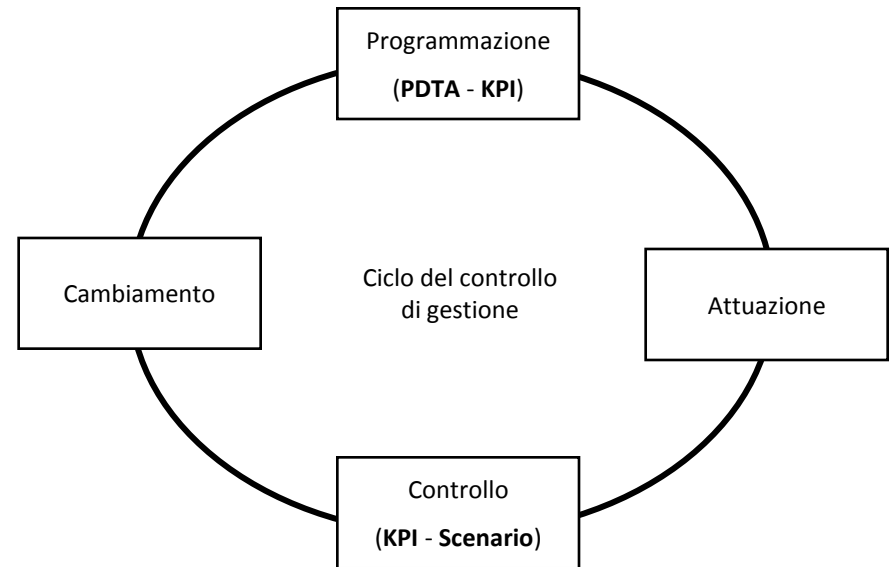


Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Metodologia ed evidenza dal Rapporto OsMed

Luca Degli Esposti

Efficientamento delle risorse ed appropriatezza delle prescrizioni..., così lontano, incredibilmente vicino

In regime di limitatezza delle risorse a disposizione, l'economia si pone come **criterio di scelta** tra **soluzioni alternative** che **concorrono allo stesso ammontare di risorse**.



Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva all'aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata **all'interno delle indicazioni cliniche** e, in generale, **all'interno delle indicazioni d'uso** (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante **analisi della variabilità prescrittiva** e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti.

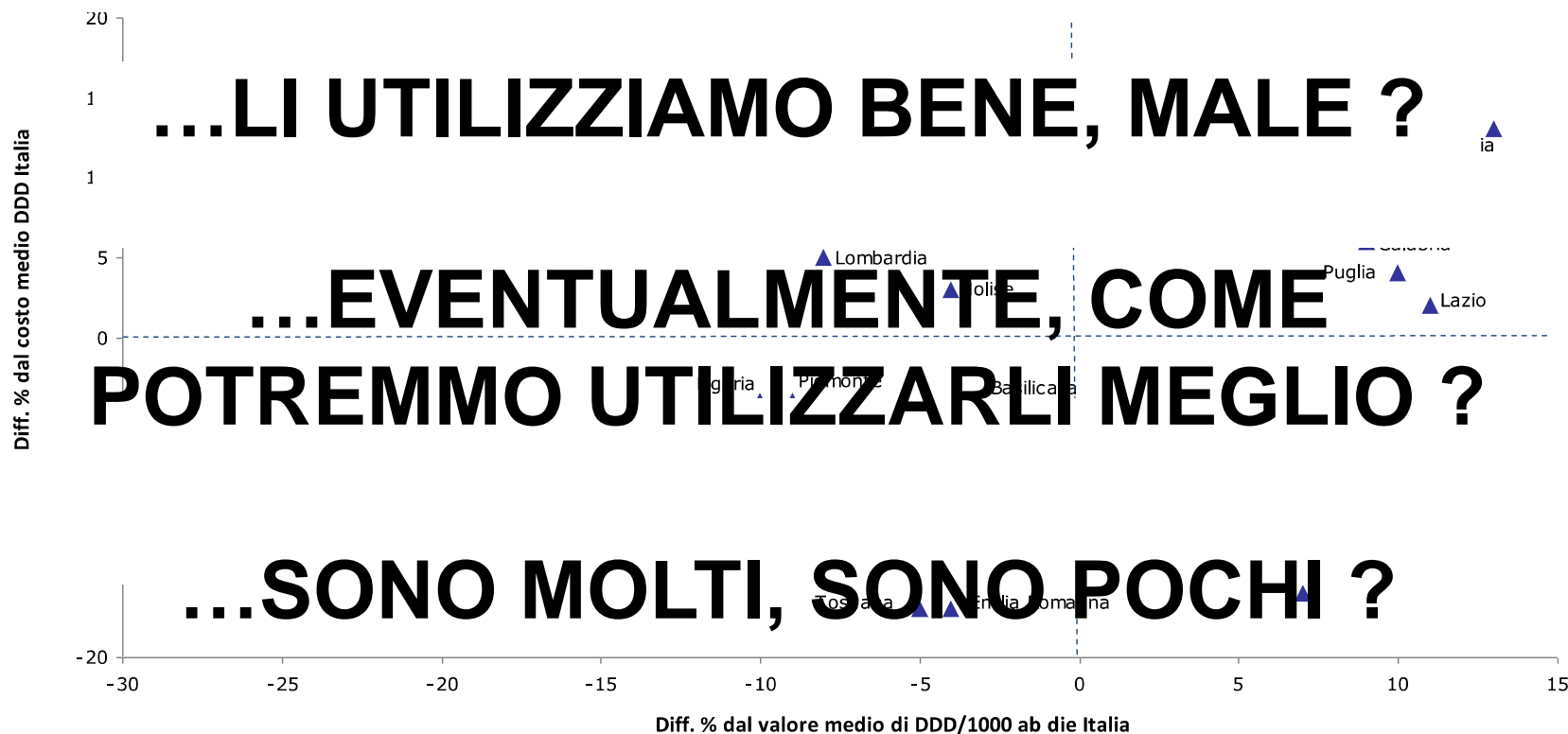
Tuttavia, si deve ricordare che “se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza”..., “una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva”.

Effetto consumi, prezzi e “mix” sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN

I liv ATC	Sottogruppi	Spesa lorda pro capite	DDD/1.000 ab. die	Δ% 12-11				Δ% Costo medio DDD
				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
Italia		193,00	984,56	-7,28	0,59	-8,44	0,73	-7,83
C- Sistema cardiovascolare		64,20	463,18	-13,46	0,30	-14,49	0,91	-13,72
Inibitori della HMG CoA reductasi		12,43	60,36	-25,56	6,90	-28,01	-3,28	-30,37
Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici		9,09	39,88	-23,38	-1,39	-20,58	-2,16	-22,30
Antagonisti dell'angiotensina II, non associati		8,49	54,56	-21,21	0,73	-21,02	-0,96	-21,78
A- Apparato gastrointestinale e metabolismo		32,10	147,76	0,22	3,13	-4,45	1,70	-2,83
Inibitori della pompa acida		15,01	69,71	-0,58	8,20	-6,42	-1,82	-8,12
Insuline e analoghi, ad azione rapida		3,55	7,28	3,58	1,71	-0,62	2,48	1,84
Acido aminosalicilico ed analoghi		1,49	3,79	1,68	4,00	-1,96	-0,29	-2,24
R- Sistema respiratorio		17,82	48,35	-3,28	-4,10	-0,75	1,62	0,86
Adrenergici ed altri antiasmatici		7,96	11,68	-2,37	-3,03	-0,03	0,71	0,68
Anticolinergici		2,92	6,25	1,84	0,51	0,00	1,33	1,33
Glicocorticoidi		2,65	10,34	-10,25	-8,01	-3,05	0,64	-2,43
J- Antimicrobici generali per uso sistemico		14,89	22,62	-14,48	-5,65	-8,71	-0,71	-9,35
Cefalosporine di terza generazione		3,26	1,77	-13,35	-6,39	-7,38	-0,06	-7,43
Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi		3,04	8,46	-6,11	-2,61	-2,33	-1,28	-3,59
Fluorochinoloni		2,51	3,08	-30,84	-2,64	-26,37	-3,52	-28,96

Fonte: L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015.

Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime di assistenza convenzionata 2015 per quantità costo medio di giornata di terapia e spesa



Fonte: L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015.

Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva all'aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti.

Tuttavia, si deve ricordare che **“se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza”**..., **“una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva”**.

Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva all'aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata **all'interno delle indicazioni cliniche** e, in generale, **all'interno delle indicazioni d'uso** (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'**aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti**.

Tuttavia, si deve ricordare che “se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza”..., “una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva”.

Definizione di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti (aderenza al trattamento ed appropriatezza prescrittiva)

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'**aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti**. Per aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti, si intende sia:

- **L'aderenza alle modalità d'uso dei farmaci** (e.g., l'uso continuativo dei farmaci nei trattamenti cronici), in altri termini **l'aderenza al trattamento**;
- **L'aderenza alle indicazioni terapeutiche** (e.g., la prescrizione dei farmaci con specifica indicazione per la tipologia di paziente considerato), in altri termini **l'appropriatezza prescrittiva**.

Publicato in: "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015. Indicatori per l'appropriatezza d'uso dei farmaci"



Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Direttore Generale: L. Pani

Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali che ha redatto il presente rapporto:

Coordinamento:

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

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

- Ufficio Coordinamento OsMed:

R. Massimi, L.A.A. Muscolo, M. Sacconi, D. Settesoldi

- Ufficio HTA nel settore farmaceutico:

G. Altamura, A. Cangini, S. De Vito, A. Di Vito, R. Marini, M. Petrelli, M.P. Trotta

- Ufficio di Farmacovigilanza:

R. Bertini Malgarini, G. Pimpinella, L. Sottosanti

- Ufficio Ricerca e Sperimentazione Clinica:

F. Barchetti, S. Petraglia

- Unità Registri per il Monitoraggio Protocolli dei Farmaci:

G. Murri, E. Xoxi

- Ufficio Assessment Europeo:

M. Caleno, M. Evandri, P. Foggi, D. Melchiorri

- Segreteria Tecnica Direzione Generale:

M. Marangi

PER LE ATTIVITÀ DI EDITING, IMPAGINAZIONE E GRAFICA

- Ufficio Stampa e della Comunicazione:

A. Gasparini, I. Comessatti

PER LE ATTIVITÀ DI DATAWAREHOUSING, ELABORAZIONE STATISTICA E CONTROLLO DI QUALITÀ

D. Barbato, E. Fabrizi, F. Fortinguerra, F. Mammarella, A. Pierantozzi, R. Scarpellino, M. Troilo

PER LE ATTIVITÀ DI ANAGRAFICA DELLE SPECIALITÀ MEDICINALI:

M. Di Barbora

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

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

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma

F. Bevere, E. Pieroni

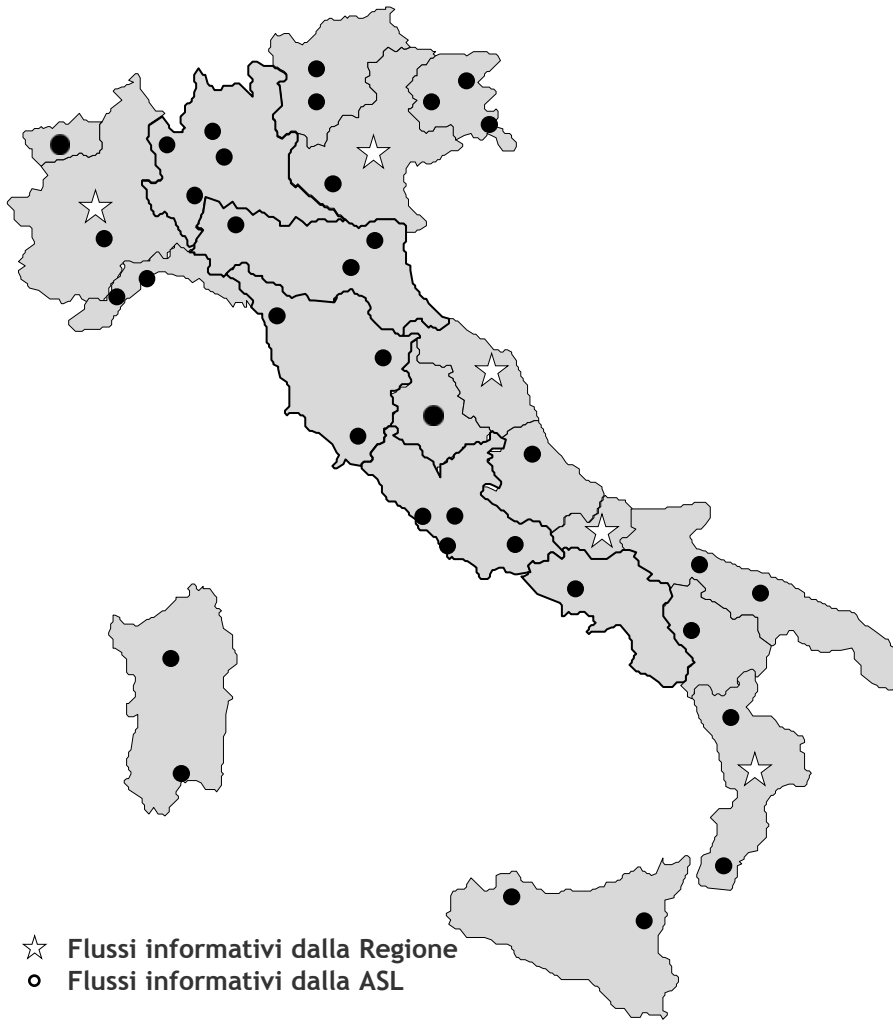
Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie, Firenze

O. Brignoli, C. Cricelli, F. Lapi, C. Piccini (Università di Bologna)

Clicon S.r.l., Ravenna

V. Blini, S. Buda, E. Crovato, E. Degli Esposti, L. Degli Esposti, D. Paoli, D. Sangiorgi, S. Saragoni, C. Veronesi

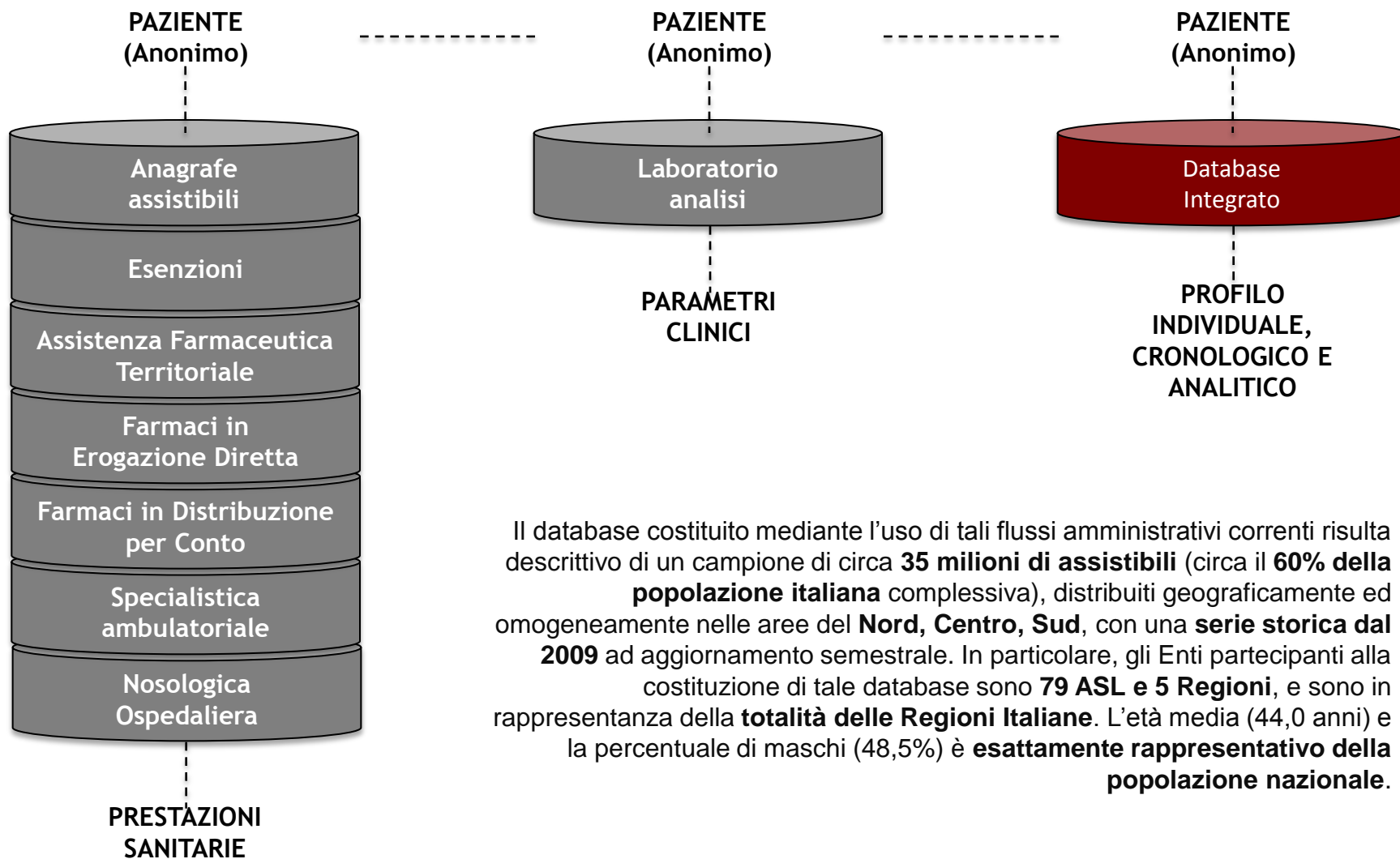
Le Aziende Sanitarie e le Regioni partecipanti al Rapporto OsMed 2015 nell'ambito del progetto Health-DB



☆ Flussi informativi dalla Regione
 ○ Flussi informativi dalla ASL

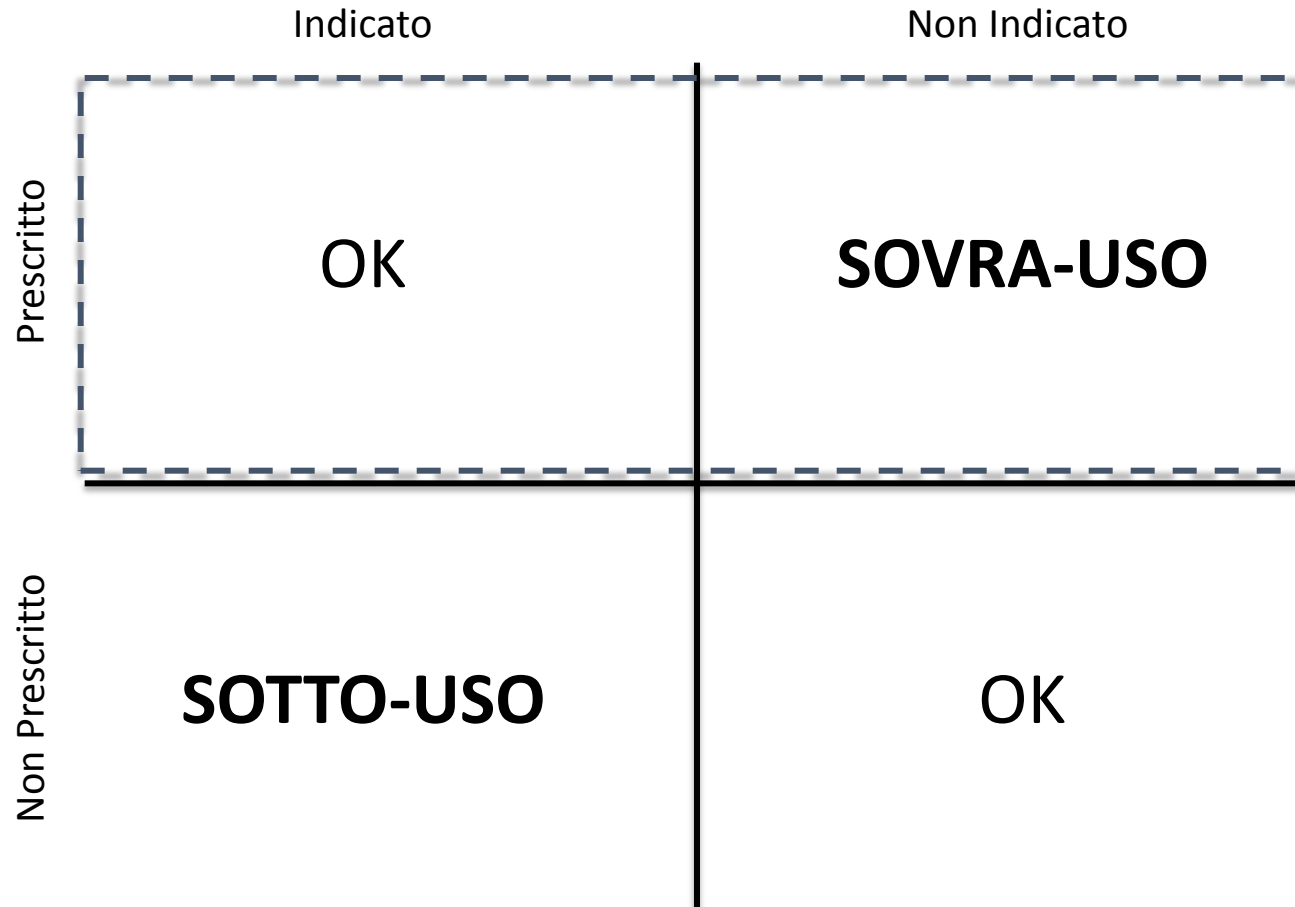
Azienda USL della Valle d'Aosta (Regione Valle D'Aosta) Referenti: S.Bettoni, S.Grumulato, J.Luboz; Regione Piemonte Direzione Sanità (Regione Piemonte) Referente: D.Nigro; Azienda Sanitaria Locale di Asti (Regione Piemonte) Referenti: I. Grossi, S. Martinetti, P.Mero, L.Raelli; ASL Pavia (Regione Lombardia) Referenti: S. Migliazza, M. Dellagiovanna, C. Cerra; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo (Regione Lombardia) Referenti: M. Gambera, R. Piccinelli, M. Zambetti; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecco (Regione Lombardia) Referenti: V. Valsecchi, P. DeLuca, E. Scopinaro, D. Moltoni; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese (Regione Lombardia) Referenti: E. Pini, O. Leoni, C. Oria, M. Papagni, G. Nosetti, E. Caldiroli; Provincia Autonoma di Bolzano (Regione Trentino-Alto Adige) Referente: V. Moser; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento (Regione Trentino-Alto Adige) Referenti: R. Roni, A. Polverino; Azienda Sanitaria della Regione Veneto (Regione Veneto) Referenti: G. Scroccaro, V. Fantelli, S. Amadei, L. Gubian, M. Brattina, M. Saugo; Azienda ULSS 20 di Verona (Regione Veneto) Referenti: A. Ferro, L. Mezzalira, M.Andretta, L. Trentin; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: S. Palcic; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: C. Cattaruzzi, L. Marcuzzo; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: F.V. Rosa, B. Basso; Azienda Sanitaria n° 1 Imperiese (Regione Liguria) Referenti: M. Saglietto, S. Delucis, M. Prioli; Azienda Sanitaria n. 3 Genovese (Regione Liguria) Referenti: A. Coccini, M. Ghia, F. Sanfelici; Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza (Regione Emilia Romagna) Referente: S. Radici; Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara (Regione Emilia Romagna) Referenti: P. Scanavacca, A. Campi, S. Bianchi, A. Verzola, N.Napoli; Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (Regione Emilia-Romagna) Referenti: M. Morini, M. Borsari, A. Danielli; Azienda USL 1 Massa e Carrara (Regione Toscana) Referenti: M. Dal Maso, B. Marsiglia; Azienda USL 8 Arezzo (Regione Toscana) Referente: B. Vujovic; Azienda USL 9 Grosseto (Regione Toscana) Referenti: M. Pisani, P. Bonini, F. Lena; Agenzia Regionale Sanitaria Marche (Regione Marche) Referenti: P. Aletti, A. Marcobelli, S.Sagrattella; Azienda USL Umbria n.2 (Regione Umbria) Referenti: S. Fratini, F. Bartolini; Azienda USL Roma A (Regione Lazio) Referenti: G. Riccioni, A. Barbato; Azienda USL Roma D (Regione Lazio) Referenti: R. Di Turi, A. Blasi, E. Pagnozzi; Azienda USL Roma F (Regione Lazio) Referenti: G. Quintavalle, P. D'Avenia, M.C. De Matthaëis; Azienda Sanitaria Locale di Frosinone (Regione Lazio) Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi, L.Marziale, P.Venditti, C.Bianchi, L.Quaresima; Azienda Sanitaria Locale Teramo (Regione Abruzzo) Referenti: I. Senesi, R. Baci, I. De Carlo; Azienda Sanitaria Regionale del Molise (Regione Molise) Direzione Generale per la Salute - Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica - Referenti: A. Lavalle, G. Trofa; Azienda Sanitaria Locale di Caserta (Regione Campania) Referenti: C.Linguiti, G.Farina, C.Pagliaro, C.Troncone, MG Tari; Azienda Sanitaria Locale di Potenza (Regione Basilicata) Referenti: G. Motola, C. Granieri; Azienda Sanitaria Locale BAT (Regione Puglia) Referenti: O. Narracci, D. Ancona, M. Cammarrota; Azienda Sanitaria Locale Lecce (Regione Puglia) Referenti: G.Gorgoni, A.Sanguedolce, C.Montinari; Regione Calabria Dipartimento Tutela Salute (Regione Calabria) Referenti: B. Zito, G. Brancati, R. Cosentino, M.R. Maione, L. Florio, A.E. De Francesco. Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza (Regione Calabria) Referenti: M. Vulnera, L. Florio, F. La Viola; Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (Regione Calabria) Referente: D. Costantino; Azienda Sanitaria Provinciale di Catania (Regione Sicilia) Referenti: F. Rapisarda, P.L. Lazzaro; Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (Regione Sicilia) Referenti: M. Pastorello, M. Parelli, M. Visconti, I. Uomo; ASL Cagliari (Regione Sardegna) Referenti: P. Sanna, F. Lombardo. ASL Sassari (Regione Sardegna) Referente: A.Sussarellu.

Data linkage di flussi amministrativi correnti (e clinici) delle ASL e Regioni per la creazione di un *database* longitudinale di popolazione



Il database costituito mediante l'uso di tali flussi amministrativi correnti risulta descrittivo di un campione di circa **35 milioni di assistibili** (circa il **60% della popolazione italiana** complessiva), distribuiti geograficamente ed omogeneamente nelle aree del **Nord, Centro, Sud**, con una **serie storica dal 2009** ad aggiornamento semestrale. In particolare, gli Enti partecipanti alla costituzione di tale database sono **79 ASL e 5 Regioni**, e sono in rappresentanza della **totalità delle Regioni Italiane**. L'età media (44,0 anni) e la percentuale di maschi (48,5%) è **esattamente rappresentativo della popolazione nazionale**.

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2014; 6(2).

Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale in trattamento con NAO con un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici e senza un'alterazione del rischio trombotico ed emorragico (Indicatore H-DB 11.1)

	2015 N = 1.736		2014 N = 965		2013 -	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	6,1	-6,5	6,5	/	/	/
Genere						
Maschio	5,4	-26,0	7,4	/	/	/
Femmina	6,8	21,8	5,6	/	/	/
Classi di età						
≤45	12,5	-43,7	22,2	/	/	/
46-65	14,9	367,1	3,2	/	/	/
66-75	7,2	4,9	6,9	/	/	/
>75	4,2	-37,0	6,6	/	/	/

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale senza un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici o con un'alterazione del rischio trombotico o emorragico non in trattamento con NAO (Indicatore H-DB 11.2)

	2015 N = 3.977		2014 N = 3.254		2013 -	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	59,0	-18,4	72,3	/	/	/
Genere						
Maschio	58,4	-17,9	71,1	/	/	/
Femmina	59,7	-18,8	73,5	/	/	/
Classi di età						
≤45	70,2	-17,5	85,1	/	/	/
46-65	64,0	-15,7	75,9	/	/	/
66-75	54,1	-20,0	67,7	/	/	/
>75	59,9	-18,2	73,2	/	/	/

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Elasticità della spesa farmaceutica per la fibrillazione atriale rispetto al miglioramento degli indicatori per i farmaci per la fibrillazione atriale

Indicatori per i farmaci per la fibrillazione atriale	Variazione percentuale della spesa complessiva per farmaci per la fibrillazione atriale [§] rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore*	Variazione della spesa complessiva per farmaci per la fibrillazione atriale [§] per una variazione dell'1% dell'indicatore°
Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale in trattamento con NAO con un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici e senza un'alterazione del rischio trombotico ed emorragico	-0.73%	-1.329.554
Percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale senza un adeguato controllo dell'INR in corso di terapia con anticoagulanti orali classici o con un'alterazione del rischio trombotico o emorragico non in trattamento con NAO	1.93%	3.503.837

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica.
Metodologia ed evidenza dal Rapporto OsMed.

The Drug Budget Silo Mentality in Europe: An Overview

- The six national systems of health-care financing handle drug spending in various complex ways, **but there is evidence of silo budgeting of pharmaceuticals in all of them.** However, it would be very difficult to quantify the impact in terms of the amounts of inefficient expenditure or of poorer health outcomes.
- Several countries, notably Italy and Spain, have devolved **national health budgets to regional and local authorities, but continue to attempt to manage and control drug spending with central level tools—for example, reference pricing, national spending targets, and positive lists.** Only the Netherlands seems to be looking to use devolution (to sickness funds) to reduce the need for central pharmaceutical controls, replacing them with local incentives to improve the procurement and use of medicines.
- Most of the countries, with the exception of France, are **giving prescribing doctors more information about their expenditure on drugs, linked in several cases to drug budgets for prescribers and to incentive payments for keeping down prescribing expenditure.** However, a number of countries, such as France and the Netherlands, continue to put the **main emphasis on price control rather than looking at utilization and at value for money in terms of efficiency in achieving health outcomes.**
- The use of **HTA to help obtain value for money is limited but seems to be increasing in most countries.**

Percentuale di pazienti in trattamento con EBPM o fondaparinux con una durata della terapia superiore a 45 giorni (esclusi i pazienti oncologici)
(Indicatore H-DB 12.1)

	2015 N = 836.745		2014 N = 817.940		2013 N = 812.971	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	33,7	-3,7	35,0	3,5	33,9	/
Area geografica						
Durata della terapia superiore a 35 giorni nei pazienti sottoposti ad intervento ortopedico maggiore [§]	48,7	-0,6	49,0	0,9	48,6	/
Durata della terapia superiore a 10 giorni nei pazienti con trombosi venosa profonda [^]	84,4	-0,6	84,9	-1,2	85,9	/
≤45	24,8	-1,1	25,1	6,2	23,6	/
46-65	29,4	-3,6	30,5	2,3	29,8	/
66-75	36,1	-4,9	38,0	2,5	37,1	/
>75	41,9	-5,0	44,1	2,6	43,0	/

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

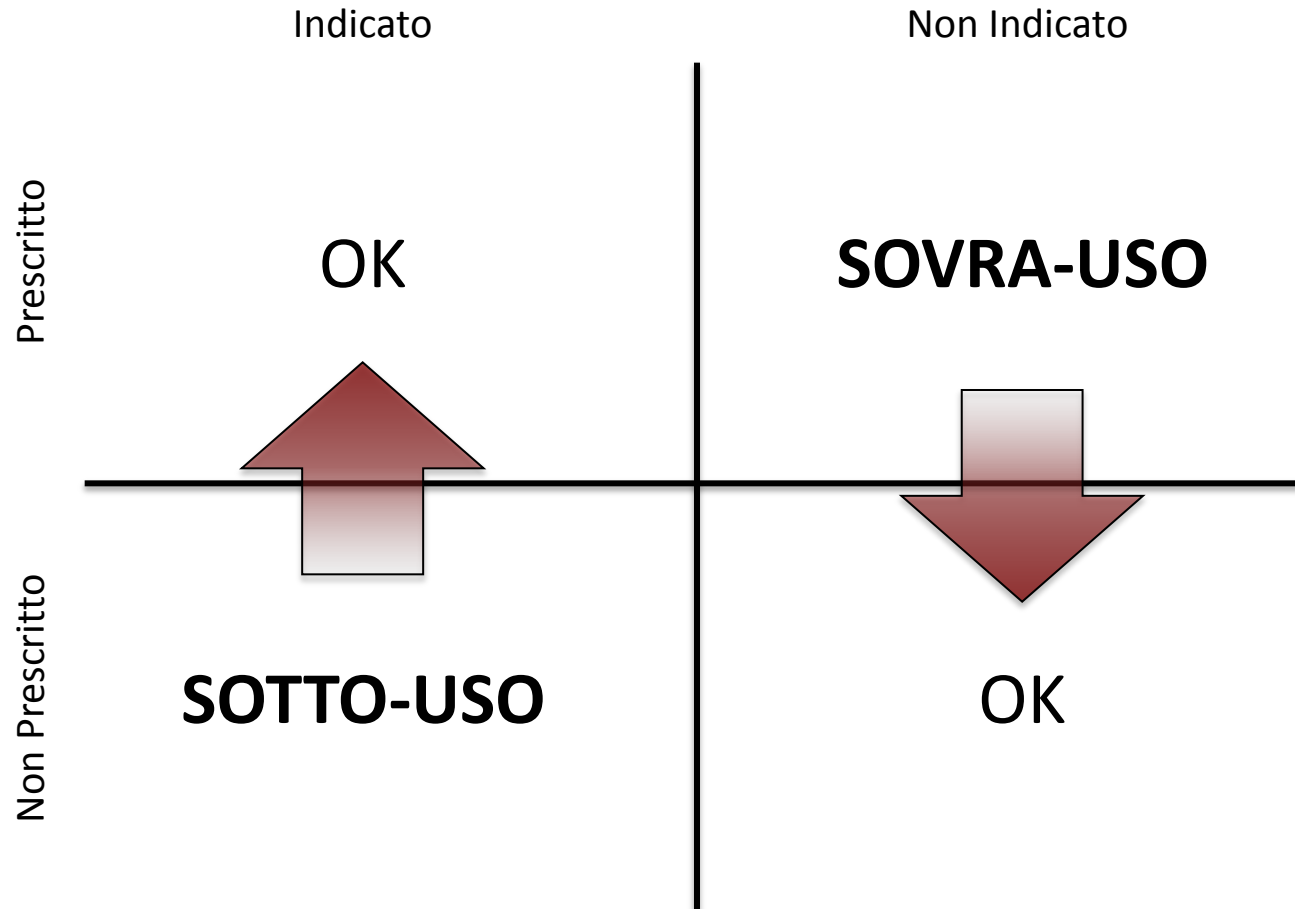
Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica.
Metodologia ed evidenza dal Rapporto OsMed.

Elasticità della spesa farmaceutica per la trombosi venosa profonda rispetto al miglioramento degli indicatori per i farmaci per la trombosi venosa profonda

Indicatori per i farmaci per la trombosi venosa profonda	Variazione percentuale della spesa complessiva per farmaci per la trombosi venosa profonda rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore*	Variazione della spesa complessiva per farmaci per la trombosi venosa profonda ⁵ per una variazione dell'1% dell'indicatore ^o
Percentuale di pazienti in trattamento con EBPM [^] o fondaparinux con una durata della terapia superiore a 45 giorni (esclusi i pazienti oncologici)	-0,87%	€ -3.068.820

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2014; 6(2).

Distribuzione dei pazienti in trattamento con farmaci inibitori della pompa protonica per caratteristiche demografiche

	2013			2012			2011		
	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %
TOTALE	2.873.500	21,6	3,6	2.772.873	21,0	5,1	2.637.916	20,1	/
Area geografica									
Nord	1.104.456	17,9	4,0	1.062.169	17,3	4,4	1.017.225	16,6	/
Centro	612.931	22,1	4,9	584.458	21,1	4,2	561.152	20,4	/
Sud	1.156.113	26,8	2,7	1.126.246	26,2	6,3	1.059.539	24,8	/
Genere									
Maschio	1.230.582	19,1	3,9	1.184.457	18,5	5,5	1.122.704	17,6	/
Femmina	1.642.918	24,0	3,4	1.588.416	23,3	4,8	1.515.212	22,4	/
Classi di età									
≤45	440.695	7,6	-2,6	452.566	7,8	-1,8	461.056	8,0	/
46-65	925.643	21,3	1,6	911.383	21,1	3,0	885.053	20,6	/
66-75	676.034	42,0	5,4	641.230	40,0	8,9	588.822	36,9	/
>75	831.128	54,9	8,3	767.694	51,0	9,2	702.985	46,9	/
Età media	64.2 ± 16.7			63.6 ± 16.8			62.9 ± 16.9		

N=trattati con farmaci inibitori della pompa protonica di età ≥ 18 anni.

*La prevalenza è stata calcolata sul totale degli assistibili (dato Ministero della Salute, ASL Comuni Popolazione) di età ≥ 18 anni. Non essendo disponibile il dato della ripartizione per classi di età nel sito del Ministero della Salute, è stato utilizzato il dato della ripartizione per classi di età rilevato dal sito dell'ISTAT al 1 gennaio 2013.

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori della pompa protonica senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 1 o dalla Nota AIFA 48

	2012 N = 2.772.873		2011 N = 2.637.916		2010 N = 2.261.788	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	46,5	5,5	44,1	-1,1	44,6	/
Area geografica						
Nord	46,5	6,1	43,8	2,0	43,0	/
Centro	38,3	-5,3	40,4	0,5	40,2	/
Sud	50,9	9,8	46,3	-3,5	48,0	/
Genere						
Maschio	46,9	5,4	44,5	-1,4	45,1	/
Femmina	46,3	5,6	43,8	-0,9	44,3	/
Classi di età						
≤45	72,3	5,2	68,7	-0,4	69,0	/
46-65	57,7	8,9	53,0	-2,2	54,2	/
66-75	35,1	7,1	32,8	2,4	32,0	/
>75	27,6	5,5	26,2	3,7	25,3	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	66,5	6,9	62,2	-2,6	63,8	/
Già in trattamento	34,1	17,6	29,0	-4,2	30,2	/
Pregresso ricovero						
Senza pregresso ricovero	48,1	4,1	46,2	-1,3	46,8	/
Con pregresso ricovero	39,0	13,6	34,3	-2,5	35,2	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Elasticità della spesa farmaceutica rispetto al miglioramento degli indicatori per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite

Indicatori per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite	Variazione percentuale della spesa complessiva per farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore*	Variazione della spesa complessiva per farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite ⁵ per una variazione dell'1% dell'indicatore ^o
Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori di pompa protonica senza i criteri di idoneità di cui alla Nota AIFA	-0,62%	€ -5.782.934

...oltre 4 volte l'ex tetto sui NAO

...circa 7.270 pazienti per l'epatite C

Azzerando l'inappropriatezza nei soli inibitori di pompa: 269 mil...

...i 2/3 della attuale manovra sui farmaci

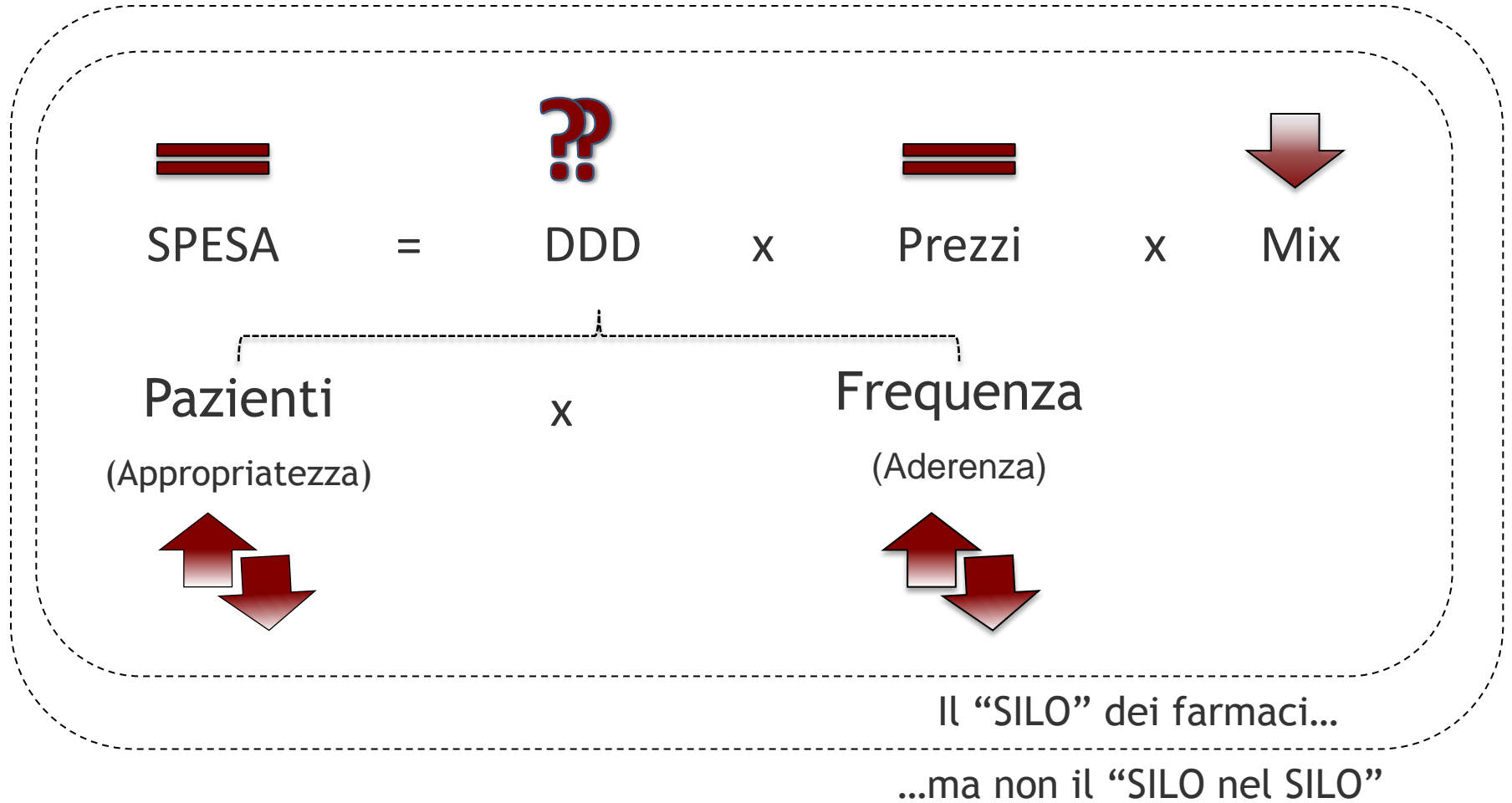
La variazione della spesa rispetto al miglioramento di ogni singolo indicatore deve essere considerato a sé stante rispetto alla variazione sugli altri indicatori, non deve essere sommata alla variazione degli altri indicatori in quanto gli indicatori sono calcolati separatamente.

*La variazione percentuale della spesa complessiva per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite è stata stimata rispetto ad una variazione pari all'1% rispetto al valore attuale della spesa complessiva per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite.

Il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite: inibitori di pompa protonica (codice ATC: A02BC). Tali farmaci sono stati classificati in farmaci rimborsati in Nota 1: someprazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01) e pantoprazolo (ATC A02BC02) e farmaci rimborsati in Nota 48: esomeprazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01), pantoprazolo (ATC A02BC02) e pantoprazolo (ATC A02BC04).

Le variazioni percentuali esprimono la spesa farmaceutica nazionale convenzionata più l'acquisto da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Metodologia ed evidenza dal Rapporto OsMed

Luca Degli Esposti