confronto primi 9 mesi 2012-2011

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	Δ% 12/11	DDD/1000 ab die	Δ% 12/11
N	Fentanil	0,67	21,8	0,5	5,4
H	Teriparatide	0,52	14,2	0,1	14,0
C	Bisoprololo	1,02	12,7	6,5	9,6
G	Dutasteride	1,38	12,2	5,1	11,7
A	Pantoprazolo	2,85	11,6	15,4	15,1
A	Insulina glargine	0,47	10,3	0,8	10,0
A	Acido alginico	0,50	9,9	1,6	-45,6
N	Levetiracetam	1,40	9,8	1,2	11,1
N	Pregabalin	1,30	9,4	1,3	8,7
C	Zefenopril e diuretici	0,58	6,7	3,3	6,3
A	Insulina lispro	1,03	5,9	2,7	5,5
C	Olmesartan e diuretici	1,37	5,7	5,4	5,4
A	Insulina aspart	1,10	5,7	2,9	5,3
M	Acido alendronico e colecalciferolo	0,76	5,6	3,1	5,6
H	Prednisone	0,44	5,6	5,3	1,2
N	Duloxetina	1,22	5,2	2,4	4,9
N	Acido valproico	0,58	4,8	1,9	3,5
H	Levotiroxina sodica	0,57	4,4	19,0	1,8
B	Enoxaparina sodica	2,02	3,2	2,8	2,9
C	Telmisartan e diuretici	0,99	3,2	4,6	2,8
C	Olmesartan	1,63	3,2	6,2	3,7
R	Tiotropio	2,07	2,7	4,5	2,3
M	Etoricoxib	0,77	2,5	3,3	1,7
B	Acido acetilsalicilico	1,27	2,0	55,5	2,0
C	Nebivololo	0,90	1,9	12,4	3,2
A	Rifaximina	0,83	1,6	1,3	2,3
A	Mesalazina (5-ASA)	1,03	1,2	3,4	4,1
C	Telmisartan	1,35	1,1	9,0	1,6
C	Furosemide	0,50	0,8	22,6	1,2
S	Timololo, associazioni	1,14	0,4	5,7	6,3

* Selezionati tra le 100 sostanze a maggior spesa

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**Farmaci a brevetto scaduto
(gennaio - settembre 2012)**

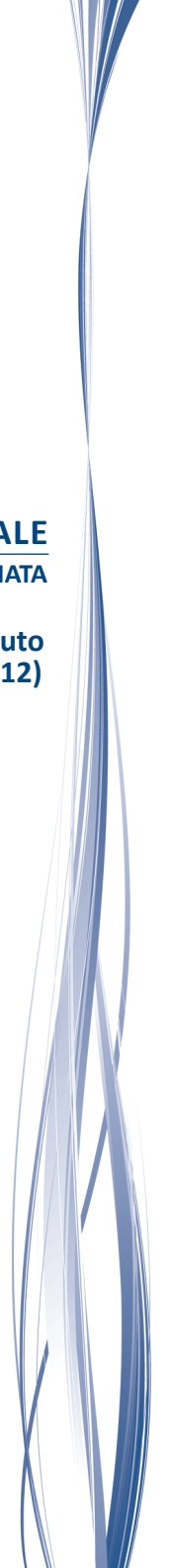


Tavola 12. Spesa e consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza AIFA*: confronto fra i primi 9 mesi del 2012 e 2011

	Consumi totali		Consumi farmaci a brevetto scaduto			Spesa lorda farmaci a brevetto scaduto			%Spesa equivalenti**
	DDD/1000 ab die	Δ% 12/11	DDD/1000 ab die	% sul totale DDD	Δ% 12/11	€ pro capite	% sul totale spesa	Δ% 12/11	
Piemonte	909,4	1,5	505,5	55,6	10,7	49,4	38,7	6,9	29,8
Valle d'Aosta	889,0	-0,6	473,3	53,2	8,8	44,9	35,9	6,7	29,3
Lombardia	883,5	1,7	497,3	56,3	11,4	48,1	35,3	8,7	34,0
P.A. Bolzano	720,0	-0,7	387,0	53,7	11,4	36,6	37,6	7,4	31,4
P.A. Trento	838,3	1,4	456,8	54,5	11,8	42,7	37,8	7,1	39,7
Veneto	914,2	0,8	517,4	56,6	9,8	49,1	39,5	6,1	30,2
Friuli V.G.	938,7	0,7	511,5	54,5	11,5	48,3	37,2	8,5	29,6
Liguria	896,1	-4,1	486,5	54,3	6,9	49,8	38,9	2,2	27,1
Emilia R.	936,7	-1,6	530,7	56,7	8,3	48,5	42,1	2,1	31,5
Toscana	949,5	-0,4	539,7	56,8	7,6	50,3	43,4	2,1	29,2
Umbria	1.048,5	1,7	605,5	57,7	9,7	54,9	42,5	5,5	24,0
Marche	957,7	-0,1	517,3	54,0	10,0	54,0	40,8	6,0	21,8
Lazio	1.050,2	-0,7	576,4	54,9	10,0	62,5	39,4	5,8	20,3
Abruzzo	964,1	-0,8	507,3	52,6	10,6	55,8	36,3	9,2	23,9
Molise	941,5	-2,0	485,5	51,6	9,7	53,7	37,6	5,5	18,2
Campania	985,6	-0,4	547,0	55,5	10,0	62,3	37,7	6,5	16,8
Puglia	1.056,2	-0,2	567,8	53,8	11,2	63,2	39,0	7,5	21,3
Basilicata	943,0	-4,2	486,6	51,6	7,4	52,6	39,2	3,3	17,1
Calabria	1.040,2	0,9	553,6	53,2	13,4	62,7	38,4	9,7	16,2
Sicilia	1.083,7	-0,6	597,0	55,1	10,4	67,6	37,4	6,4	18,5
Sardegna	1.059,0	1,3	543,9	51,4	12,4	58,4	34,2	11,0	24,9
Italia	965,2	0,03	533,3	55,3	10,2	54,8	38,4	6,4	25,2
Nord	901,6	0,5	504,8	56,0	10,2	48,4	38,0	6,3	31,6
Centro	1.005,0	-0,3	558,9	55,6	9,2	56,8	40,9	4,7	23,3
Sud e isole	1.031,3	-0,3	558,1	54,1	10,8	62,6	37,6	7,4	19,2

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

Tavola 13. Primi venti principi attivi a brevetto scaduto a maggiore spesa farmaceutica convenzionata e corrispondenti consumi: confronto fra i primi 9 mesi del 2012 e 2011*

ATC	Principio attivo	Spesa lorda (milioni)	Spesa equivalenti** (milioni)	DDD/1000 abitanti die	Δ% 2012-2011	
					DDD	costo medio DDD
A	Lansoprazolo	180	57,9	18,9	-0,5	-4
A	Pantoprazolo	155	33,6	13,8	15,1	-3,5
A	Omeprazolo	130	24,5	16,4	4,5	-6,6
J	Amoxicillina e ac. clavulanico	117	18,7	7,5	-3,0	-2,8
C	Atorvastatina^	101	11,6	15,2	-	-
A	Esomeprazolo	89	20,0	9,4	71,0	-21,1
C	Ramipril	80	25,7	50,0	2,3	-5,7
C	Simvastatina	76	40,7	13,7	7,8	-20,7
C	Amlodipina	66	22,7	24,2	-3,0	-21,2
C	Valsartan e diuretici^	63	8,1	10,1	-	-
J	Ceftriaxone	62	22,6	0,3	-3,7	-5,7
C	Nitroglicerina	61	11,8	11,0	-9,2	-3,1
C	Bisoprololo	56	21,7	5,8	9,7	2,6
A	Metformina	52	34,0	16,4	3,9	-6,6
C	Doxazosina	51	26,9	6,8	-2,2	-10,5
C	Nebivololo	49	15,0	11,1	3,2	-1,7
A	Mesalazina (5-ASA)	44	9,9	2,6	0,2	-4,8
C	Valsartan^	43	12,5	12,0	-	-
G	Tamsulosina	40	31,2	8,0	-4,0	-20,6
J	Levofloxacina	37	20,8	1,4	477,6	-36,8

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

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

^ Principi attivi che hanno perso la copertura brevettuale nel corso del 2011 e/o del 2012.

**FARMACI EROGATI
DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

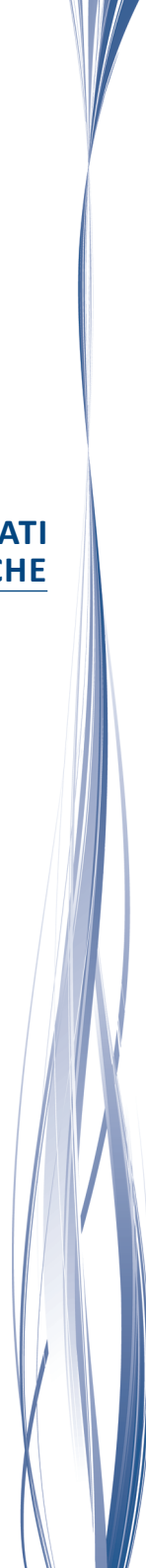


Tavola 14. Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale tra i primi 9 mesi del 2012 e 2011 (popolazione pesata)

	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die	
	€	Δ % 12/11	N.	Δ % 12/11
Piemonte	92,4	3,1	172,5	9,2
Valle d'Aosta	72,9	-2,0	274,9	43,5
Lombardia	76,9	6,9	137,9	4,4
P.A. Bolzano	92,7	11,7	271,3	13,4
P.A. Trento	80,2	18,1	182,0	5,3
Veneto	95,3	11,2	238,1	20,2
Friuli V.G.	99,6	7,2	195,1	19,1
Liguria	97,3	5,4	173,5	4,7
Emilia R.	104,1	8,9	300,3	5,6
Toscana	116,3	9,8	216,1	0,1
Umbria	106,7	6,5	192,6	12,2
Marche	106,7	-2,0	200,6	39,4
Lazio	100,8	13,9	140,9	10,4
Abruzzo	88,4	9,2	164,2	-9,5
Molise	93,5	18,9	166,2	10,4
Campania	92,9	13,9	91,0	-38,7
Puglia	114,1	12,0	198,4	-5,6
Basilicata	111,5	15,5	136,4	-17,6
Calabria	88,8	2,3	119,6	-2,7
Sicilia	87,3	11,9	122,0	13,5
Sardegna	108,9	-3,2	124,4	-6,1
Italia	95,6	8,7	171,4	3,3
Nord	89,7	7,5	196,0	9,5
Centro	107,1	9,5	177,3	9,5
Sud e isole	96,9	9,9	132,8	-11,3

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

Tavola 15. Spesa e consumi nei primi 9 mesi del 2012 per farmaci erogati dalle strutture pubbliche: categorie terapeutiche al I livello ATC (con spesa superiore a 10 milioni di euro)

I livello ATC	Sottogruppi	Spesa SSN pro capite	%*	Δ% 12/11	DDD/1000 ab die	%*	Δ% 12/11
L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori		33,78		2,08	7,66		5,38
	Anticorpi monoclonali	6,94	20,56	2,01	0,55	7,12	0,97
	Inibitori della proteina chinasi	5,50	16,27	11,52	0,18	2,40	5,16
	Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa	5,31	15,71	-4,83	0,53	6,90	-13,26
	Interferoni	3,42	10,12	1,55	0,92	12,05	4,91
	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	2,48	7,34	16,33	0,47	6,18	2,98
	Altre sostanze ad azione immunosoppressiva	1,67	4,94	5,72	0,09	1,16	11,09
	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	1,38	4,10	3,94	1,97	25,77	4,46
	Altri antineoplastici	1,17	3,48	11,22	0,08	1,02	27,18
	Fattori di stimolazione delle colonie	1,14	3,36	0,93	0,09	1,18	8,80
	Analoghi della pirimidina	0,97	2,88	11,24	0,18	2,36	59,26
	Inibitori dell'interleuchina	0,57	1,70	51,15	0,06	0,77	61,44
	Analoghi dell'acido folico	0,53	1,56	-33,36	0,05	0,64	3,21
	Inibitori della calcineurina	0,49	1,46	4,06	0,28	3,63	10,57
	Altre citochine e immunomodulatori	0,46	1,35	-40,87	0,05	0,59	-55,88
	Taxani	0,39	1,16	14,23	0,07	0,96	-8,32
	Antiestrogeni	0,18	0,55	44,10	0,18	2,36	50,71
	Antracicline e sostanze correlate	0,18	0,54	-44,95	0,11	1,47	-4,67
J Antimicrobici per uso sistemico		22,02		33,82	5,64		3,39
	Vaccini meningococchi	4,27	19,39	>100,0	0,02	0,36	-27,41
	Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV	3,81	17,32	11,84	0,86	15,16	1,58
	Inibitori della proteasi	2,26	10,27	-1,08	0,65	11,51	3,55
	Inibitori della transcriptasi inversa, nucleosidi e nucleotidi	1,56	7,08	6,25	0,62	10,92	3,57
	Vaccini batterici e virali in associazione	1,04	4,71	7,30	0,10	1,72	7,42
	Vaccini pneumococchi	0,92	4,18	-2,51	0,07	1,30	-11,20
	Immunoglobuline umane normali	0,71	3,22	22,02	0,02	0,33	-24,54
	Altri antivirali	0,68	3,07	>100,0	0,12	2,19	>100,0
	Antibatterici glicopeptidici	0,60	2,74	-4,95	0,07	1,32	10,80
	Altri antibatterici	0,58	2,61	16,63	0,03	0,47	15,48
	Vaccino papillomavirus	0,52	2,35	3,78	0,04	0,66	7,61
	Altri antimicotici per uso sistemico	0,51	2,31	>100,0	0,01	0,09	>100,0
	Immunoglobuline specifiche	0,48	2,16	-9,58	0,02	0,30	-13,90
	Inibitori della transcriptasi inversa, non nucleosidi	0,45	2,03	6,31	0,22	3,96	2,28
	Carbapenemi	0,41	1,88	28,70	0,07	1,23	>100,0
	Derivati triazolici	0,41	1,85	2,11	0,10	1,76	3,37
	Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	0,32	1,46	-14,12	0,71	12,60	5,44
	Antibiotici	0,32	1,43	-3,55	0,01	0,22	0,28
	Vaccini morbillosi	0,27	1,21	-13,66	0,05	0,91	-8,62
	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa	0,24	1,09	-32,03	0,16	2,90	-6,47
	Tetracicline	0,24	1,08	23,93	0,02	0,34	-0,02
	Fluorochinoloni	0,23	1,03	-68,74	0,42	7,51	-6,96
B Sangue ed organi emopoietici		14,44		-5,94	68,39		-6,43
	Fattori della coagulazione del sangue	4,90	33,93	15,15	0,04	0,05	14,33
	Altri preparati antianemici	4,02	27,86	-13,50	2,66	3,89	-3,00
	Eparinici	1,35	9,34	5,60	5,42	7,93	3,86
	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	0,88	6,12	-12,04	4,57	6,68	2,55
	Soluzioni nutrizionali parenterali	0,62	4,31	-27,50	4,39	6,42	-58,15
	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,62	4,29	-47,51	42,53	62,18	-0,33
	Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,43	3,00	-28,15	0,12	0,18	-6,56
	Emostatici locali	0,26	1,78	1,30	0,00	0,01	4,37
	Soluzioni ipertoniche	0,24	1,69	3,40	0,22	0,32	-9,95
	Altri emostatici per uso sistemico	0,21	1,48	32,63	0,01	0,02	32,43
	Soluzioni isotoniche	0,19	1,30	19,05	0,17	0,25	37,29
	Enzimi	0,17	1,21	-12,53	0,00	0,00	-10,98

(segue)

I livello ATC	Sottogruppi	Spesa lorda pro capite	%*	Δ% 12/11	DDD/1000 ab die	%*	Δ% 12/11
N Sistema nervoso centrale		6,21		-10,71	20,57		1,71
Altri antipsicotici		1,37	21,98	8,93	1,29	6,28	3,18
Diazepine, oxazepine e tiazepine		1,05	16,93	-44,63	2,40	11,66	-2,08
Anticolinesterasici		0,56	9,07	-15,38	1,16	5,63	0,38
Droghe utilizzate nella dipendenza da oppioidi		0,38	6,19	-9,09	1,19	5,78	-13,54
Dopa e suoi derivati		0,36	5,80	16,81	0,36	1,76	25,37
Altri antiepilettici		0,36	5,75	59,07	0,48	2,31	36,48
Altri farmaci anti-demenza		0,34	5,51	50,52	0,46	2,25	44,95
Idrocarburi alogenati		0,29	4,61	-6,66	0,01	0,06	25,10
Amidi		0,25	4,08	-0,80	4,79	23,31	9,45
Anilidi		0,21	3,36	-23,79	0,35	1,72	6,72
A Apparato gastrointestinale e metabolismo		5,62		22,47	24,15		7,85
Enzimi		1,99	35,39	23,31	0,01	0,02	22,52
Insuline e analoghi, ad azione lunga		1,19	21,21	6,43	3,53	14,61	6,61
Biguanidi e sulfonamidi in associazione		0,54	9,66	61,22	1,87	7,75	46,51
Altri ipoglicemizzanti orali		0,35	6,14	55,36	0,60	2,47	49,47
Inibitori della dipeptid peptidasi 4 (dpp-4)		0,29	5,11	>100,0	0,80	3,33	>100,0
Inibitori della pompa acida		0,21	3,74	17,68	3,77	15,62	16,27
Tiazolidinedioni		0,17	3,06	-7,66	0,62	2,55	-2,59
V Vari		4,55		43,00	1,99		3,99
Gas medicinali*		1,40	30,70	>100,0			
Sostanze chelanti del ferro		0,93	20,37	2,59	0,06	3,11	-1,96
Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili,		0,88	19,31	-0,20	0,07	3,29	-3,71
Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia		0,34	7,52	0,04	0,20	10,13	0,18
Mezzi di contrasto paramagnetici		0,24	5,27	5,60	0,02	0,90	4,27
H Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali		3,11		5,53	5,49		15,78
Somatropina e analoghi		1,09	35,17	2,87	0,24	4,34	-1,42
Ormone anticrescita		0,85	27,45	3,60	0,15	2,72	7,39
Altre sostanze antiparatiroidee		0,58	18,70	5,56	0,23	4,22	3,79
Glicocorticoidi		0,22	7,09	18,00	4,31	78,41	18,08
Altri ormoni della ghiandola pituitaria anteriore		0,20	6,54	15,38	0,01	0,20	7,21
C Cardiovascolare		1,94		12,51	14,65		19,32
Altri antipertensivi		1,20	61,76	9,00	0,05	0,34	8,43
Altri preparati cardiaci		0,33	16,79	43,53	0,64	4,38	39,13
G Sistema genito-urinario e ormoni sessuali		1,20		4,22	1,58		8,74
Gonadotropine		0,79	65,67	3,16	0,19	11,82	1,53
M Sistema muscolo scheletrico		1,05		0,06	2,04		6,56
Bifosfonati		0,62	59,42	-0,04	0,11	5,40	10,24
S Organo di Senso		0,79		17,04	1,74		-3,52
Sostanze antineovascolarizzazione		0,65	83,27	14,97	0,06	3,64	9,62
R Sistema Respiratorio		0,62		20,87	3,12		7,31
Altri antiasmatici per uso sistemico		0,17	27,59	18,45	0,03	0,83	65,01
D Dermatologici		0,24		13,33	14,33		37,42

Nota: le categorie incluse per ogni raggruppamento ATC al I° livello sono solo quelle con una spesa delle strutture sanitarie pubbliche maggiore di 10 milioni di euro.

* l'analisi dei consumi non include l'ossigeno e gli altri gas medicinali

Tavola 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* (€x1.000)	Spesa Non Convenzionata**		Spesa modello CE^ (€x1.000)	Incidenza % su CE		
		Rilevata (€x1.000)	Espansa° (€x1.000)				
Piemonte	392.582	414.730	481.399	532.259	73,8	77,9	95,1
Valle d'Aosta	10.422	8.976	9.603	10.429	99,9	86,1	98,6
Lombardia	973.571	711.483	1.002.575	777.589	125,2	91,5	136,6
P.A. Bolzano	42.228	41.096	44.607	47.238	89,4	87,0	102,5
P.A. Trento	29.977	37.270	40.102	31.945	93,8	116,7	141,7
Veneto	441.344	422.085	529.551	444.324	99,3	95,0	130,9
Friuli V.G.	126.659	120.994	132.129	120.225	105,4	100,6	120,4
Liguria	172.495	167.189	183.012	180.001	95,8	92,9	109,0
Emilia R.	445.262	439.784	483.252	444.447	100,2	99,0	119,0
Toscana	481.640	435.268	515.466	468.560	102,8	92,9	116,9
Umbria	93.092	94.211	104.369	98.429	94,6	95,7	115,2
Marche	169.717	162.152	173.324	181.969	93,3	89,1	102,9
Lazio	453.220	529.433	568.756	573.956	79,0	92,2	107,6
Abruzzo	110.801	116.141	127.857	132.900	83,4	87,4	98,7
Molise	27.325	27.572	29.767	32.778	83,4	84,1	101,9
Campania	487.552	475.034	512.760	532.752	91,5	89,2	100,7
Puglia	293.487	416.410	451.202	410.219	71,5	101,5	119,0
Basilicata	55.965	57.213	60.378	61.712	90,7	92,7	112,1
Calabria	167.504	165.881	177.373	180.453	92,8	91,9	102,9
Sicilia	372.151	378.880	410.098	421.403	88,3	89,9	108,8
Sardegna	0	170.630	188.015	208.123	0,0	82,0	97,0
Italia	5.346.994	5.392.433	6.225.594	5.891.711	90,8	91,5	113,6

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC.

* spesa per consumi in distribuzione diretta e per conto (DD) e ospedaleria (CO) al netto dei vaccini trasmessa dalle Regioni all'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, relativa a: Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale.

**FARMACI EROGATI
DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO
(GENNAIO - SETTEMBRE 2012)**



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

	DD (euro)	DPC (euro)	Totale (euro)	Inc% DD	Inc% DPC
Piemonte	170.842.032	40.199.236	211.041.268	81,0	19,0
Valle d'Aosta	2.822.615	2.451.721	5.274.335	53,5	46,5
Lombardia	660.095.243	77.180.837	737.276.080	89,5	10,5
P.A. Bolzano	17.805.335	4.725.216	22.530.550	79,0	21,0
P.A. Trento	10.597.359	6.517.453	17.114.812	61,9	38,1
Veneto	230.153.780	40.005.862	270.159.642	85,2	14,8
Friuli V.G.	63.453.938	5.669.975	69.123.913	91,8	8,2
Liguria	84.659.505	18.174.547	102.834.052	82,3	17,7
Emilia R.	274.916.080	13.408.847	288.324.927	95,3	4,7
Toscana	206.012.327	74.277.444	280.289.771	73,5	26,5
Umbria	54.457.550	14.333.680	68.791.229	79,2	20,8
Marche	73.633.679	32.144.885	105.778.564	69,6	30,4
Lazio	209.702.531	145.493.290	355.195.821	59,0	41,0
Abruzzo°	68.676.471	-	68.676.471	100,0	0,0
Molise	9.284.709	8.067.311	17.352.020	53,5	46,5
Campania	274.780.418	64.610.820	339.391.238	81,0	19,0
Puglia^	167.328.919	-	167.328.919	100,0	0,0
Basilicata	26.259.802	10.330.170	36.589.972	71,8	28,2
Calabria	52.746.539	42.791.769	95.538.308	55,2	44,8
Sicilia°	243.568.516	-	243.568.516	100,0	0,0
Sardegna*	-	-	-	-	-
Italia	2.901.797.347	600.383.062	3.502.180.409	82,9	17,1

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC.

° non praticano la distribuzione in nome e per conto.

^ non trasmette i dati della distribuzione in nome e per conto.

* non trasmette alcun dato relativo alla distribuzione diretta e per conto, unica regione a cui si applicano i termini della L.222/2007

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

	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%	85%
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	89%	95%	95%	89%	89%	95%	89%	89%	84%
Friuli V.G.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emilia R.	100%	100%	100%	100%	91%	91%	91%	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*									
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Campania	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Calabria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sicilia*									
Sardegna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

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

Tavola 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

	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lombardia	100%	100%	100%	98%	100%	96%	100%	98%	96%
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%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Friuli V.G.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emilia R.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Toscana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	90%	90%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Calabria	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	78%
Sicilia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sardegna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

Tavola 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	121.482.801	2.579.000	86.979.467	211.041.268	57,6	1,2	41,2
Valle d'Aosta	3.844.367	84.435	1.345.533	5.274.335	72,9	1,6	25,5
Lombardia	262.279.849	6.328.389	468.667.843	737.276.080	35,6	0,9	63,6
P.A. Bolzano	13.921.231	469.327	8.139.992	22.530.550	61,8	2,1	36,1
P.A. Trento	11.822.672	23.210	5.268.930	17.114.812	69,1	0,1	30,8
Veneto	155.545.007	6.736.850	107.877.785	270.159.642	57,6	2,5	39,9
Friuli V.G.	40.497.195	1.574.063	27.052.655	69.123.913	58,6	2,3	39,1
Liguria	67.435.469	608.580	34.790.003	102.834.052	65,6	0,6	33,8
Emilia R.	160.411.238	5.249.757	122.663.932	288.324.927	55,6	1,8	42,5
Toscana	181.281.260	3.282.773	95.725.737	280.289.771	64,7	1,2	34,2
Umbria	36.414.229	401.485	31.975.514	68.791.229	52,9	0,6	46,5
Marche	65.495.203	261.015	40.022.346	105.778.564	61,9	0,2	37,8
Lazio	220.357.973	1.052.072	133.785.777	355.195.821	62,0	0,3	37,7
Abruzzo ^o	44.257.217	119.979	24.299.276	68.676.471	64,4	0,2	35,4
Molise	11.648.077	124.354	5.579.589	17.352.020	67,1	0,7	32,2
Campania	220.420.204	3.262.969	115.708.066	339.391.238	64,9	1,0	34,1
Puglia [^]	87.492.807	2.042.557	77.793.555	167.328.919	52,3	1,2	46,5
Basilicata	22.374.779	608.621	13.606.572	36.589.972	61,2	1,7	37,2
Calabria	66.095.370	444.093	28.998.845	95.538.308	69,2	0,5	30,4
Sicilia ^o	156.586.373	790.257	86.191.887	243.568.516	64,3	0,3	35,4
Sardegna*	-	-	-	-			
Italia	1.949.663.321	36.043.784	1.516.473.304	3.502.180.409	55,7	1,0	43,3

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

^o non praticano la distribuzione in nome e per conto.

[^] non trasmette i dati della distribuzione in nome e per conto.

* non trasmette alcun dato relativo alla distribuzione diretta e per conto, unica regione a cui si applicano i termini della L.222/2007

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

Principio attivo	ATC I°	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1 Fattore VIII ricombinante	B	A	163.409.981	4,7	4,7
2 Etanercept	L	H	149.186.320	4,3	8,9
3 Adalimumab	L	H	134.561.431	3,8	12,8
4 Imatinib	L	A	122.478.260	3,5	16,3
5 Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	95.137.148	2,7	19,0
6 Lenalidomide	L	H	88.255.966	2,5	21,5
7 Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	71.977.824	2,1	23,6
8 Darbepoetina Alfa	B	A	65.600.104	1,9	25,4
9 Interferone Beta 1A	L	A/C	62.673.201	1,8	27,2
10 Atazanavir	J	H	54.611.853	1,6	28,8
11 Quetiapina	N	A	47.014.678	1,3	30,1
12 Insulina Glargine	A	A	45.229.950	1,3	31,4
13 Glatiramer Acetato	L	A	43.009.613	1,2	32,6
14 Trastuzumab	L	H	42.526.844	1,2	33,9
15 Raltegravir	J	H	40.486.565	1,2	35,0
16 Sunitinib	L	H	39.533.296	1,1	36,1
17 Infliximab	L	H	39.303.510	1,1	37,3
18 Interferone Alfa 2A Pegilato	L	A	37.892.560	1,1	38,3
19 Deferasirox	V	A	36.080.077	1,0	39,4
20 Abacavir/Lamivudina	J	H	35.695.012	1,0	40,4
21 Darunavir	J	H	34.807.546	1,0	41,4
22 Somatropina	H	A/C	31.073.534	0,9	42,3
23 Bosentan	C	A/H	30.492.903	0,9	43,1
24 Sorafenib	L	H	28.107.689	0,8	43,9
25 Capecitabina	L	A	27.500.702	0,8	44,7
26 Tenofovir Disoproxil	J	H	26.289.589	0,8	45,5
27 Lopinavir/Ritonavir	J	H	26.259.348	0,7	46,2
28 Pegfilgrastim	L	A	26.182.742	0,7	47,0
29 Eptacog Alfa Attivato	B	H	25.028.684	0,7	47,7
30 Erlotinib	L	H	24.940.314	0,7	48,4
Totale Italia			3.502.180.409	100,0	

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

**FARMACI EROGATI
DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
(GENNAIO - SETTEMBRE 2012)**



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

Regione	Classe A (euro)	Classe C (euro)	Classe H (euro)	Totale (euro)	Inc% A	Inc% C	Inc% H
Piemonte	40.976.575	20.485.125	120.538.947	182.000.647	22,5	11,3	66,2
Valle d'Aosta	1.100.990	994.480	3.330.034	5.425.505	20,3	18,3	61,4
Lombardia	55.686.688	42.508.320	138.734.128	236.929.135	23,5	17,9	58,6
P.A. Bolzano	3.536.559	3.896.107	13.045.790	20.478.455	17,3	19,0	63,7
P.A. Trento	2.377.004	1.584.096	8.900.860	12.861.960	18,5	12,3	69,2
Veneto	25.334.146	38.205.545	123.383.167	186.922.858	13,6	20,4	66,0
Friuli V.G.	8.032.903	11.216.761	41.987.705	61.237.370	13,1	18,3	68,6
Liguria	11.230.505	14.452.841	48.497.327	74.180.673	15,1	19,5	65,4
Emilia R.	22.157.506	35.874.165	113.093.396	171.125.066	12,9	21,0	66,1
Toscana	29.728.581	27.904.655	151.415.525	209.048.761	14,2	13,3	72,4
Umbria	5.609.871	4.784.280	14.840.410	25.234.561	22,2	19,0	58,8
Marche	14.835.669	9.400.084	39.713.441	63.949.195	23,2	14,7	62,1
Lazio	18.235.513	23.694.848	63.088.642	105.019.003	17,4	22,6	60,1
Abruzzo ^o	6.912.722	5.042.415	30.170.177	42.125.314	16,4	12,0	71,6
Molise	1.569.752	2.164.328	6.897.624	10.631.703	14,8	20,4	64,9
Campania	23.436.745	31.449.064	111.146.510	166.032.319	14,1	18,9	66,9
Puglia [^]	20.836.858	14.070.367	91.253.800	126.161.025	16,5	11,2	72,3
Basilicata	2.964.457	3.635.031	12.782.091	19.381.579	15,3	18,8	65,9
Calabria	19.931.332	7.343.862	45.717.050	72.992.245	27,3	10,1	62,6
Sicilia ^o	20.670.390	14.898.998	94.557.740	130.127.129	15,9	11,4	72,7
Sardegna*							
Italia	335.164.767	313.605.371	1.273.094.364	1.921.864.503	17,4	16,3	66,2

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

^o non praticano la distribuzione in nome e per conto.

[^] non trasmette i dati della distribuzione in nome e per conto.

* non trasmette alcun dato relativo alla distribuzione diretta e per conto, unica regione a cui si applicano i termini della L.222/2007

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

	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%	86%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lombardia	91%	94%	94%	94%	91%	94%	94%	91%	100%
P.A. Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%
Veneto	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
Friuli V.G.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emilia R.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Toscana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	94%
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%	91%	100%	91%
Abruzzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Campania	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	90%	90%	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	75%
Calabria	89%	67%	89%	89%	78%	89%	78%	78%	89%
Sicilia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sardegna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

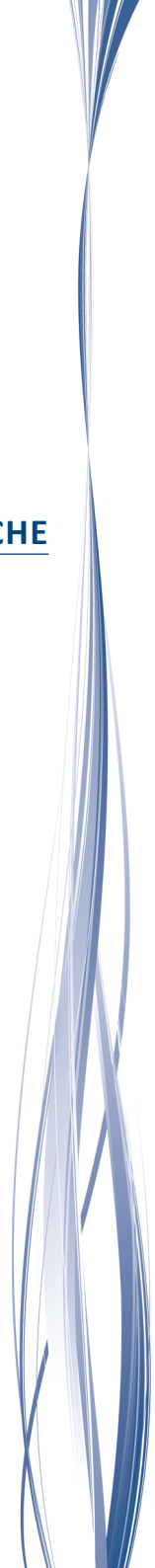
Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

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

Principio attivo	ATC I°	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1 Trastuzumab	L	H	121.429.109	6,3%	6,3%
2 Rituximab	L	H	91.302.578	4,8%	11,1%
3 Bevacizumab	L	H	76.810.341	4,0%	15,1%
4 Bortezomib	L	H	38.333.600	2,0%	17,1%
5 Pemetrexed	L	H	35.888.600	1,9%	18,9%
6 Infliximab	L	H	33.019.108	1,7%	20,6%
7 Cetuximab	L	H	30.854.626	1,6%	22,3%
8 Immunoglobulina Umana Normale	J	H	26.816.018	1,4%	23,6%
9 Caspofungin	J	H	26.146.720	1,4%	25,0%
10 Acido Zoledronico	M	H	23.544.623	1,2%	26,2%
11 Vaccino Difterite/Epatite B/Haemofilus Influenzae B/Pertosse/Poliomelite/Tetano	J	C	21.421.037	1,1%	27,3%
12 Natalizumab	L	H	19.957.954	1,0%	28,4%
13 Vaccino anti-Pneumococcico	J	C	18.773.588	1,0%	29,4%
14 Azacitidina	L	H	15.996.259	0,8%	30,2%
15 Eculizumab	L	H	15.853.736	0,8%	31,0%
16 Darbepoetina Alfa	B	A	15.140.905	0,8%	31,8%
17 Antitrombina III Umana	B	H	15.021.143	0,8%	32,6%
18 Alglucosidasi Acida Umana Ricombinante	A	H	15.014.643	0,8%	33,4%
19 Eptacog Alfa Attivato	B	H	14.878.114	0,8%	34,1%
20 Teicoplanina	J	A	14.115.994	0,7%	34,9%
21 Sevoflurano	N	H	14.058.831	0,7%	35,6%
22 Iomeprolo	V	H	13.548.079	0,7%	36,3%
23 Tigeciclina	J	H	13.434.116	0,7%	37,0%
24 Meropenem	J	H	13.127.743	0,7%	37,7%
25 Doxorubicina	L	H	12.260.709	0,6%	38,3%
26 Paracetamolo	N	C	12.183.464	0,6%	39,0%
27 Ranibizumab	S	C/H	11.339.221	0,6%	39,6%
28 Epirubicina	L	H	10.693.738	0,6%	40,1%
29 Soluzione Nutrizionale Parenterale	B	C	10.690.715	0,6%	40,7%
30 Adalimumab	L	H	10.409.464	0,5%	41,2%
Totale Italia			1.921.864.503	100,0%	

Nota: dati aggiornati al 5/12/2012, relativi a medicinali con AIC

NOTE METODOLOGICHE



Nota metodologica

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

1. da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche a pazienti per il primo ciclo di terapia, in dimissione da ricovero o a seguito di visite specialistiche ambulatoriali o a pazienti che necessitano di periodici controlli. Questa modalità di dispensazione 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.135/2012,¹ il consumo di medicinali in ambito ospedaliero include anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

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

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

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

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

ricevono i dati dalle proprie sedi provinciali e successivamente li aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese: nei primi nove mesi del 2012 mediamente la copertura nazionale è stata pari a circa il 97% della spesa. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS). Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell'ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti per specialità non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l'invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.

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

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.

base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in 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 distribuzione diretta e per conto pari al 40% della spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata a carico dell'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 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 quelli registrati dal flusso della tracciabilità del farmaco.

Per approfondimenti sulle metodologie di analisi e la costruzione degli indicatori utilizzati nel presente rapporto si rimanda il lettore alla consultazione dei contenuti del rapporto annuale 2011.

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.

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.

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 le movimentazioni di medicinali (quantità di confezioni) verso le strutture pubbliche del SSN ed il relativo valore economico; poiché è possibile trasmettere i dati relativi alle movimentazioni ed – in momenti successivi – i dati relativi al corrispondente valore economico, possono esser 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 e 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.

Nel confrontare le diverse edizioni del Rapporto è opportuno tenere conto che nel redigere i Rapporti nazionali vengono compiute sistematicamente delle operazioni di aggiornamento delle informazioni registrate nel datawarehouse OsMed che possono comportare delle lievi differenze nei valori (di spesa, di consumo, di esposizione) pubblicati in precedenza in altri Rapporti nazionali. Queste operazioni di aggiornamento possono derivare dalla definizione di nuove DDD da parte dell'OMS, dalla precisazione di dati precedentemente non disponibili (ad esempio dati di popolazione aggiornati), da controlli effettuati sulla base di nuovi flussi di dati. La scelta operata nel redigere ogni anno il Rapporto nazionale è stata quella di produrre, contestualmente alle elaborazioni di riferimento all'anno di interesse, anche gli eventuali aggiornamenti di dati relativi ai quattro anni precedenti in modo da consentire una lettura "auto-consistente" del Rapporto.

Rapporto OsMed gennaio-settembre 2012

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

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

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

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

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