



«CORSO SIFO UNDER 40.
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
PER IL FARMACISTA»

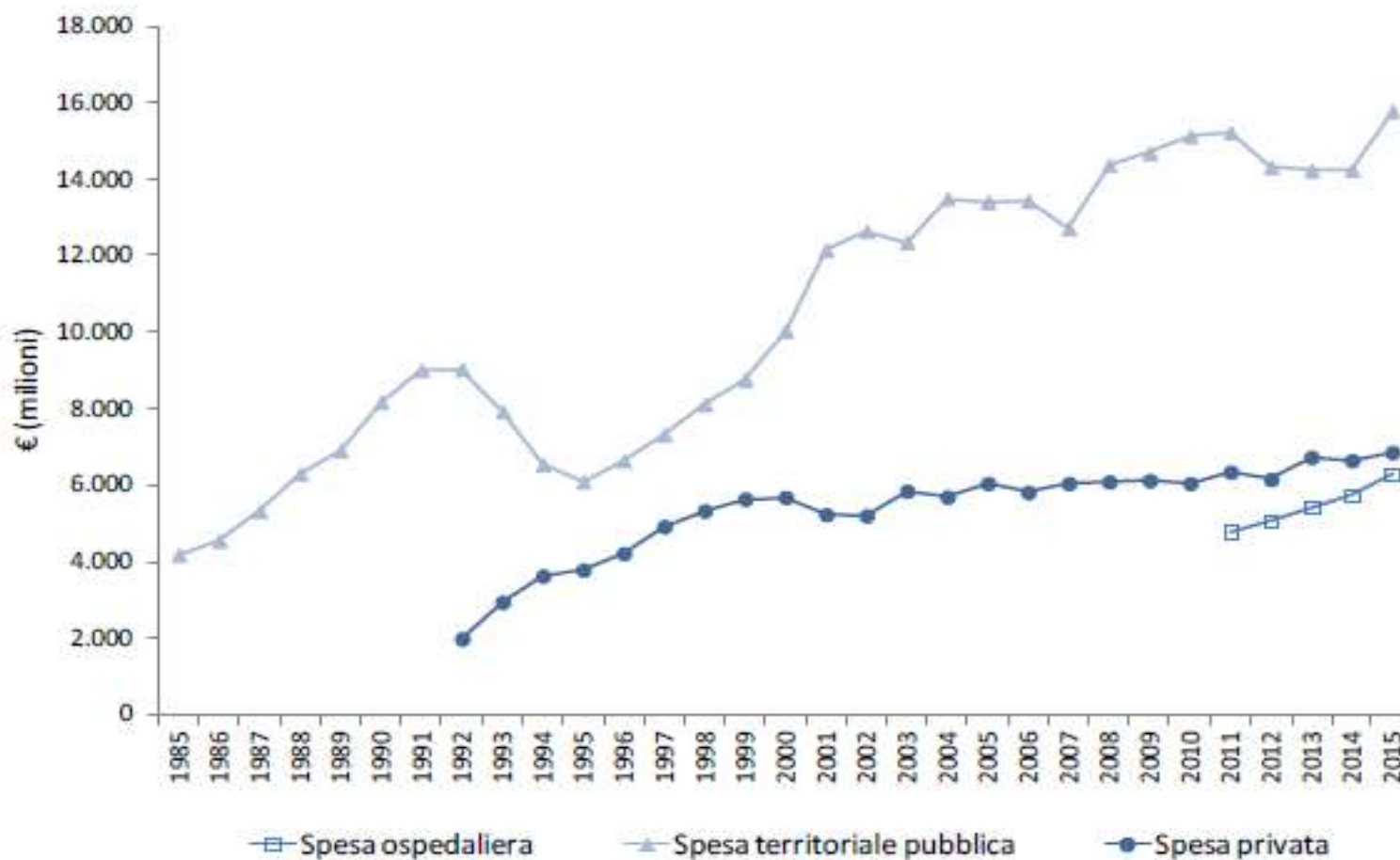
In memoria di STEFANO FEDERICI

Milano, 21 settembre - 23 novembre 2016

Il governo della farmaceutica territoriale – PTO

*Mirosa Dellagiovanna ATS Pavia
Dipartimento Governo del Farmaco*

Figura 5.1.b. Spesa farmaceutica nel periodo 1985 – 2015 (Figura e Tabella)





Riunione CdA –21 Giugno 2016

**Monitoraggio della Spesa Farmaceutica
Nazionale e Regionale
Consuntivo Gennaio-Dicembre 2015**

Adempimento AIFA ai sensi della Legge 222/2007 e della Legge 135/2012, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004) ed alla distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), il 18 Aprile 2016 (n° prot. 0040277- 18/04/2016 -AIFA- COD_UO-A).

AGGIORNAMENTO del documento di monitoraggio gennaio-dicembre 2015 presentato al Consiglio di Amministrazione di AIFA del 29 Aprile 2016, per effetto della successiva comunicazione del Ministero della Salute del 15 Giugno 2016 (Prot. Ministero della Salute 0017898-P-15/06/2016), acquisita il medesimo giorno (n° prot. 0062969-15/06/2016-AIFA-COD_UO-A), relativa all'aggiornamento del valore del FSN 2015 da utilizzarsi ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa farmaceutica programmata.

*La spesa farmaceutica rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria, che nel 2015 ha inciso complessivamente per l'**1,9%** sul Prodotto Interno Lordo nazionale. La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a **28,9 miliardi di euro**, di cui quasi il **76,3%** rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale. In prevalenza, i medicinali sono stati dispensati ai cittadini **a carico del SSN** attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (**37,6%**). La spesa per i farmaci acquistati **a carico del cittadino** è stata di **6.859 milioni di euro**, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta medica.*

Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci in Italia

Tabella 5.1.a. Composizione della spesa farmaceutica 2015 e confronto 2015-2014
(Tabella e figura)

	Spesa	%	Var % 15-14
Spesa convenzionata lorda	10.863	37,6	-1,1%
Distr. Diretta e per conto di fascia A	4.921	17,0	51,4%
Classe A privato	1.487	5,1	3,1%
Classe C con ricetta	2.997	10,4	2,1%
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.375	8,2	4,7%
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari*	6.282	21,7	9,4%
Totale	28.926	100,0	8,6%

*al netto della spesa per distribuzione diretta e per conto di medicinali di classe A

Consumi e spesa per classe terapeutica e dati epidemiologici

Tabella 6.1. Composizione della spesa farmaceutica 2015 per I livello ATC e classe di rimborsabilità (ordine decrescente per spesa totale)

Categoria Terapeutica	Classe A-SSN [†]		Acquisto privato di classe A		Classe C con ricetta		Automedicazione SOP e OTC		Strutture Pubbliche		Totale € [°]
	€ [°]	% [*]	€ [°]	% [*]	€ [°]	% [*]	€ [°]	% [*]	€ [°]	% [*]	
J- Antimicrobici	862	19,6	167	3,8	82	1,9	-	-	3.292	74,8	4.402
L- Antineoplastici e immunomodulatori	253	6,0	27	0,6	11	0,3	-	-	3.923	93,1	4.213
C- Cardiovascolare	3.384	83,0	264	6,5	46	1,1	148	3,6	237	5,8	4.079
A-Gastrointestinale e metabolismo	2.004	52,0	287	7,4	245	6,4	657	17,0	664	17,2	3.856
N- Sistema nervoso	1.375	41,5	173	5,2	987	29,8	269	8,1	508	15,3	3.313
B- Sangue e organi emopoietici	527	24,9	105	4,9	92	4,3	5	0,2	1.393	65,6	2.122
R- Respiratorio	1.045	56,8	142	7,7	173	9,4	399	21,7	79	4,3	1.838
G- Genito-urinario e ormoni sessuali	427	32,6	39	3,0	641	48,9	82	6,3	121	9,2	1.311
M- Muscolo-scheletrico	423	33,6	170	13,5	188	15,0	413	32,9	63	5,0	1.257
D- Dermatologici	57	8,4	27	4,0	267	39,0	312	45,6	21	3,1	684
S- Organi di senso	228	34,8	20	3,1	196	29,9	87	13,3	124	18,9	656
V- Vari	65	11,2	5	0,9	36	6,3	0	0,0	473	81,6	580
H- Ormoni sistemici	177	31,1	57	10,0	31	5,4	-	-	304	53,5	569
P- Antiparassitari	12	57,4	4	16,8	2	10,2	2	8,4	2	7,1	22
TOTALE	10.840	37,5	1.487	5,1	2.997	10,4	2.375	8,2	11.203	38,8	28.902

[†]Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro) [°] Lorda in milioni di euro; ^{*}Calcolata sulla categoria. Fonte: OsMed, Tracciabilità del farmaco ed elaborazione OsMed su dati IMS Health

Tabella 6.2. Composizione dei consumi (in termini di DDD/1000 abitanti die) 2015, per I livello ATC e classe di rimborsabilità (ordine decrescente di spesa da tabella 6.1)

Categoria terapeutica	Classe A-SSN		Acquisto privato di classe A		Classe C con ricetta		Automedicazione SOP e OTC		Strutture Pubbliche		Totale unità
	unità	%*	unità	%*	unità	%*	unità	%*	unità	%*	
J- Antimicrobici	22,1	58,4	6,0	15,9	2,4	6,4	-	-	7,3	19,4	37,8
L- Antineoplastici e immunomodulatori	4,8	35,2	0,4	3,2	0,1	0,5	-	-	8,4	61,1	13,8
C- Cardiovascolare	465,6	87,1	41,5	7,8	1,5	0,3	9,0	1,7	16,7	3,1	534,3
A-Gastrointestinale e metabolismo	232,3	66,0	35,4	10,1	8,9	2,5	41,5	11,8	33,8	9,6	351,9
N- Sistema nervoso	61,6	37,1	8,9	5,4	64,8	39,0	6,5	3,9	24,1	14,5	165,9
B- Sangue e organi emopoietici	144,0	53,5	49,4	18,3	36,1	13,4	0,2	0,1	39,4	14,6	269,2
R- Respiratorio	46,4	49,4	11,0	11,7	13,8	14,7	20,1	21,4	2,7	2,8	93,9
G- Genito-urinario e ormoni sessuali	42,6	51,8	5,7	7,0	29,3	35,5	2,8	3,5	1,9	2,3	82,4
M- Muscolo-scheletrico	39,6	45,6	21,6	24,9	4,3	4,9	17,8	20,5	3,6	4,1	86,7
D- Dermatologici	2,3	4,7	2,6	5,3	17,1	35,0	20,0	41,1	6,7	13,8	48,7
S- Organi di senso	18,7	37,2	2,3	4,6	12,7	25,3	14,7	29,2	1,8	3,6	50,2
V- Vari	0,1	3,3	0,2	4,6	1,1	32,8	-	0,2	2,0	59,1	3,4
H- Ormoni sistemici	34,0	64,5	12,1	22,9	0,9	1,7	-	-	5,7	10,9	52,7
P- Antiparassitari	0,8	75,8	0,2	16,0	-	4,2	-	1,2	-	2,8	1,1
TOTALE	1.114,9	62,2	197,2	11,0	193,0	10,8	132,7	7,4	154,1	8,6	1.791,9

*Calcolata sulla categoria

Fonte: OsMed, Tracciabilità del farmaco ed elaborazione OsMed su dati IMS Health

In Italia sono state consumate ogni giorno 1.791,9 dosi di medicinali ogni 1.000 abitanti, di cui il 70,8% sono dosi erogate a carico del SSN, mentre il residuale 29,2% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (soprattutto medicinali di fascia C con ricetta).

Tabella 6.3. Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale* 2015 per I livello ATC

ATC I livello	Italia	Austria	Belgio	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Portogallo	Spagna	Uk
C - Cardiovascolare	22,3	14,9	15,4	11,3	12,9	8,5	27,7	9,5	24,2	16,9	10,1
A - Gastrointestinale	18,6	13,7	13,2	19,8	13,3	13,0	17,9	19,2	20,0	17,7	18,1
N - SNC	14,4	13,7	16,2	15,5	14,0	12,1	14,8	19,1	15,8	19,6	24,6
R - Respiratorio	12,4	10,6	13,4	11,7	10,5	9,9	10,5	12,2	10,8	15,2	17,9
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	7,0	3,6	5,3	6,6	4,0	3,9	3,1	4,6	6,4	7,8	5,5
J - Antimicrobici	6,5	15,0	10,8	3,7	11,8	13,4	6,8	3,5	5,8	3,2	3,2
M - Muscolo-scheletrico	5,1	4,4	4,0	4,0	3,2	3,6	4,2	3,4	5,8	4,4	2,1
D - Dermatologici	4,2	3,3	2,9	2,7	2,9	3,1	2,5	3,3	2,9	3,1	6,0
S - Organi di senso	3,6	0,9	1,3	2,3	4,3	2,8	2,0	1,9	2,2	2,9	2,7
B - Ematologici	3,1	6,3	5,8	6,8	8,0	10,0	6,5	3,4	4,4	4,3	3,4
H - Ormoni sistemici	1,2	1,5	1,9	1,7	2,2	1,7	1,6	1,7	0,7	1,6	3,5
L - Antineoplastici	1,1	10,7	9,3	13,8	12,0	15,2	1,8	15,6	0,4	2,8	2,3
V - Vari	0,4	1,0	0,3	0,1	0,6	2,7	0,4	2,1	0,2	0,4	0,2
P - Antiparassitari	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3

Riepilogo della spesa farmaceutica convenzionata netta* nel periodo gennaio-dicembre 2015, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2014



Regione	gen-dic 14	gen-dic 15	Var assoluta	Var %
LOMBARDIA	1.316.939.094	1.346.287.233	29.348.139	2,2%
ABRUZZO	224.037.467	225.148.871	1.111.403	0,5%
UMBRIA	128.893.001	129.426.469	533.469	0,4%
P.A. BOLZANO	47.757.532	47.730.356	-27.176	-0,1%
BASILICATA	80.379.237	80.209.371	-169.866	-0,2%
SARDEGNA	285.639.157	284.454.586	-1.184.571	-0,4%
MARCHE	243.229.262	241.428.597	-1.800.665	-0,7%
CAMPANIA	872.885.148	865.260.922	-7.624.226	-0,9%
LAZIO	920.667.102	910.259.953	-10.407.148	-1,1%
MOLISE	45.851.893	45.281.948	-569.945	-1,2%
PUGLIA	654.340.923	646.114.437	-8.226.486	-1,3%
TOSCANA	476.652.728	469.384.912	-7.267.816	-1,5%
FRIULI V.G.	180.465.447	177.392.190	-3.073.257	-1,7%
LIGURIA	222.196.783	216.808.688	-5.388.095	-2,4%
E. ROMAGNA	528.243.040	514.840.040	-13.403.000	-2,5%
CALABRIA	325.091.314	316.363.443	-8.727.871	-2,7%
V. D'AOSTA	17.611.088	17.095.274	-515.814	-2,9%
VENETO	579.949.798	562.377.167	-17.572.631	-3,0%
PIEMONTE	628.913.385	609.166.893	-19.746.492	-3,1%
P.A. TRENTO	65.441.237	63.231.956	-2.209.281	-3,4%
SICILIA	753.160.578	708.917.501	-44.243.077	-5,9%
ITALIA	8.598.345.214	8.477.180.807	-121.164.407	-1,4%

Tabella 5 Riepilogo dell'andamento dei consumi (n° di ricette) nel periodo gennaio-dicembre 2015, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2014.



Regione	gen-dic 14	gen-dic 15	Var assoluta	Var %
CAMPANIA	60.255.713	60.865.463	609.750	1,01%
SARDEGNA	19.535.497	19.586.837	51.340	0,26%
MOLISE	3.484.461	3.469.129	-15.332	-0,44%
V. D'AOSTA	1.119.802	1.077.802	-42.000	-3,75%
P.A. TRENTO	4.547.714	4.466.144	-81.570	-1,79%
BASILICATA	6.474.712	6.389.999	-84.713	-1,31%
P.A. BOLZANO	3.095.930	3.009.670	-86.260	-2,79%
MARCHE	17.364.962	17.204.475	-160.487	-0,92%
UMBRIA	10.872.430	10.697.139	-175.291	-1,61%
FRIULI V.G.	11.998.437	11.595.716	-402.721	-3,36%
ABRUZZO	16.066.107	15.641.852	-424.255	-2,64%
LIGURIA	16.327.615	15.868.252	-459.363	-2,81%
PIEMONTE	44.227.933	43.768.396	-459.537	-1,04%
PUGLIA	46.759.040	45.923.922	-835.118	-1,79%
CALABRIA	24.073.845	23.160.219	-913.626	-3,80%
TOSCANA	38.612.159	37.538.316	-1.073.843	-2,78%
LAZIO	64.439.275	63.347.526	-1.091.749	-1,69%
SICILIA	57.385.997	55.996.198	-1.389.799	-2,42%
E. ROMAGNA	42.483.561	40.998.943	-1.484.618	-3,49%
LOMBARDIA	80.750.970	78.897.305	-1.853.665	-2,30%
VENETO	39.392.326	36.542.964	-2.849.362	-7,23%
ITALIA	609.268.486	596.046.267	-13.222.219	-2,17%

D.L. 6 luglio 2012, n.95 convertito con dalla L. 7 agosto 2012 n 135

- **TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA:
3,5% DELL'FSN**
- **TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE:
11,35% DELL'FSN**

I TETTI della farmaceutica

CONCORRE AL TETTO DELLA FARMACEUTICA TERRITORIALE:

- FARMACEUTICA CONVENZIONATA SSR
- DPC per i farmaci A/PHT
- F 6 per i farmaci A/PHT
- F 11 per i farmaci alla dimissione
- EX F 13 farmaci erogati direttamente dalle ASL

CONCORRE AL TETTO DELLA FARMACEUTICA OSPEDALIERA:

- FILE F tutte le tipologie ad esclusione di F 6 e F 11

File F (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 16) cittadini lombardi =
(validato 2015 -5,37%)+ 8% incremento massimo di sistema

Si conferma, anche per l'anno 2016, tetto di sistema regionale, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori

Al netto note di credito «Risk Sharing» - Tipologia 15

A LIVELLO NAZIONALE

Tabella 8 Verifica del rispetto del **tetto** di spesa programmato (11,35%) nel periodo gennaio-dicembre 2015

	Spesa territoriale	FSN	Tetto spesa programmata (11,35%)	Scostamento assoluto	% su FSN
Territoriale	14.093	109.078	12.380	+1.713	12,92%
Territoriale*	13.593	109.078	12.380	+1.213	12,46%
Territoriale** (€)	12.666	109.078	12.380	+286	11,61%

Dati in ml €

* Spesa farmaceutica al netto del fondo degli innovativi disciplinato ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 9 Ottobre 2015.

** Spesa farmaceutica al netto del fondo degli innovativi disciplinato ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 9 Ottobre 2015 e dei pay-back delle Aziende Farmaceutiche a beneficio delle Regioni, riportati di seguito in dettaglio:

Tabella 10 Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato della spesa farmaceutica ospedaliera (3,5%) nel periodo gennaio-dicembre 2015

	Spesa	FSN	Tetto spesa programmata (3,5%)	Scostamento assoluto	% su FSN
Spesa Ospedaliera*	5.481	109.078	3.817	+1.664	5,02 %
Spesa Ospedaliera**	5.514	109.078	3.817	+1.697	5,06%
Spesa Ospedaliera***	5.353	109.078	3.817	+1.535	4,91%
Spesa Ospedaliera^	5.353	109.078	3.817	+1.535	4,91%

Dati in milioni di €



DGR 4702/2015

TETTI DI SPESA FARMACEUTICA REGIONE LOMBARDIA

- **fino a 2.927 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera.** In attesa di successive determinazioni derivanti dal tavolo nazionale sulla spesa farmaceutica e del riparto del FSN definitivo 2016, viene confermato il tetto regionale complessivo per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera comprensivo di farmaci anti HCV.
- **fino a 335 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica.**

Regole di Sistema (DGR 4702 del 29/12/15) andamento 2015 e programmazione 2016 farmaceutica territoriale ATS Pavia

Tipologia	Spesa 2015	Assegnato/tetto ASL PAVIA 2016	Scost	Scos %
Convenzionata	83.636/1.000	83.433/1.000		
Doppio canale (compreso f6 e f11)	29.933/1.000	29.330/1.000		
Tot Farmaceutica territoriale	113.569/1.000	112.763/1.000	- 806	- 0,71%



Andamento 2015 e programmazione 2016 File F ATS Pavia

Andamento produzione lombardi 2015 : **65.354.030**

Tipologia	Finanziato 2015	Abbattimento 2015	Tetto 2016
Altre tipologie compresa HCV	62.743.883,87	2.610.146	64.124.500,30

Farmaci per HCV: File F- tipologia 18

ATS Pavia



Finanziamento dedicato (fondo ministeriale farmaci innovativi)
pari a 500 mln € per l'anno 2016

- 1 sem 2016 = finanziamento sulla base del consumo 2015
(26.121.000 €)
- 2 sem 2016 = finanziamento sulla base delle specificita'
singole strutture

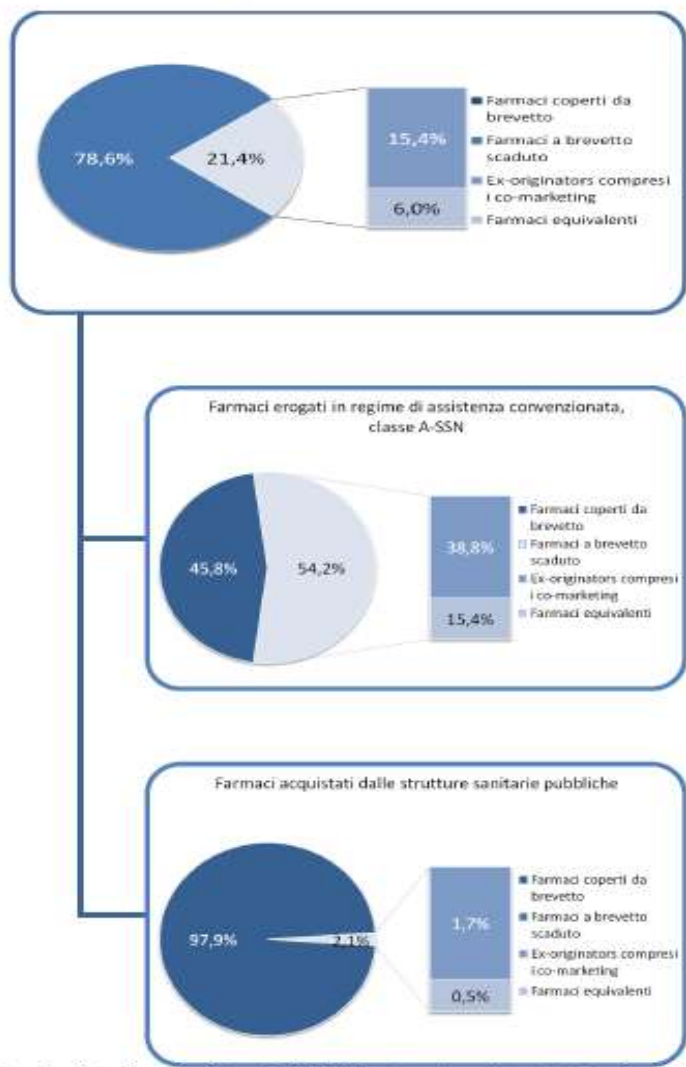
Consumo dei farmaci per età e sesso

- L'andamento della spesa e dei consumi medi è fortemente dipendente dalla fascia d'età in cui è compreso il paziente.
- Il sesso, rispetto all'età, incide in misura marginale sul consumo indistinto di farmaci;
- **Le fasce di età superiori ai 64 anni evidenziano una spesa pro capite per i medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 64 anni, il SSN deve affrontare una spesa farmaceutica oltre 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per un individuo appartenente alle fasce di età inferiori**
- Tale risultato è dovuto al cambiamento della prevalenza d'uso dei farmaci, che passa da circa il 50% nei bambini e negli adulti fino ai 54 anni, a quasi il 90% nella popolazione anziana con età superiore ai 74 anni

- **Differenze di genere** sono evidenziabili nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza media d'uso dei medicinali superiore a quella degli uomini, con una differenza assoluta del 10%.
- Anche nei bambini (0-4 anni) si registra una prevalenza d'uso dei medicinali superiore a quella registrata per la fascia d'età 5-44 anni (soprattutto tra i maschi): oltre la metà dei bambini ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno.
- Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso dei farmaci è stata in media del 63,4% (58,9% negli uomini e 67,5% nelle donne).
- La popolazione con più di 64 anni assorbe il 60% della spesa in assistenza convenzionata e oltre il 65% delle DDD.
- In termini di consumi, un individuo con età compresa tra i 65 e i 74 anni consuma ogni giorno in media 2,8 dosi unitarie di medicinali e, quando supera i 74 anni, le dosi unitarie diventano 4,1.

Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari

Figura 7.3.1. Spesa dei farmaci a carico del SSN per copertura brevettuale nel 2015



In termini di spesa, i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 54,2% della spesa netta convenzionata, il 2,1% della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e **complessivamente il 21,4% della spesa pubblica.**

Figura 7.3.10. Incidenza (%) dei farmaci biosimilari sulla spesa dei farmaci biosimilari e del farmaco originator: anno 2015

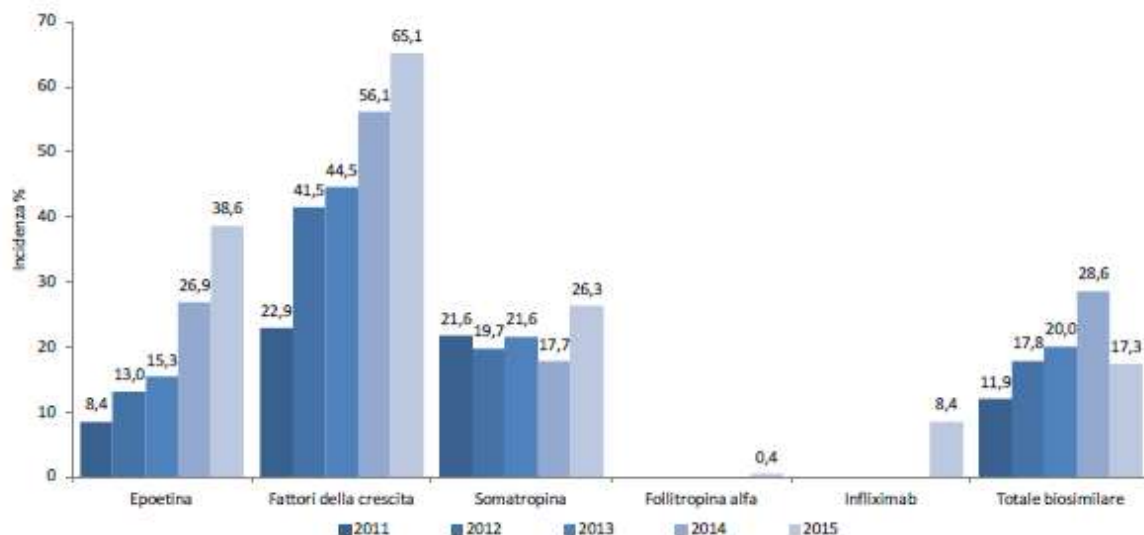
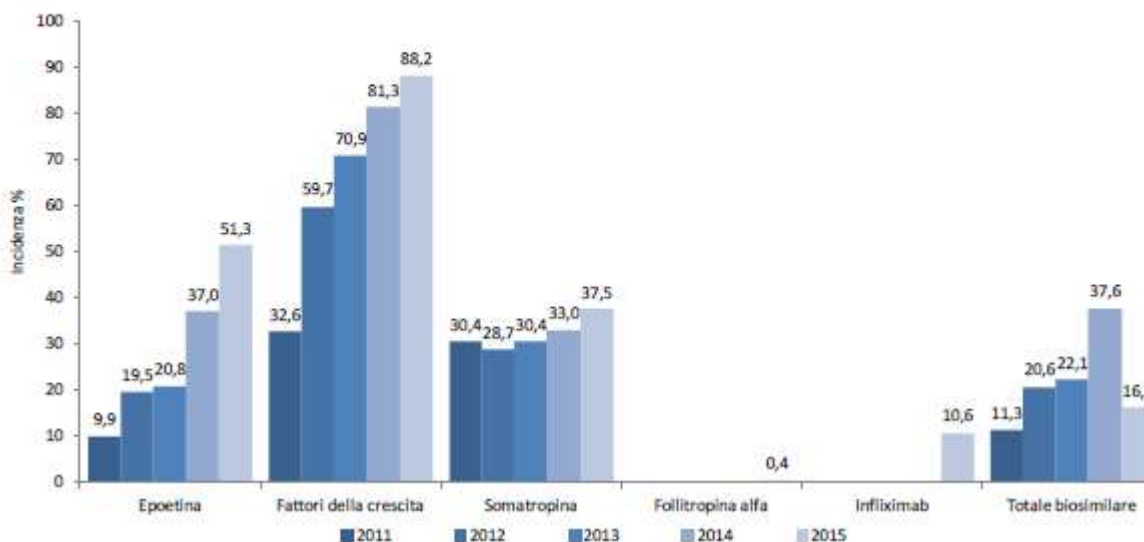


Figura 7.3.11. Incidenza (%) dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e del farmaco originator: anno 2015





Il problema «globale» in sanità

Innovazione : (aumento dell'offerta)

invecchiamento della popolazione :(aumento della domanda)

sostenibilità economica?

Il problema «globale» in sanità

- Per sopperire ai bisogni in un'ottica di sostenibilità, si sta cercando di puntare sulla prevenzione, sulla cura precoce e appropriata dei disturbi tipicamente associati all'invecchiamento, sull'impiego di terapie innovative, almeno in linea di principio, più efficaci e sicure. Per ridurre numero e costi dei ricoveri, i sistemi sanitari si stanno orientando verso una presa in carico integrata ospedale-territorio, che si scontra però con i continui tagli di risorse umane ed economiche, indispensabili per attuarla in modo efficiente e sistematico.



Riflessioni.....

- *Ci sono piu' interventi sanitari efficaci di quanti ne possiamo finanziare*
- *Le risorse sanitarie sono limitate*
- *Le risorse impiegate in un dato intervento non possono essere dedicate ad un altro intervento*
- *Qualcuno deve decidere che interventi finanziare, con quale priorità? E come?*



Il caso dell'epatite C

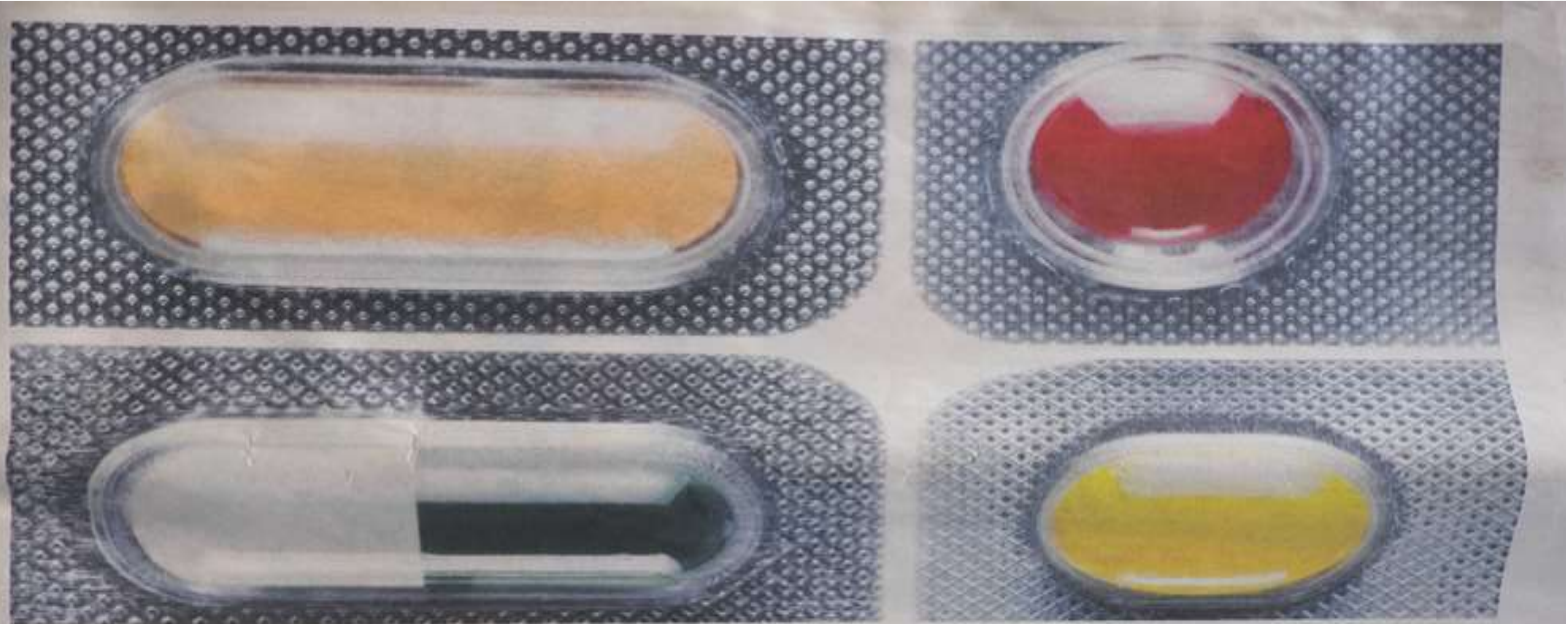
“sta emergendo in modo abbastanza evidente che l’innovazione oggi sta mettendo a repentaglio il principio dell’equità dell’accesso alle cure.

Tutto questo avviene a causa di un prezzo troppo elevato oppure siamo alle prese con la cronica (e solita) ristrettezza di risorse disponibili?

Siamo forse arrivati a dover scegliere quale intervento sanitario e quali pazienti sacrificare a beneficio di un intervento più opportuno per la salute pubblica?”

(Italian Health Policy Brief –che ne è dell’Epatite C in Italia?)

I CASI EMERGENTI



i soldi di Big Pharma che ci rendono tutti *malati*

ROBERTA VILLA

■ Estate 2015: le autorità regolatorie statuni-

chiamano Repatha e Praluent, e sono prodotti rispettivamente da Amgen e Sanofi. In arrivo, nel 2017, ce n'è anche un altro, da Pfizer. Sono indicati per i pazienti in cui le cure finora disponibili non riescono a ottenere i livelli di coleste-

note le sue nuove linee guida aggiornate per la gestione delle dislipidemie, l'eccesso di grassi nel sangue, appunto. Alcuni organi di stampa italiani riprendono la notizia sintetizzandone così le conclusioni: «Abbassati i livelli racco-

La coincidenza fa insospettire. Gli interessi in gioco non sono altissimi. Di più. Ogni volta che si abbassa una soglia considerata patologica, il numero di persone che dovranno ricorrere ai farmaci per ridurre il loro ri-

così ci convincono
che il colesterolo
più basso è meglio è

Salute e affari | *Colesterolo sotto i cento? Pre-diabete? Pre-ipertensione? Tutti i trucchi per spingerci a consumare più farmaci. Grazie a rapporti privi di trasparenza tra aziende, società scientifiche e associazioni dei pazienti. E a un fiume di denaro*



massimo rendimento con il minimo sforzo, senza che il nome dell'azienda compaia apertamente da nessuna parte. Le società scientifiche possono essere indotte ad allargare le indicazioni terapeutiche, attraverso la stesura di linee guida ma soprattutto con il volano della formazione continua dei medici, che in Italia è quasi esclusivamente appaltata a corsi sponsorizzati dall'industria e che muove milioni di euro.

Da parte loro anche i pazienti sono spesso strumenti, più o meno inconsapevoli, di operazioni commerciali e di marketing, chiamati a fare pressione sull'opinione pubblica, e quindi sul governo e sulle autorità regolatrici, con una voce apparentemente al di sopra di ogni sospetto, ma che in realtà è prestata all'industria. Spesso così si assiste a un tiro alla fune tra le diverse esigenze - per esempio pazienti oncologici contro portatori di epatite C - per aggiudicarsi i fondi a disposizione, resi sempre più insufficienti dai prezzi proibitivi dei farmaci innovativi. «La coperta è sempre più corta ed è perfettamente lecito che ognuno faccia advocacy per la propria causa», precisa Francesco Loerge, direttore del Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (Cergas) dell'Università Bicocca: «Il dibattito sulle diverse esigenze dovrebbe però avvenire alla luce del sole, per lasciare poi alle autorità competenti la scelta di definire le priorità».

Purtroppo non avviene così, e anche i farmaci delle associazioni dei

In il
con
del
no



LA VALUTAZIONE ECONOMICA SEGUE, E **NON** DEVE
PRECEDERE, LA VALUTAZIONE CLINICA

NESSUNA CONTRAPPOSIZIONE
TRA VALUTAZIONE CLINICA E VALUTAZIONE
ECONOMICA

PER RAGGIUNGERE I PROPRI RISULTATI LA SECONDA
HA BISOGNO DELLA PRIMA

Appropriatezza

La promozione dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci non passa solo attraverso gli interventi amministrativi di contenimento di spesa, ma soprattutto in un cambiamento culturale finalizzato a mettere in condizione i medici ad operare in aderenza con le migliori conoscenze scientifiche disponibili (correttamente interpretate, senza propensioni mercatiste) per selezionare interventi che, a parità di efficacia, risultino più convenienti per il sistema.



PRIMA DELLA RIFORMA SANITARIA

IN LOMBARDIA



LA LEGGE DI RIORDINO DELLA SANITÀ IN LOMBARDIA (L.R. 31 DEL 11/07/97- L.R. 33 DEL 30/12/2009)

Principi della riforma:

- Libertà di scelta da parte del cittadino/utente/paziente
- Pari opportunità per i vari soggetti erogatori

LA SANITÀ IN LOMBARDIA

(L.R. 31 DEL 11/07/97- L.R. 33 DEL 30/12/2009)

Principi della riforma:

- Separazione tra i soggetti “erogatori” di prestazioni di ricovero e di specialistica e i soggetti garanti della salute dei propri cittadini e “acquirenti” le stesse prestazioni (ASL)
- Ruolo di programmazione /indirizzo della Regione

RUOLO DELLE ASL

- ❑ **Garante del cittadino**
- ❑ **Funzioni di programmazione, acquisto e controllo dei servizi**
- ❑ **Progressiva esternalizzazione dei servizi attualmente a gestione diretta e ridefinizione dei contenuti dei contratti con gli erogatori**

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

- ❑ area di forte integrazione per la presenza dei tre settori specifici di intervento (sanitario, socio-sanitario e sociale)
- ❑ Rappresenta la dimensione idonea per conoscere la domanda di salute e di benessere sociale e coordinare-integrare gli interventi dei diversi soggetti erogatori.

Strumenti di governo

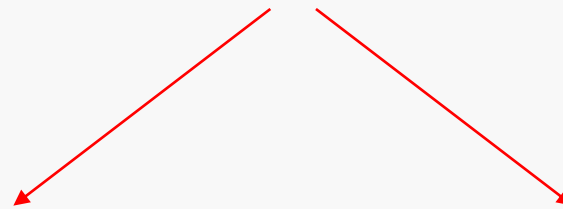
- Le regole di sistema
- La negoziazione
- Il governo clinico



Riforma sanitaria lombarda: 1[^] gennaio 2016

ASL

Azienda Sanitaria Locale



ASST

Azienda Socio Sanitaria Territoriale

ATS

Agenzia di Tutela della Salute

La Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23

«Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»



Agenzie per la Tutela della Salute (ATS)

con funzioni di gestione, programmazione e controllo, oltre che di supervisione sulla continuità delle cure ai malati cronici e gravi. Spetterà loro l'accreditamento, la negoziazione e l'acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

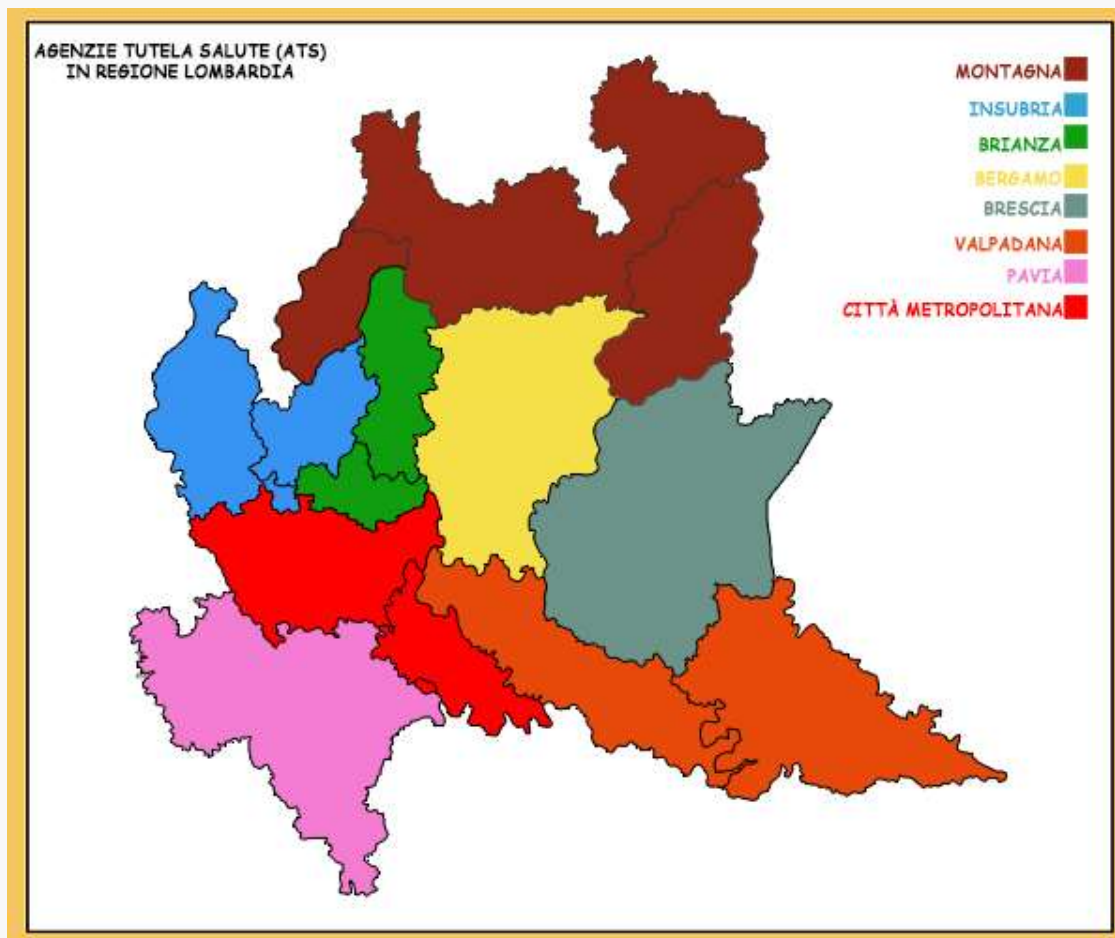
Aziende sociosanitarie territoriali (ASST)

dovranno garantire le prestazioni sanitarie, socio sanitarie e le cure territoriali in sinergia con gli ospedali che confluiranno nelle Aziende stesse. Ogni ASST avrà un direttore generale unico, ma al proprio interno sarà suddivisa in due strutture tra loro distinte che avranno gestione e bilanci separati: il Polo ospedaliero affidato a un direttore sanitario e la Rete territoriale affidata a un direttore sociosanitario. *La Regione potrà comunque istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa nazionale vigente.*

La legge regionale 23/2015



Le 8 Agenzie per la Tutela della Salute (ATS)



Principio ispiratore

integrazione tra i due grandi comparti
del sanitario e del sociosanitario

Assessorato unico al welfare

Cosa cambia

la programmazione dei servizi verrà fatta dalle Agenzie territoriali per la salute (ATS) mentre gli ospedali grandi e piccoli verranno integrati in Aziende socio sanitarie territoriali (ASST) che terranno insieme le alte specialità e i servizi sociosanitari delle attuali Asl

I Piani Organizzativi Strategici di ATS e ASST: i punti salienti delle linee guida regionali

Ruolo e funzioni dell'ATS

- **Ruolo di governo, committenza e promozione dell'integrazione.**
- Sviluppo di una nuova prospettiva del sistema di cura e assistenza che richiama ad alcuni passaggi nodali:
 - dalla centralità della diagnosi a quella di *percorsi* diagnostico-terapeutici;
 - dall'organizzazione della cura e assistenza sul singolo individuo ad un'organizzazione centrata su gruppi di popolazione (*Population Health Management*);
 - dall'organizzazione su singole unità d'offerta a una fondata sulla logica dei *centri multi-servizio*;
 - dal solo governo dell'offerta all'assunzione di un concomitante ruolo di *governo della domanda*

- Specifica funzione nel governo della domanda finalizzata alla *“presa in carico integrata e alla realizzazione di reti essenziali per la gestione di percorsi assistenziali”*.
- Questo significa che le ATS dovranno sviluppare **nuove funzioni trasversali orientate all’analisi della domanda; allo sviluppo di nuovi approcci statistico-epidemiologici per valutazione dell’appropriatezza e degli esiti delle cure; al monitoraggio della salute della popolazione e dell’accessibilità dei servizi**. Le modalità con cui sviluppare tali funzioni sono lasciate all’autonomia delle ATS



- Le ATS sono organizzate in **distretti**, articolazioni territoriali di dimensione delle ASST, che si specifica afferiscono funzionalmente ai PIPSS e danno concreta attuazione alle funzioni del Dipartimento.
- Rispetto al passato, i distretti **perdono le funzioni di erogazione – cedute alle ASST – acquisendo funzioni di supporto al governo della presa in carico territoriale, attraverso l'interazione con gli attori presenti sul territorio** (erogatori, Uffici di piano e sindaci, Ass. volontariato, Terzo settore, Ass. di categoria...) **concorrono a realizzare l'analisi dei bisogni e delle prestazioni necessarie, fornendo indicazioni utili per la gestione delle funzioni di negoziazione e acquisto condotte dal PAPSS.** I distretti partecipano alle Cabine di regia.

LE ASST

Nel nuovo modello di Azienda che accorpa in un'unica realtà la **parte ospedaliera** con quella **territoriale**, il legislatore ha inteso sostenere la condivisione delle risorse produttive garantendo all'interno di un unico soggetto tutte le attività e i servizi della filiera erogativa, così da *“superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario”*.

- **Il Polo ospedaliero** è l'insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l'ASST ed è prevalentemente orientato *“all'erogazione di prestazioni in acuzie e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità”*. Le attività possono essere organizzate verticalmente, per specialità, o orizzontalmente, per intensità di cura.
- **Il settore Rete territoriale** è invece l'insieme dei punti di erogazione territoriale delle prestazioni distrettuali di specialistica, diagnosi, cura e riabilitazione a bassa intensità assistenziale e cure intermedie. E' in questo secondo settore che transiteranno dunque le funzioni prima in carico alle ASL: gestione delle erogazioni per gli assistiti al domicilio; protesica e ausili; CPS, SERT, Consultori familiari, NOA...

Attività in carico **esclusivamente** al Servizio Farmaceutico delle ATS:

- controllo e vigilanza autorizzativa e ispettiva su farmacie, parafarmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie;
- gestione delle convenzioni, attività istruttoria amministrativa in materia di protesica, dietetica, integrativa e farmaceutica convenzionata e non anche nei casi di sistema misto (DPC, progetto celiachia...);
- governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica, dietetica e protesica, raccordando la produzione delle unità d'offerta pubbliche a quella delle strutture private accreditate;
- programmazione, pianificazione e monitoraggio delle differenti modalità erogative afferenti al complessivo tetto della farmaceutica territoriale.



Ruolo dell'ATS - Servizio Farmaceutico in staff alla direzione sanitaria

Il Servizio Farmaceutico ha un ruolo trasversale con gli altri dipartimenti della ATS e opera anche con i Distretti per la parte di governo relativo all'assistenza farmaceutica territoriale. In riferimento alla complessità del territorio e dell'attività svolta può avere valenza dipartimentale (DGR AGOSTO 2013)



DELIBERAZIONE N° X / 4702 Seduta del 29/12/2015

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016

Parti di Interesse Farmaceutico e protesica

.INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2016

.FARMACEUTICA E PROTESICA

.Farmaceutica territoriale

.Farmaceutica ospedaliera

.Fondo farmaci innovativi e farmaci HCV

.Protesica e assistenza integrativa

. ATTUAZIONE LEGGE 23/2015 - INDICAZIONI PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE

. INTERVENTI PER LA CRONICITÀ

. FARMACIA DEI SERVIZI

. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA

. MALATTIE RARE E EROGABILITÀ A CARICO DEL SSR

. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE

. FARMACEUTICA, ASSISTENZA INTEGRATIVA E DIETETICA

. INTERVENTI PER EQUITA' E SEMPLIFICAZIONE NELL'ACCESSO AL SISTEMA

Ecc...



I LIVELLI DECISIONALI

AIFA/MDS/MEF

REGIONI

ATS/ASST (ASL/AO)

PRESCRITTORI



Regioni

- Regole di sistema
- Assegnazione finanziamento



ATS

- Programmazione
 - Controllo
 - governo



Regole di gestione del servizio socio sanitario regionale

- **DELIBERAZIONE N° X / 1185 20/12/2013**

(DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2014)

- **DELIBERAZIONE N° X / 2989 23/12/2014**

(DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015)

- **DELIBERAZIONE N° X / 4702 29/12/2015**

(DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2016)

DGR 2989/2014: regole di sistema 2015

- **Promozione della prescrizione farmaci equivalenti e biosimilari**

“al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale e gli obiettivi economici assegnati a ciascuna ASL per la farmaceutica territoriale, rappresenta obiettivo prioritario per l’anno 2015 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti)....., a tale obiettivo devono concorrere anche le strutture ospedaliere che con la parte specialistica “inducono” la prescrizione sul territorio. Per le ASL, relativamente a specifiche categorie di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per le quali, essendo inserite nelle liste di trasparenza, sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra i principi attivi, al fine di raggiungere entro dicembre 2015 come obiettivo medio regionale il 82% in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, a costanza di prescrizioni”.



DGR 3993/2015: REGOLE DI SISTEMA 2016

Si confermano , come **obiettivi vincolanti sia per le ATS e ASST /Fondazioni**, anche per l'anno 2016 quelli individuati nelle D.G.R. n. 2989/2014 per l'anno 2015.

Il ruolo del farmacista ospedale e territorio

Azioni volte all'utilizzo appropriato
dei farmaci e delle tecnologie per
garantire efficacia a costo
sostenibile

ATTIVITA' del servizio farmaceutico territoriale

Governo dell'assistenza farmaceutica:

- gestione spesa farmaceutica/tetti di spesa
- Gestione farmaci in DPC
- Analisi consumo dei farmaci sul territorio
- Analisi farmaco-economiche
- PUD-Linee di indirizzo di utilizzo dei farmaci
- Informazione indipendente sui farmaci
- Ispezione farmacie
- Smaltimento stupefacenti
- Risk management
- Farmacovigilanza

STRUMENTI DI GOVERNO dell'Assistenza Farmaceutica

- **Controllo**
 - Scheda medico
- **Farmacovigilanza**
- **HTA**
- **Formazione/Informazione**
- Monitoraggio obiettivi/Farmacoutilizzazione
 - Biosimilari
 - farmaci equivalenti: i Mix prescrittivi
- Negoziazione con gli erogatori
- **PDTA/ Percorsi assistenziali integrati (PAI)**

CONTROLLO



- La scheda medico è uno strumento di autovalutazione per il prescrittore e di controllo per l'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica
- contiene indicatori riferiti a tutti i consumi sanitari degli assistiti in carico al mmg che vengono confrontati con la media distrettuale e la media territoriale
- Gli indicatori dei consumi farmaceutici (fascia A da farmaceutica convenzionata e PHT/DPC)

Numero di ricette per 100 assistibili pesati

Spesa per 100 assistibili pesati

% Confezioni farmaco equivalente / tot confezioni farmaci

Spesa, per 100 assistibili pesati, di farmaci 'inibitori della pompa acida o IPP' (ATC A02BC e A02BD)

Spesa, per 100 assistibili pesati, di 'statine' (ATC A10AA)

% Confezioni di 'statine' equivalente/ tot confezioni 'statine'

CONTROLLO

indicatori per i quali il confronto del MMG con la media ASL è segnalato con uno scostamento superiore al +20% :

- N° ricette per 100 assistibili pesati; spesa per 100 assistibili pesati; spesa per farmaci 'inibitori della pompa acida o IPP' (ATC A02BC e A02BD); spesa per 'statine' (ATC C10AA); % confezioni coxib (ATC M01AH) / tot confezioni farmaci 'antiinfiammatori non steroidei o FANS' (ATC M01A),ETC (sulla base degli obiettivi specifici).

indicatori per i quali il confronto del MMG con la media ASL è eventualmente segnalato con uno scostamento inferiore al -10% :

- % di confezioni farmaco equivalente/tot confezioni farmaci; % di confezioni di farmaco equivalente 'IPP'/ tot confezioni farmaci 'IPP'; % di confezioni di farmaco equivalente 'statine'/ tot confezioni farmaci 'statine' ETC (sulla base degli obiettivi specifici).

Scheda Medico - Valori anno 2015

MMG - Codice Medico: XXXXX - Distretto: PAVESE

NOMINATIVO:

		Valori MMG	Distretto: PAVESE	Valori ASL
Indicatori di contesto generale				
Assistibili	Media in carico nel periodo	535	193.804	469.204
	Età media	48,9	49,5	50,7
	Età media al decesso	0,0	79,6	79,8
	% senza contatti SSR	16,1	16,9	15,6
	Essenti (con almeno una esenzione)	200	70.330	174.371
	Cronici (con almeno una patologia rilevata come da criteri BDA)	202	71.187	179.331
	% cronici su totale in carico	37,8	36,0	37,5
Indicatori di consumi				
Bilancio di spesa	Bilancio spesa / ipotetici ricavi (calcolati su assistiti pesati)	0,88	0,98	1,00
	Bilancio osservato/atteso su complessità epidemiologica paragonabile	0,82	1,01	1,00
Spesa pro-capite	Spesa pro-capite totale	1.125,66	1.246,90	1.276,15
	di cui per ricoveri	437,53	541,11	567,09
	di cui per specialistica ambulatoriale	286,38	313,10	315,70
	di cui per farmaceutica	401,74	392,69	393,37
	Spesa pro-capite per cronici	2.295,40	2.628,05	2.589,35
	Spesa pro-capite per non cronici	416,09	469,90	488,27
Spesa pro-capite per alcune cronicità	Diabete	372,02	1.021,02	1.033,06
	Diabete complicato	688,92	1.936,53	1.973,32
	Diabete + Cardiovasculopatia + Endocrinopatia	1.768,49	2.880,94	2.863,20
	Cardiovasculopatia	991,40	1.098,10	1.156,94
	Cardiovasculopatia complicata	1.795,49	2.920,46	2.832,45

Indicatori di attività				
Ricoveri	n. ricoveri in DO * 1.000 ass.li	100,9	106,2	111,5
	Tasso di ricovero complessivo * 1.000 ass.li (DO+DH+RIAB)	132,7	138,3	143,9
	% di assistiti con almeno un ricovero	9,9	9,5	9,9
	n. ricoveri * 1.000 ass.li pesati	65,6	67,0	66,9
	Spesa ricoveri * ass.le pesato	216,29	262,25	263,45
Farmaceutica	n. medio pezzi * ass.le	22,6	21,6	22,9
	Spesa * 100 ass.li pesati	1.601,64	11.842,57	12.094,48
	% assistiti con almeno una prescrizione	64,7	62,9	66,4
	% DDD di farmaco equivalente sul totale DDD prescritte	76,3	78,0	77,0
	% spesa di farmaco equivalente su spesa farmaceutica complessiva	40,2	52,4	52,1
Prestazioni ambulatoriali	n. accessi settimanali di Pronto Soccorso * 1.000 ass.li	5,3	5,3	5,3
	% codici bianchi su totale accessi di Pronto Soccorso	27,7	31,3	24,2
	n. medio prest.ni * 100 ass.li pesati	1289,6	1243,9	1248,5
	n. medio esami di laboratorio * 100 ass.li pesati	823,5	837,5	813,7
	n. medio visite specialistiche * 100 ass.li pesati	94,6	88,7	80,9
	n. medio esami di diagnostica strumentale * 100 ass.li pesati	66,9	69,1	66,7
	% di assistiti con almeno una prest.ne specialistica	74,4	70,9	71,2
	Spesa specialistica * ass.le pesato	141,57	151,74	146,66

Indicatori di percorso				
Analisi percorso assistiti DIABETICI	% assistiti diabetici su carico totale assistiti	6,7	6,5	6,8
	n. Diabetici in carico	36	12.861	32.521
	di cui in terapia con insulina (%)	11,1	21,4	20,6
	di cui senza terapia farmacologica (%)	16,7	29,6	28,1
	% di assistiti diabetici con almeno un ricovero in DO per diabete	0,0	0,8	0,8
	% di assistiti diabetici in carico con aderenza alla terapia farmacologica (A10B) >= 50% DDD	80,8	79,9	80,4
Analisi percorso assistiti IPERTESI	% assistiti ipertesi su carico totale assistiti	25,6	23,6	24,9
	n. Ipertesi in carico	137	46.589	119.233
	% ricoveri in DO per ipertensione sugli assistiti ipertesi	0,7	0,1	0,2
	% di assistiti ipertesi in carico con aderenza alla terapia farmacologica (C08-C09) >= 50% DDD	95,5	89,1	88,7

Indicatori di prescrizione				
Inibitori di pompa protonica (IPP) - atc: A02BC e A02BD	spesa * 100 ass.li pesati	99,55	870,80	877,13
	% assistiti in terapia farmacologica senza specifica caratterizzazio ne (a rischio inappropriatezza)	22,2	22,5	20,9
	% assistiti con almeno una prescrizione	19,3	18,7	20,2

Indicatore di inappropriatezza prescrittiva

Dalla Rete nazionale di *farmacovigilanza*

- **74 segnalazioni di reazioni psichiatriche associate a inibitori di pompa protonica** (le ADR inattese sono indicate in grassetto):
- Esomeprazolo (33 segnalazioni su 317 totali, 10,4%): **confusione (10 casi)**, sonnolenza (9), insonnia (5), allucinazioni (4), agitazione (4), aggressività (3), agitazione psicomotoria (2), amnesia (2), ansia (2), difficoltà di concentrazione (2), perdita dell'appetito (2), stato mentale anormale (2), **sopore (1)**, **torpore (1)**
- Lansoprazolo (20 segnalazioni su 499 totali, 4%): insonnia (7 casi), agitazione/irrequietezza (5), **confusione (5)**, disturbi del sonno (2), sonnolenza (2), depressione (1), inappetenza (1), **ipereccitabilità (1)**, **irritabilità (1)**
- Rabeprazolo (9 segnalazioni su 121 totali, 7,4%): agitazione (3 casi), ansia, inclusi attacchi di panico (3), insonnia (2), sonnolenza (2), amnesia (1), bruxismo (1), **confusione (1)**, dislessia (1)
- Pantoprazolo (8 segnalazioni su 146 totali, 5,5%): depressione (2 casi), nervosismo (2), agitazione / **irrequietezza (2)**, allucinazioni (1), disorientamento (1), disturbo psicomotorio (1), **eretismo (1)**, insonnia (1)
- Omeprazolo (4 segnalazioni su 148 totali, 2,7%): **confusione (2 casi)**, insonnia (1), **irrequietezza psicomotoria (1)**, **reazione paranoide (1)**, **tentativo di suicidio (1)**. Quest'ultima reazione si è verificata in un bambino di nove anni che dopo 10 giorni di terapia con omeprazolo 20 mg, ben tollerato in precedenza, ha sviluppato una grave depressione con tentativo di suicidio. Non avendo preso in considerazione i dati di consumo non è possibile effettuare una valutazione comparativa, sembra comunque che l'esomeprazolo abbia una maggiore tossicità a livello psichiatrico ($p < 0,001$) rispetto ad altri inibitori di pompa.

- Iniziare gli IPP solo se e quando clinicamente indicato
- Usarli per il minor tempo possibile
- In alcuni casi [1] considerare gli anti-H2

1] Smith AD et al. Dyspepsia on withdrawal of ranitidine in previously asymptomatic volunteers. Am J Gastroenterology 1999; 94: 1209-1213.

DGR 3993/2015

Obiettivi regionali vincolanti sia per le ASL che per AO/Fondazioni

- **PROMOZIONE PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI**

- **OBIETTIVO REGIONALE** entro dicembre **2014**

farmaco equivalente: **72% DDD** complessive

- **OBIETTIVO REGIONALE** entro dicembre **2015**

farmaco equivalente: **82% DDD** complessive (Obiettivo locale ASL Pavia : 83%)

- **OBIETTIVO REGIONALE** entro dicembre **2016**

farmaco equivalente: **82% DDD** complessive (Obiettivo locale ASL Pavia : 83%)

Obiettivo farmaci biosimilari: almeno il 60% di trattamento dei pazienti naive

Concorrono agli obiettivi le strutture ospedaliere che con la parte specialistica «inducono» la prescrizione sul territorio

ALLINEAMENTO PTO PER I FARMACI CHE INDUCONO SUL TERRITORIO

- DGR 2889/2015

La Direzione Generale Salute, d'intesa con gli operatori delle ASL e AO, dovrà individuare entro il 31.01.2015:

- Per le AO, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, relativamente a specifiche categorie di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto (ATC :C08, C09, C10, M01, M05, J01, B03, L03, H01, L04) in condivisione con le ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali, in un'ottica di promozione dell'uso e della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto anche di origine biotecnologica, **l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri, sia per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale che per la parte ospedaliera, dovrà avvenire entro il primo semestre 2015.**

Si confermano, come obiettivi vincolanti sia per le ASL che per AO/Fondazioni, per l'anno 2015:

- la programmazione e realizzazione di almeno un evento formativo, rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai prescrittori delle strutture di ricovero e cura accreditate, coinvolgendo attivamente le direzioni sanitarie e i servizi farmaceutici ospedalieri, al fine di diffondere e promuovere gli strumenti di governo clinico condivisi tra ASL e strutture ospedaliere, **tra cui i prontuari alle dimissioni**. Nel medesimo corso, una particolare attenzione dovrà essere riservata alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;
- lo strumento di analisi e monitoraggio, condiviso con gli operatori delle ASL e ad essi disponibile che individua, per alcune categorie terapeutiche al IV livello ATC che comprendono specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per i quali sono disponibili prodotti equivalenti, un **mix ottimale** tra i principi attivi individuato **sulla base della migliore performance assunta quale benchmark di riferimento**, partendo dai dati di ottobre 2012 nelle singole ASL della Regione Lombardia per ciascuna delle categorie terapeutiche selezionate.

- **APPROPRIATEZZA FARMACI AD ALTO COSTO CON REGISTRO AIFA**

Controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA:

- Nuovi farmaci per HCV: **100% con targatura**
- Farmaci oncologici: **85%**

- **INDICAZIONI IN MERITO AL MIGLIORAMENTO DELL' APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (Adempimenti previsti dalle Regole di Sistema 2016)**

Tavoli di lavoro e gruppi di approfondimento tecnico e di autorizzazione alla prescrizione:

- **HIV**
- **HBV**
- **ARTRITE REUMATOIDE e PSORIASI**
- **MACULOPATIE**
- **Nota 39**

REGIONE LOMBARDIA

MIX PRESCRITTIVI - NOVEMBRE 2015

- **OBIETTIVO PRIORITARIO ANNO 2015**

PROMOZIONE PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

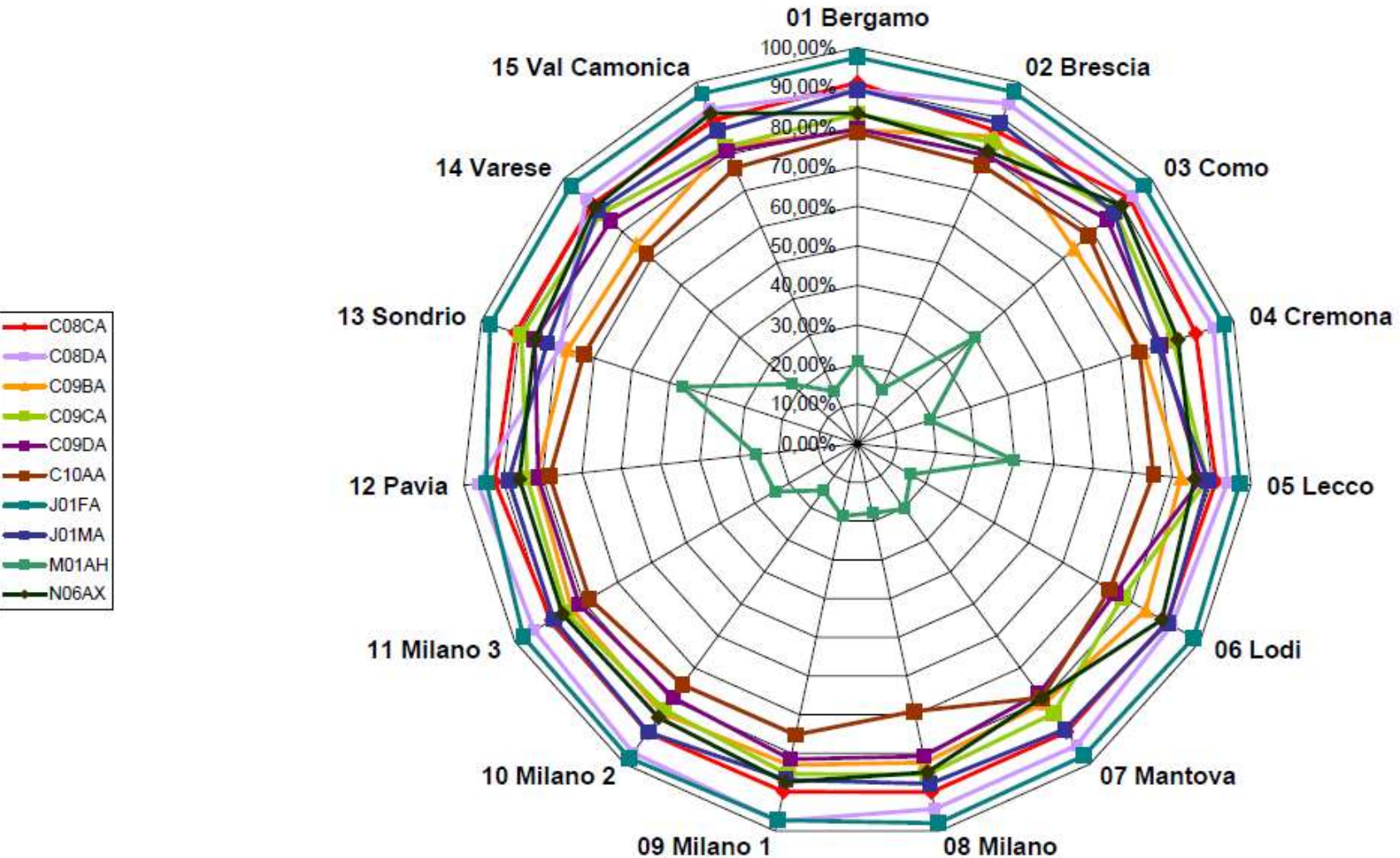
- *«si conferma...lo strumento di analisi e monitoraggio...che individua, per alcune categorie terapeutiche al IV livello ATC che comprendono specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per i quali sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra principi attivi sulla base della migliore performance (benchmark) verificata nei dati dell'anno 2014 nelle ASL della Regione Lombardia per ciascuna delle categorie terapeuti che selezionate»
(Indicazione sugli obiettivi di prescrizione dei farmaci equivalenti in applicazione della DGRn.2989/2014)*

ATC SOTTOPOSTI AD ANALISI SU INDICAZIONE DELLA R.L.

- **ATC C08CA – DERIVATI DIIDROPIRIDINICI**
- **ATC C08DA – DERIVATI FENILALCHILAMINICI**
- **ATC C09BA – ACE INIBITORI E DIURETICI**
- **ATC C09CA – ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA NON ASSOCIATI**
- **ATC C09DA – ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI**
- **ATC C10AA – INIBITORI DELLA HMG CoA REDUTTASI**
- **ATC J01FA – MACROLIDI**
- **ATC J01MA – FLUOROCHINOLONI**
- **ATC M01AH – COXIB**
- **ATC N06AX – ALTRI ANTIDEPRESSIVI**

REGIONE LOMBARDIA – MIX PRESCRITTIVI NOVEMBRE 2015

RIEPILOGO UTILIZZO FARMACI SENZA BREVETTO PER TUTTE LE CLASSI ATC NOVEMBRE 2015

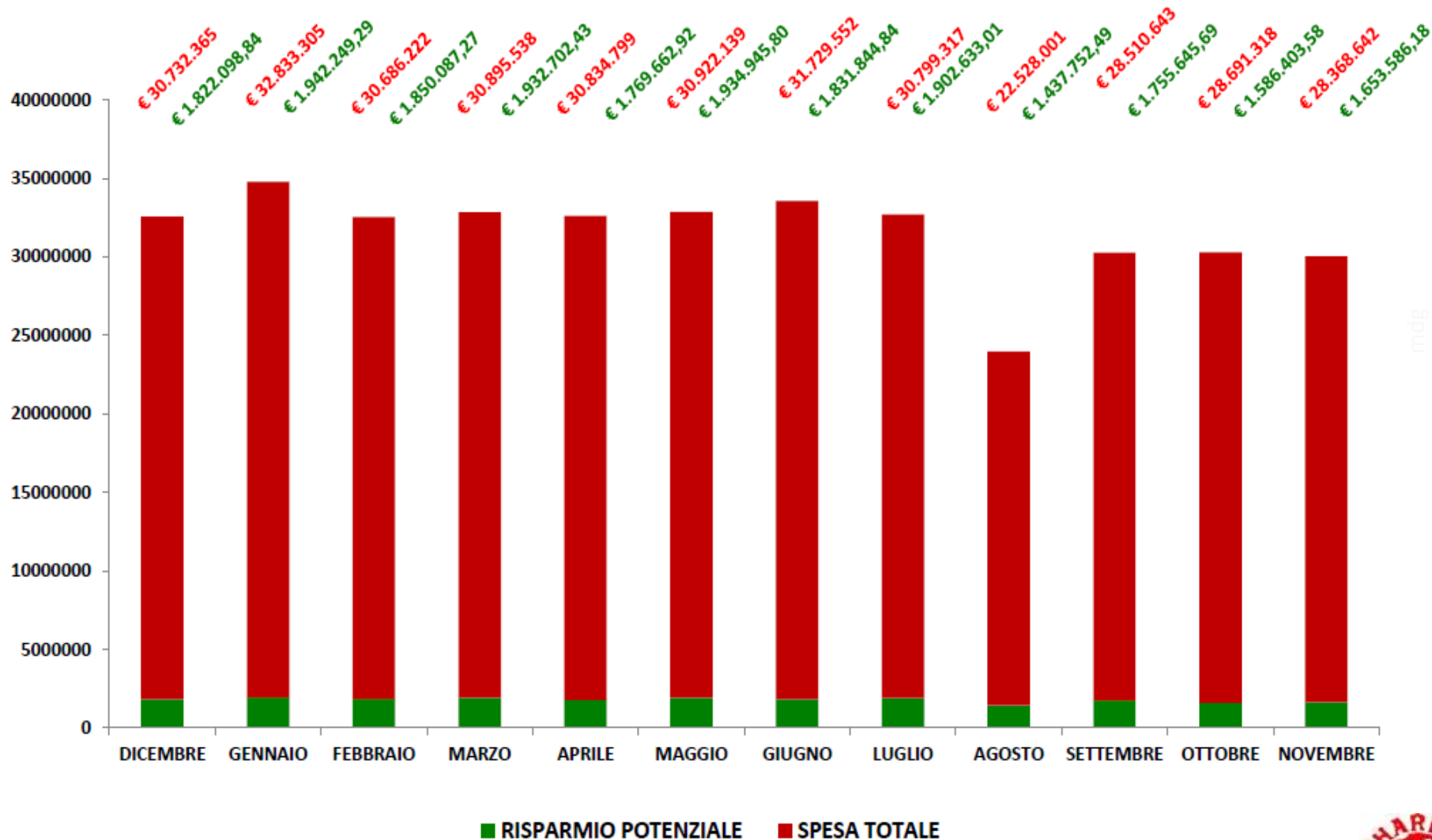


REGIONE LOMBARDIA – MIX PRESCRITTIVI

NOVEMBRE 2015

SPESA MENSILE TOTALE E RISPARMIO POTENZIALE PER IL PANEL
(NB COMPOSIZIONE DEL PANEL MUTATA NEL CORSO DEL TEMPO)

ULTIMI 12 MESI



mdg



REGIONE LOMBARDIA – MIX PRESCRITTIVI
NOVEMBRE 2015

ATC C09CA – ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA NON ASSOCIATI

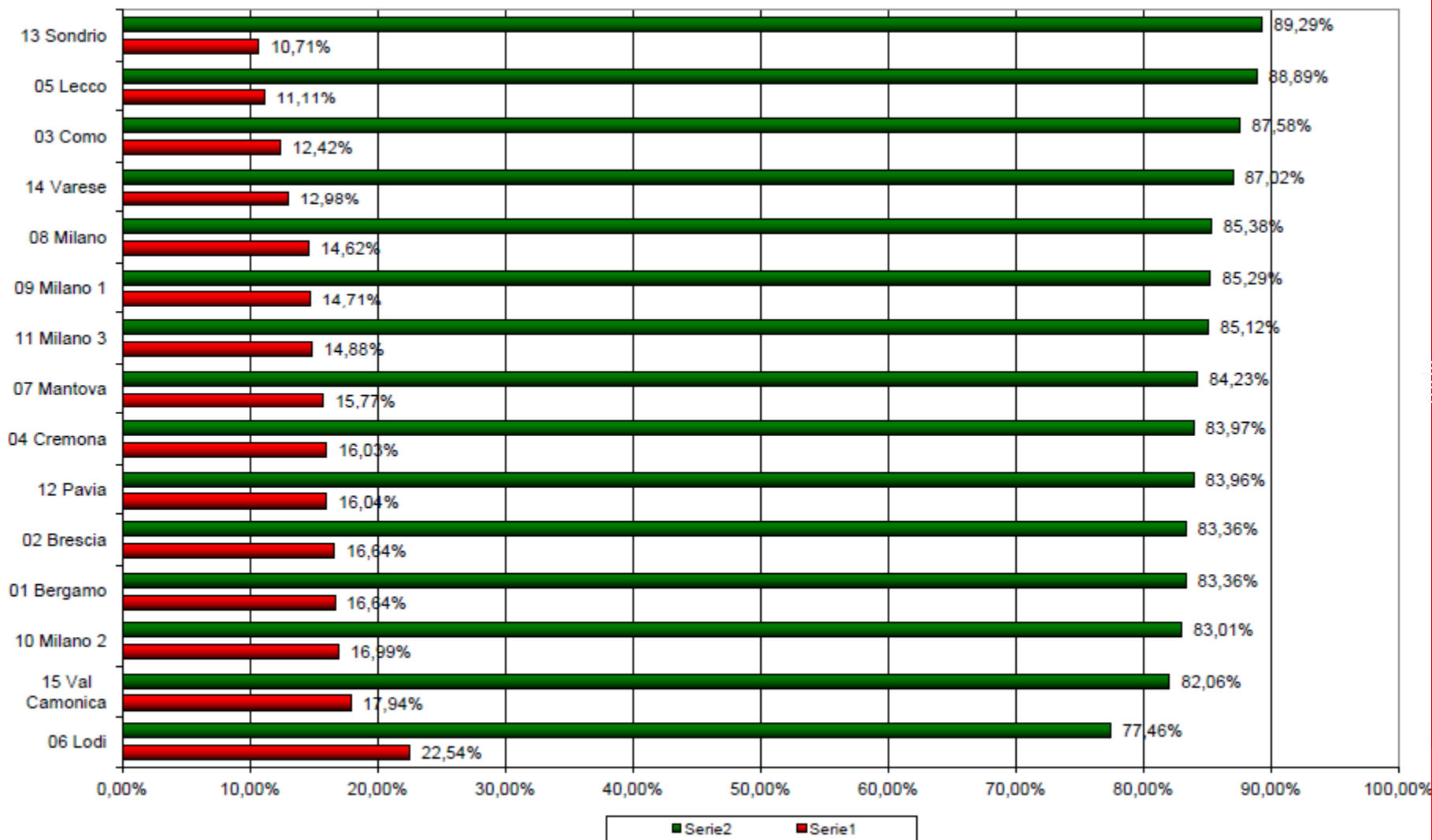
brevetto scaduto

C09CA01 LOSARTAN
C09CA03 VALSARTAN
C09CA04 IRBESARTAN
C09CA06 CANDESARTAN
C09CA07 TELMISARTAN

brevetto coperto

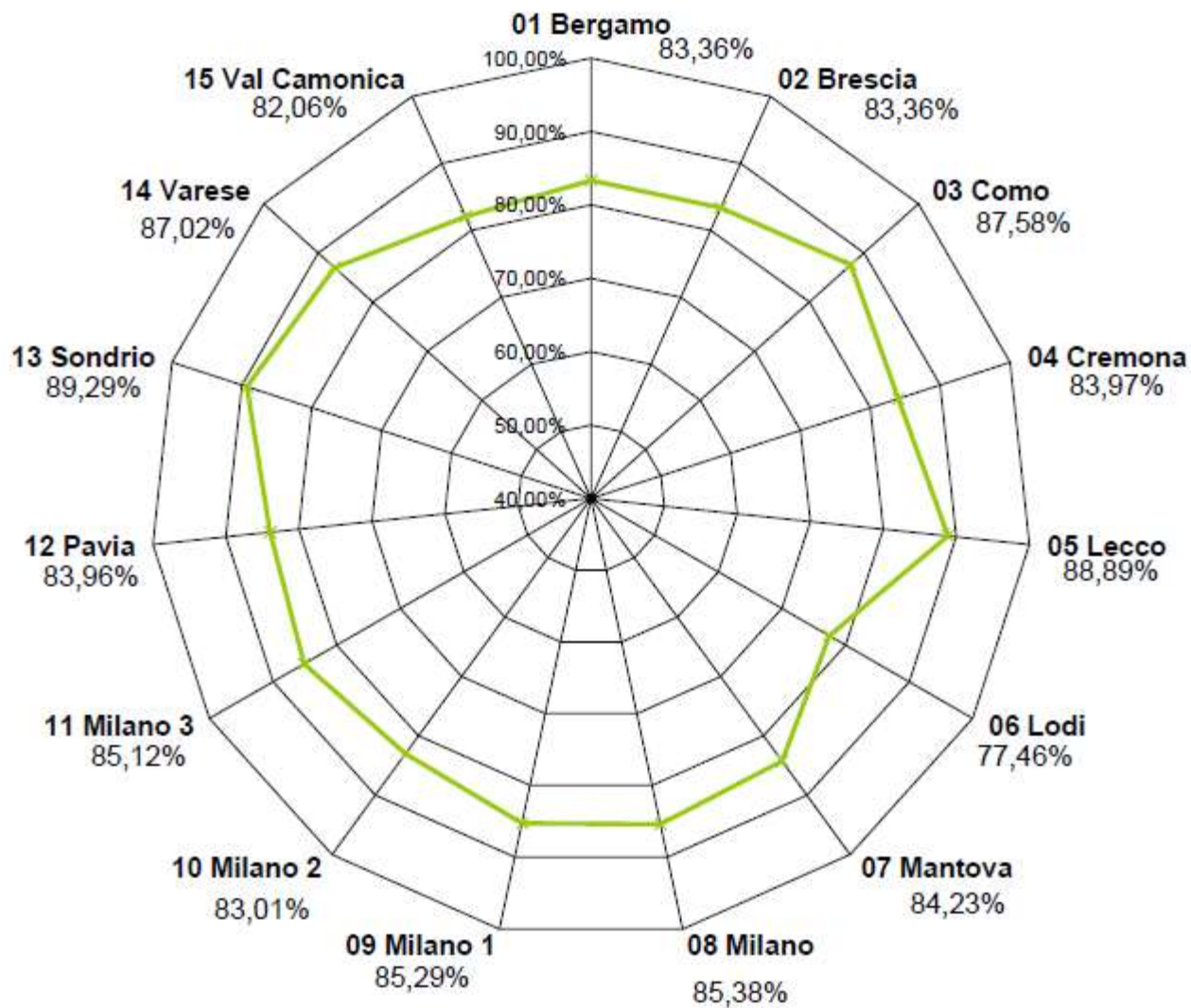
C09CA02 EPROSARTAN
C09CA08 OLMESARTAN
MEDOXOMIL

C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA, NON ASSOCIATI - NOVEMBRE 2015



REGIONE LOMBARDIA – MIX PRESCRITTIVI NOVEMBRE 2015

C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA, NON ASSOCIATI - NOVEMBRE 2015



REGIONE LOMBARDIA – MIX PRESCRITTIVI
NOVEMBRE 2015

C09CA - ANTAGONISTI DLL'ANGIOTENSINA NON ASSOCIATI - ULTIMI 12 MESI

ASL/MESE	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
01 Bergamo	83,07%	82,61%	83,13%	83,19%	82,84%	83,14%	83,33%	82,95%	83,25%	83,19%	82,66%	83,36%
02 Brescia	83,96%	83,13%	83,18%	84,40%	83,64%	83,68%	83,37%	83,57%	84,12%	83,33%	83,40%	83,36%
03 Como	88,19%	87,63%	87,92%	88,61%	88,27%	88,32%	88,07%	87,90%	88,70%	87,81%	87,69%	87,58%
04 Cremona	83,89%	83,73%	82,94%	83,86%	84,50%	83,62%	84,08%	83,47%	83,97%	84,17%	83,63%	83,97%
05 Lecco	88,88%	87,96%	88,38%	89,42%	89,06%	89,05%	88,71%	89,13%	89,12%	89,15%	88,36%	88,89%
06 Lodi	78,32%	78,57%	77,79%	78,76%	79,51%	78,83%	78,44%	78,15%	79,75%	77,94%	78,76%	77,46%
07 Mantova	82,90%	82,92%	82,94%	83,41%	83,71%	83,45%	83,44%	83,27%	83,69%	83,81%	83,59%	84,23%
08 Milano città	86,01%	85,84%	85,77%	86,39%	86,34%	86,25%	85,77%	86,12%	85,18%	85,90%	85,91%	85,38%
09 MI 1 Legnano	86,16%	86,21%	85,69%	86,59%	86,79%	85,72%	86,01%	86,09%	85,63%	85,38%	85,82%	85,29%
10 MI 2 Melegnano	82,80%	82,78%	82,52%	83,55%	83,06%	83,14%	82,33%	83,20%	82,89%	83,44%	83,36%	83,01%
11 MI 3 Monza	85,53%	85,63%	85,18%	86,06%	86,27%	85,44%	85,91%	85,48%	85,45%	86,07%	85,58%	85,12%
12 Pavia	84,66%	83,26%	83,34%	83,85%	84,35%	83,99%	84,45%	84,12%	84,10%	83,55%	83,98%	83,96%
13 Sondrio	90,21%	89,81%	89,39%	90,53%	88,71%	90,17%	88,89%	89,07%	90,83%	89,41%	89,23%	89,29%
14 Varese	87,82%	87,60%	87,31%	88,14%	88,05%	88,08%	87,93%	87,75%	87,96%	87,80%	87,34%	87,02%
15 Val Camonica	82,71%	81,56%	82,11%	83,83%	83,08%	83,26%	81,73%	81,71%	84,19%	81,37%	82,18%	82,06%
MEDIA	85,23%	84,88%	84,75%	85,58%	85,46%	85,25%	85,14%	85,17%	85,20%	85,10%	84,99%	84,86%

ATC C09CA – ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA, NON ASSOCIATI
BENCHMARK: ASL 13 SONDRIO 89,29% (IN VERDE LA MEDIA)

ASL	DDD NBS	DDD BS	SPESA MENSILE TOTALE	% DDD BS/DDD TOTALI	DELTA	POTENZIALE RISPARMIO MENSILE	POTENZIALERI SPARMIO ANNUALE
01 Bergamo	234.388	1.173.848	€ 436.424	83,36%	5,94%	€ 56.203	€ 674.435
02 Brescia	251.552	1.260.257	€ 475.044	83,36%	5,93%	€ 56.421	€ 677.048
03 Como	103.516	729.762	€ 235.364	87,58%	1,71%	€ 9.636	€ 115.638
04 Cremona	110.110	576.853	€ 203.980	83,97%	5,32%	€ 23.289	€ 279.470
05 Lecco	61.670	493.241	€ 152.515	88,89%	0,41%	€ 1.467	€ 17.603
06 Lodi	78.848	271.016	€ 118.728	77,46%	11,83%	€ 26.424	€ 317.092
07 Mantova	117.936	630.114	€ 228.343	84,23%	5,06%	€ 23.297	€ 279.565
08 Milano città	315.448	1.841.462	€ 648.493	85,38%	3,92%	€ 53.681	€ 644.169
09 MI 1 Legnano	206.332	1.196.578	€ 415.241	85,29%	4,00%	€ 35.606	€ 427.270
10 MI 2 Melegnano	143.640	701.911	€ 260.946	83,01%	6,28%	€ 33.620	€ 403.445
11 MI 3 Monza	184.002	1.052.200	€ 367.793	85,12%	4,18%	€ 32.253	€ 387.030
12 Pavia	160.510	840.298	€ 295.115	83,96%	5,33%	€ 32.508	€ 390.099
13 Sondrio	31.038	258.822	€ 79.982	89,29%			
14 Varese	190.092	1.274.702	€ 412.491	87,02%	2,27%	€ 20.849	€ 250.184
15 Val Camonica	33.964	155.402	€ 58.829	82,06%	7,23%	€ 8.959	€ 107.502
TOTALE	2.223.046	12.456.463	€ 4.389.290	84,86%		€ 414.213	€ 4.970.551



OBIETTIVI SPECIFICI

Farmaco equivalente: obiettivi e andamento 2015



CLASSE TERAPEUTICA	OBIETTIVO - % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO luglio 2015- % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO settembre 2015- % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO dicembre 2015- % di DDD
Altri antidepressivi a brevetto scaduto	65	62,50	73,44	85,91
Inibitori della HMG CoA reduttasi a brevetto scaduto	80	78,26	77,75	78,20
Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici a brevetto scaduto	87	81,58	82,29	81,17
Antagonisti dell'angiotensina II non associati a brevetto scaduto	92	84,12	83,55	83,96
Totali	83	75,98	76,74	76,87



Biosimilari - epoetine, fattori di crescita leucocitari e GH-: obiettivi e andamento 2015

CLASSE TERAPEUTICA	OBIETTIVO - % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO luglio 2015- % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO settembre 2015- % di DDD	STATO DI RAGGIUNGIMENTO dicembre 2015- % di DDD
BIOSIMILARI (Pz. Naives)	60	68	71	73

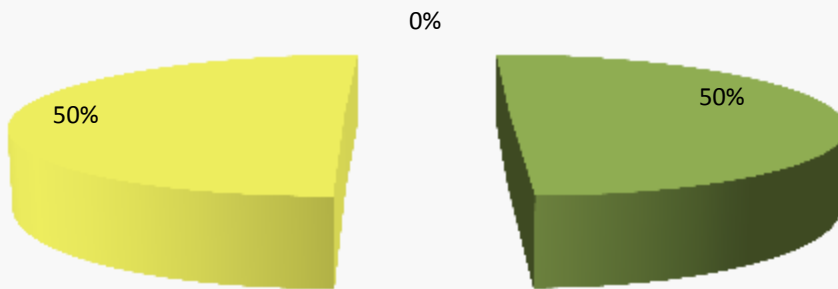
Distribuzione complessiva dei piani per farmaci biosimilari

- Percentuale di piani terapeutici per le aree farmaceutiche con farmaci biosimilari (epoetina, fattori di crescita e ormone della crescita)

Anno: 2016 - mdg

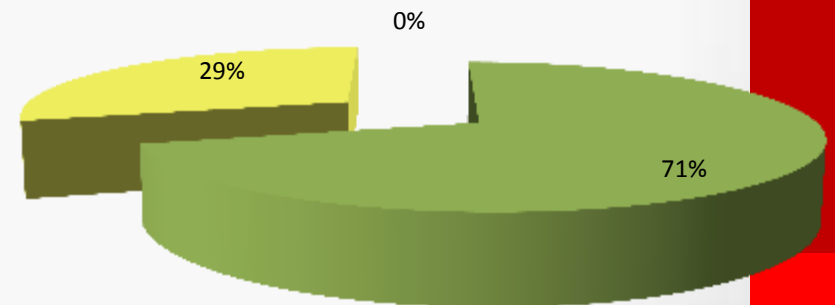
Tutti gli assistiti

■ biosimilare ■ non biosimilare ■ non valutabile



Assistiti Naive

■ biosimilare ■ non biosimilare ■ non valutabile



Eritropoetine long VS short acting

Tutti gli assistiti - mdg

Anno 2014

■ DARBEPOETINA ALFA ■ EPOETINA



Anno 2015

■ DARBEPOETINA ALFA ■ EPOETINA



Anno 2016

■ DARBEPOETINA ALFA ■ EPOETINA

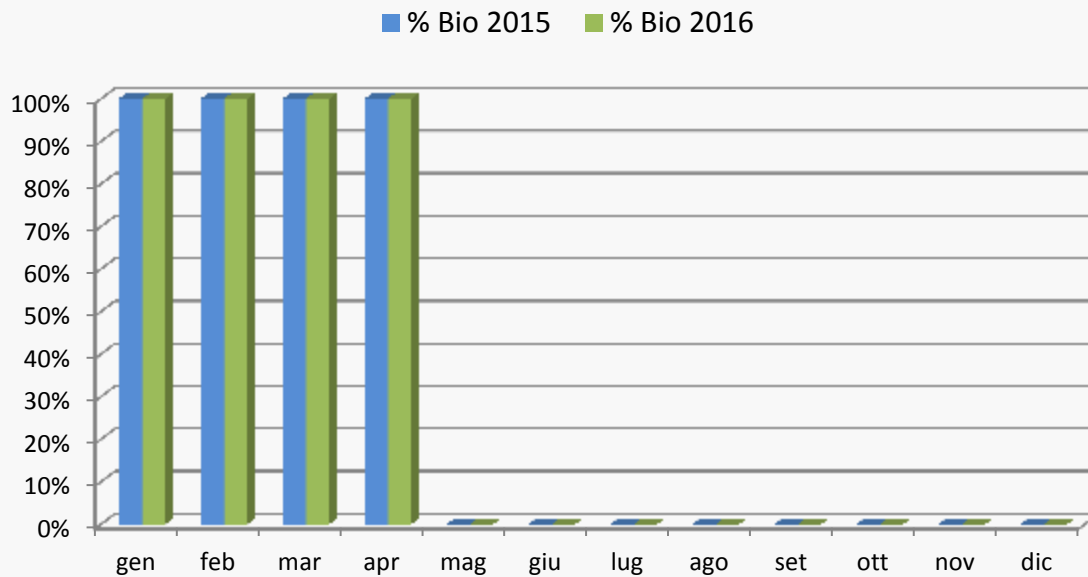


Risultato di un intervento specifico ATS in un reparto



Epoetina

Biosimilari anno corrente VS precedente

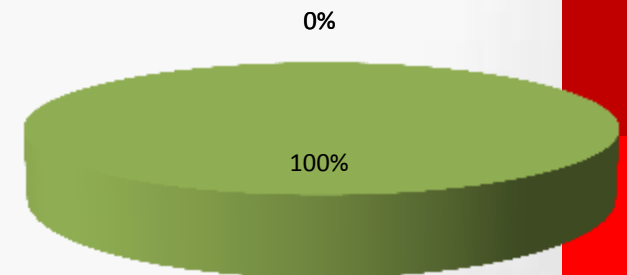


Anno: 2016

mdg

Percentuale di piani nel periodo

■ biosimilare ■ non biosimilare ■ non valutabile





Vademecum Prescrizione ospedale-territorio

*Elaborazione a cura di un gruppo di lavoro interaziendale
ASL della Provincia di Pavia
IRCCS Policlinico San Matteo
Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia
Edizione Ottobre 2015*





Obiettivo Comune

Facilitare il percorso di cura del paziente in termini di **Sicurezza, Appropriatezza e Qualità**

Garantire la prosecuzione delle terapie attivando la modalità più favorevole per l'assistito

Non gravare altri professionisti di competenze non specifiche o di forzature normative

I Rispetto della normativa e dei formalismi per una corretta compilazione

- ✓ **Ricetta (SSN o bianca)**
- ✓ **Scheda AIFA** <https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/>
- ✓ **Piano Terapeutico** <https://pianiterapeutici.asl.pavia.it/>

2. Appropriatezza Prescrittiva sia per prestazioni che per farmaci

- ✓ **prescrizione in accordo con le indicazioni nazionali, regionali e locali PUD**
- ✓ <http://www.asl.pavia.it/sito.nsf/News.xsp/Continuita-Ospedale-Territorio-Prontuario-unico-alla-Dimissione>

3. Erogazione in regime di File F secondo criteri di costo-efficacia e costo-opportunità

- ✓ **Erogazione farmaci in dimissione e in continuità terapeutica in regime di File F**

4. Profilo di Sicurezza

- ✓ **Segnalare tutte le reazioni avverse gravi e non gravi al responsabile di farmacovigilanza della struttura di appartenenza**
- ✓ **Segnalare le situazioni di carenza di farmaco sul territorio o altre relative criticità**

PRESCRIZIONE FARMACI: Quando per lo specialista ospedaliero?



IMPORTANTE

Per la Terapia a domicilio
paziente in dimissione o
ambulatoriale in caso di:



**PRIMA PRESCRIZIONE
FARMACOLOGICA**



**CAMBIO DI TERAPIA
FARMACOLOGICA**

Gli specialisti sono invitati a:

- prescrivere su ricettario del SSR il primo ciclo terapeutico** (prima prescrizione farmacologica) o **il cambio di terapia farmacologica**;
- privilegiare il **farmaco equivalente** per tutti i pazienti cronici "naive", per qualunque patologia, laddove clinicamente sostenibile e per le categorie di ATC per le quali è presente almeno un principio attivo a brevetto scaduto in particolare per sartani, aceinibitori, statine, antidepressivi;
- privilegiare il **farmaco biosimilare** per i pazienti "naive" (nuova prescrizione), laddove clinicamente sostenibile nell'ambito di percorsi specifici condivisi con l'ASL, per le aree di oncologia, ematologia, nefrologia, pediatria.

Prescrizione Farmaco per terapia a domicilio paziente ambulatoriale o in dimissione

1) Erogazione attraverso
la Farmacia ospedaliera



File F

Fascia H

Fascia A

I Ciclo (EBPM)

Doppio Canale, ecc

2) Erogazione attraverso
le Farmacie del Territorio



**Ricetta Bianca
a totale carico
assistito**



Ricetta Ripetibile

Ricetta Non Ripetibile

Ricetta Limitativa

**Ricetta Rossa
(a carico S.S.N.)**



La rimborsabilità è vincolata a:

- indicazioni di registrazione
- Note Aifa
- Piano Terapeutico
- Individuazione dei centri prescrittori

Per maggiori informazioni consultare la banca dati dell'AIFA

Negoziatore con gli erogatori :obiettivi 2016 per l'appropriatezza prescrittiva

Ambito	Obiettivo	Metodi e strumenti	Indicatore	NOTE
Facilitazione percorso assistenziale e dematerializzazione	Totale adesione alla prescrizione on line di piani terapeutici per i farmaci soggetti a tale norma tramite il gestionale informatico dell'ATS :PT ONLINE	Le Direzioni Sanitarie delle Strutture pubbliche e private accreditate abilitano al programma PT-ONLINE i loro specialisti autorizzati a prescrivere per l'ambito di competenza e inviano gli elenchi periodicamente aggiornati ad ATS	100% PT ONLINE: eventuali piani terapeutici in formato cartaceo saranno accettati solo in condizioni di impossibilità di utilizzo del gestionale informatico e dovranno pervenire in ATS con adeguata giustificazione da parte delle Direzioni Sanitarie	Procedura di verifica effettuata sul gestionale ATS

Controlli :obiettivi 2016 per l'appropriatezza prescrittiva

Ambito	Obiettivo	Metodi e strumenti	Indicatore	NOTE
Miglioramento appropriatezza prescrittiva	appropriatezza prescrittiva ed erogativa dei farmaci in File F	corretta erogazione e rendicontazione dei farmaci in regime di File F in conformità con quanto richiesto dalla normativa vigente per i farmaci innovativi e ad alto costo con obbligo di scheda AIFA e dalla normativa regionale per i conseguenti controlli (dgr 4702/2015)	saranno effettuati i controlli sulle prescrizioni di farmaci con obbligo di scheda AIFA per almeno il 85% dei farmaci oncologici, il 100% dei farmaci per HCV e (relativa targatura per rendicontazione a confezione). Monitoraggio Tipologia 15	Procedura interna aziendale in condivisione con enti erogatori

Obiettivi 2016 per l'appropriatezza prescrittiva

Ambito	Obiettivo	Metodi e strumenti	Indicatore	NOTE
Miglioramento appropriatezza prescrittiva	adesione al PUD: in particolare per i farmaci a brevetto scaduto sia chimici che biotecnologici (Biosimilari)	Prescrizione dei farmaci Biosimilari ai pazienti residenti NAIVE (nuovi alla terapia), relativi alle seguenti classi terapeutiche: ERITROPOIETINE ORMONE DELLA CRESCITA FATTORI DI CRESCITA LEUCOCITARI -ANTICORPI MONOCLONALI Priorita' di scelta alla dimissione e/o in accesso ambulatoriale al farmaco a brevetto scaduto in linea con i rispettivi PTO aggiornati nel 2015	Le scelte prescrittive degli specialisti dovranno contribuire a raggiungere la percentuale di farmaco a brevetto scaduto e biosimilari sul territorio pari a: 83% farmaco a brevetto scaduto, 77% dei pazienti naive per Biosimilari	La verifica, viene effettuata tramite il portale dei piani terapeutici informatizzati, delle prescrizioni di farmaci ai pazienti NAIVE (nuovi alla terapia.), come previsto dalla DGR n 4702/2015 ..

Obiettivi 2016 per l'appropriatezza prescrittiva: continuità ospedale-territorio

Ambito	Obiettivo	Metodi e strumenti	Indicatore
Miglioramento appropriatezza prescrittiva	corretta prescrizione alla dimissione secondo le indicazioni AIFA per i farmaci a carico del SSN	condivisione tra ATS ed EROGATORI di modalità uniformi per la prescrizione dei farmaci alla dimissione tramite : 1) adeguata modifica dello standard attuale per il suggerimento prescrittivo 2) prescrizione diretta a carico SSR(ricettario dello specialista o ricetta elettronica dove già attivato il sistema SISS)	adozione di un modello univoco per la prescrizione dei farmaci alla dimissione che consenta un'adeguata informazione agli assistiti circa il rimborso a carico SSN

Facilitazione percorso assistenziale e dematerializzazione



Piani terapeutici compilati ancora (!) su modello cartaceo

	pavese	oltrepo	lomellina	tot
Ircs Policlinico S. Matteo	386	116	131	633
<i>ao voghera</i>	9	77	12	98
<i>ao bronzi</i>			1	1
<i>ao stradella</i>	7	40		47
<i>ao varzi</i>		16		16
<i>ao vigevano</i>	1	3	48	52
<i>ao mortara</i>		2	100	102
<i>ao mede</i>				0
<i>ao casorate primo</i>	15		14	29
AO	32	138	175	345
Citta Pavia	146	24	16	186
Beato Matteo	8	1	261	270
Maugeri	129	248	45	422
Mondino	226	97	181	504
S. Margherita	524	20	353	897
Villa esperia		4		4
Tot.				3261

Nuove performance previste nel 2016 per il gestionale dei PT ONLINE

- lo specialista nel scegliere il farmaco avrà l'opportunità di vedere il proprio profilo prescrittivo rispetto alla sua struttura e a quello degli altri erogatori ATS PV





Asl di Pavia

Gestione Piani Terapeutici

Manuale Informazioni

Benvenuto Dott.ssa Silvia Vecchio|Asl Pavia
 Ins.Piani Terapeutici
 Storico Piani Ter.
 Utenze AO
 Servizio Farmaceutica
 Amministrazione Asl
 Cambio Password
 ESCI

GESTIONE P.T

Menu Principale

Scelta P.T

INIBITORI SGLT-2

Inserisci

Esci/Cambia P.Terapeutico

Stampa

Salva

DATI PER RICERCA ASSISTITO

Cerca Assistito

Chiudi Ricerca

Codice Fiscale : Codice Assistito :

Nome : Cognome :

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

Cognome : Nome :

Indirizzo : (gg/mm/aaaa) Città :

Cap : Data Nascita : Telefono :

Sesso : Codice Fiscale : Asl :

Informazioni Generali

Farmaco Prescritto

Peso (kg): Altezza (cm): circonferenza vita (cm): Data :

Durata di malattia (solo alla 1. prescrizione) : Anni : Ultimo valore HbA1c :

Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si No

Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up) Si, lievi Si, condizionanti le attività quotidiane

Si, severe No

Reazioni avverse? Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente)

No

Dosi e Durata del Trattamento Dosaggio :

Durata prevista del trattamento : Mese/i

Indicare se : Prima Prescrizione Prosecuzione della cura

Data : 14-07-2015

Powered by : PGMD Consulting





Benvenuto Dott. [Redacted]

Ins. Piani Terapeutici

Storico Piani Ter.

Cambio Password

ESCI

GESTIONE P.T

Menu Principale

Scelta P.T

ERITROPOIETINE

Inserisci

DATI PER RICERCA ASSISTITO

Cerca Assistito

Chiudi Ricerca

Codice Fiscale :

Codice Assistito :

Nome :

Cognome :

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

Cognome :

Nome :

Indirizzo : (gg/mm/aaaa)

Città :

Cap : Data Nascita :

Telefono :

Sesso : Codice Fiscale :

Asl : Fuori Regione/Non Conosciuta

Storico delle performance prescrittive di Farmaci Biosimilari

Anno	Mese	Naive	ATC	Performance Medico	Performance Centro	Performance Asl	Target
2015	11	NO	ERITROPOIETINA BETA	0 / 2 - 0,0 %	BINOCRIT*1SIR 10000UI 1ML (*B) BINOCRIT*1SIR 1000UI 0,5ML (*B) BINOCRIT*1SIR 20000UI 0,5ML+DI (*B) BINOCRIT*1SIR 2000UI 1ML (*B) BINOCRIT*1SIR 30000UI 0,75ML (*B) BINOCRIT*1SIR 30000UI 0,75ML+D (*B)	0 / 4 - 0,0 %	60,0%
2015	11	SI	ERITROPOIETINA ZETA	0 / 4 - 0,0 %	BINOCRIT*1SIR 3000UI 0,3ML (*B) BINOCRIT*1SIR 40000UI 1ML (*B) BINOCRIT*1SIR 40000UI 1ML+DISP (*B)	1 / 33 - 3,0 %	60,0%
2015	11	NO	ERITROPOIETINA ZETA	0 / 4 - 0,0 %	BINOCRIT*1SIR 4000UI 0,4ML (*B) BINOCRIT*1SIR 5000UI 0,5ML (*B) BINOCRIT*1SIR 6000UI 0,6ML (*B) BINOCRIT*1SIR 8000UI 0,8ML (*B)	0 / 11 - 0,0 %	60,0%
2015	10	NO	ERITROPOIETINA ALFA	0 / 1 - 0,0 %	EPORATIO*1SIR 10000UI 1ML C/D EPORATIO*1SIR 20000UI 1ML C/D EPORATIO*1SIR 30000UI 1ML C/D	3 / 18 - 16,7 %	60,0%
2015	10	NO	ERITROPOIETINA ZETA	3 / 3 - 100,0 %	EPREX*1SIR 10000UI 1ML EPREX*1SIR 1000UI 0,5ML EPREX*1SIR 2000UI 0,5ML	16 / 16 - 100,0 %	60,0%

Pagina: 1 di 1

La Prescrizione di ERITROPOIETINA è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche

Principio Attivo : ERITROPOIETINA ALFA

Farmaco Prescritto : .

(*B) - Biosimilare

Esci/Cambia P.Terapeutico

Stampa

Salva

ULTIMA RIFLESSIONE.....



Grazie per
l'attenzione!