



## XIV CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA "ADERENZA ALLE TERAPIE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NEL DISTRETTO"

Napoli, 19 maggio 2016

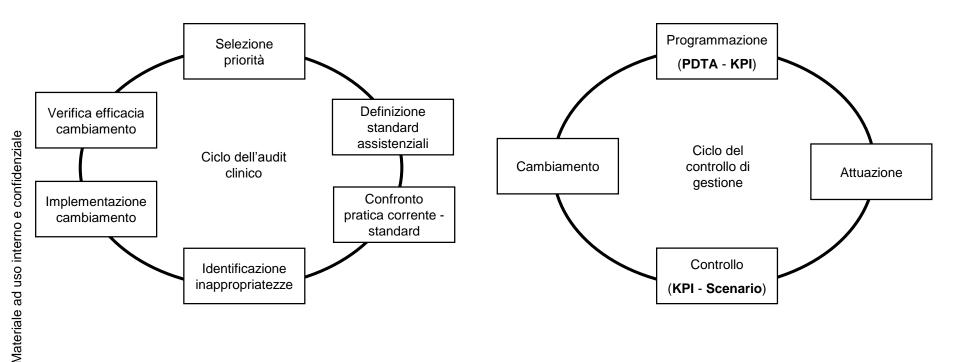
## L'aderenza terapeutica: come valutaria, otteneria, regolaria

Luca Degli Esposti

CliCon - Health, Economics & Outcomes Research

## 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".



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2014. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

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

		Spesa lorda	DDD/1.000		Δ% 1	2-11		Δ% Costo	
I liv ATC	Sottogruppi	pro capite	ab. die	Spesa	DDD	Prezzi	Mix	medio DDD	
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 redutta	si	12,43	60,36	-25,56	6,90	-28,01	-3,28	-30,37	800 Mil
Antagonisti dell'angiotensina II e	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	950 Mil
Insuline e analoghi, ad azione rapida		3,55	7,28	3,58	1,71	-0,62	2,48	1,84	
Acido aminosalicilico ed analogi	ni	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	475 Mil
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 us	o 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	200 Mil
Associazioni di penicilline, inclus lattamasi	si gli inibitori delle beta-	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 2014.







Fonte: L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2014.



### 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".



-onte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2014. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

### 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".



-onte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2014. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

## 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.



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2014. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

### Pubblicato in: "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2014. 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
- LIfficio 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

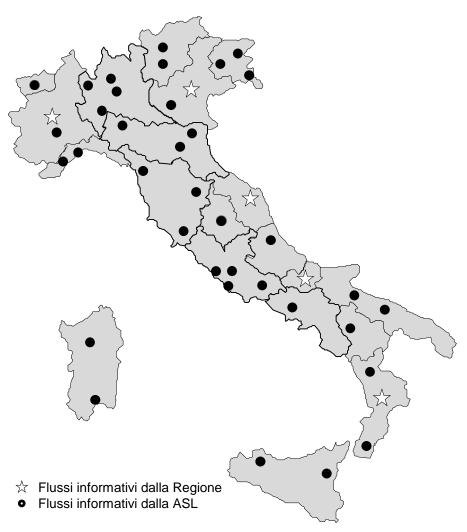
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma F. Bevere, E. Pieroni

Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie, Firenze O. Brignoli, C. Cricelli, F. Lapi, C. Piccinni (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 2014 nell'ambito del progetto Health-DB

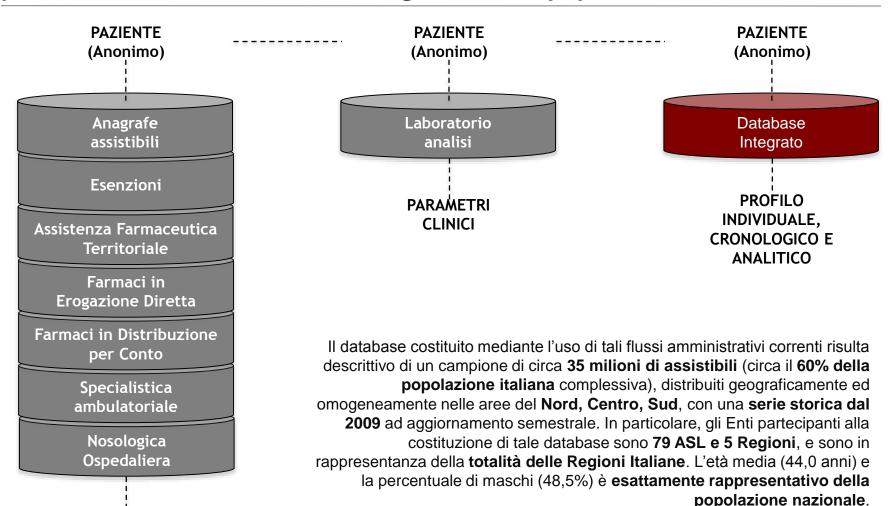


Azienda USL della Valle d'Aosta (Regione Valle D'Aosta) Referenti: S.Bettoni, S.Grumolato, J.Luboz; Regione Piemonte Direzione Sanità (Regione Piemonte) Referente: D.Nigro; Azienda Sanitaria Locale di Asti (Regione Piemonte) Referenti: I. Grossi, S. Martinetti, P.Mero, L.Raeli; ASL Pavia (Regione Lombardia) 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. osetti, E. Caldiroli; Pro impia Attronoma di Bolzano in gione Tremino-Alto Acige) Referente: V. Moser; Azienda F o in ja e be Eser il Canitari (Canitario Canitario Ca Nosetti, E. Caldiroli; Pro (Regione Veneto) Referenti: G. Scroccaro, Y. Fantelli, S. Amadei, L. Gubian, M. Brattina, M. Saugo; Azienda ULSS 20 di Verbina Fed on Vene a Referenti: A. Ferro, L. Mezzalira, M.Andretta, L. Trentin; Azienda per resistenza sanitante i. 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 Sacitata n. 3 Genovese (Festina i griz) Referenti: A. Coccini, M. Ghia, F. Sanfelici; Azienda Inita Santa ii Lo a pi c nza (Regione Emilia Romagna) Referente: S. Radici; Azienda Unita Santaria Locale di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara (Regione Emilia Romagna) Referenti: P. Scanavacca, A. Campi, Legione Emilia-S. Bianchi, A. Verzola, N.Nap Romagna) Referenti: M. Morini, Marsa L. Darret Ce da CLI 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.Sagratella; Azienda USL Umbria n.2 (Regione Umbria) Referenti: S. Fratini, F. Bartolini; Azienda USL Roma A (Regiona Lazio) Referenti G. Riccioni, A. Barbato; Azienda USL Roma D (Regione Lazio) Referenti R. Tu A. Barbato; Azienda USL Roma F (Regione Lazio) Referenti: G. Quintavalle, P. D Avenia, M.C. De Matthaeis; Azienda Sanitaria Locale di Frosinone (Regione Lazio) Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi, L.Marziale, P.Venditti, C.Bianchi, L.Quaresima (vi. 14 College and Lorentze) Referenti: I. Senesi, R. Baci, I. De Carlo; La Carlo; 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.



PRESTAZIONI SANITARIE

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





### Principi guida nella progettazione degli indicatori di utilizzazione dei medicinali e di aderenza al trattamento

- l'opportunità terapeutica (individuale o collettiva), ogni indicatore è stato selezionato sulla base del fatto che il suo miglioramento è strettamente associato ad un miglioramento dello stato di salute del paziente o ad un efficientamento delle risorse allocate. In altri termini, la selezione degli indicatori è stata effettuata su base clinica, in quanto gli indicatori sono funzionali al miglioramento dell'esito clinico, e su base economica, in quanto gli indicatori sono funzionali alla riduzione del costo di gestione del paziente e non solo del prezzo del farmaco;
- la **sostenibilità finanziaria**, ogni indicatore è stato selezionato sulla base del fatto che il suo miglioramento è strettamente associato ad riduzione del ricorso ad altre prestazioni assistenziali e delle ospedalizzazioni, e, quindi, dei costi complessivi di gestione del paziente. Inoltre, l'insieme degli indicatori sono stati selezionati in modo tale da identificare, secondo la logica della matrice indicatoprescritto, sia le aree di sotto-spesa sia le aree di sovra-spesa. Ciò, al fine di risultare iso-risorse all'interno del perimetro della spesa farmaceutica.

#### Distribuzione dei pazienti in trattamento con statine per caratteristiche demografiche (TABELLA DESCRITTIVA)

		2014			2013			2012	
	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %
TOTALE	1.860.754	11,2	2,6	1.814.434	11,1	4,6	1.734.768	10,7	/
Area geografica									
Nord	1.056.149	10,5	2,3	1.032.337	10,5	4,8	985.150	10,1	/
Centro	416.393	11,8	2,1	408.010	11,8	3,4	394.740	11,5	/
Sud	388.212	12,5	3,8	374.087	12,3	5,4	354.878	11,7	/
Genere					"			"	
Maschio	912.400	11,3	2,7	888.073	11,2	4,7	847.814	10,7	/
Femmina	948.354	11,1	2,4	926.361	11,0	4,4	886.954	10,6	/
Classi di età§									
≤45	47.110	0,7	-4,5	49.311	0,7	-3,0	50.822	0,7	/
46-65	569.461	10,3	-1,5	577.981	10,6	0,6	574.395	10,6	/
66-75	630.050	30,3	1,9	618.343	30,3	4,7	590.362	29,1	/
>75	614.133	31,5	8,0	568.799	29,7	9,6	519.189	27,3	/
Età media	69.7 ± 11.3			69.3 ± 11.2			68.9 ± 11.2	"	

N=trattati con statine 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 2014.



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Profili di utilizzazione dei farmaci

## Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti (INDICATORE H-DB 2.1)

		2014 N = 1.019.866		2013		2012
	N = 1			989.932	N = 961.924	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	54,9	-0,3	55,0	1,9	54,0	/
Area geografica						
Nord	55,2	0,0	55,2	2,5	53,9	/
Centro	54,9	0,1	54,8	1,4	54,1	/
Sud	54,1	-1,4	54,9	0,8	54,4	/
Genere						
Maschio	57,0	-0,2	57,2	1,9	56,1	/
Femmina	52,4	-0,4	52,6	1,7	51,7	/
Classi di età			"			
≤45	22,6	-5,1	23,8	0,2	23,8	/
46-65	55,6	-1,4	56,3	0,7	55,9	/
66-75	63,4	-0,1	63,5	1,8	62,3	/
>75	50,9	0,8	50,5	3,2	48,9	/
Follow-up fino al 31-12-2014°	54,9		58,6		60,7	

## Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti ad alta potenza (INDICATORE H-DB 2.4)

		2014 N = 425.500		2013		2012
	-			409.992	N = 385.596	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	64,4	2,5	62,8	3,5	60,7	/
Area geografica						
Nord	64,2	3,0	62,3	3,6	60,1	/
Centro	61,0	3,1	59,1	4,2	56,7	/
Sud	68,1	1,0	67,4	2,5	65,8	/
Genere						
Maschio	67,0	2,6	65,3	3,6	63,0	/
Femmina	61,3	2,4	59,9	3,4	57 <i>,</i> 9	/
Classi di età						
≤45	68,7	2,4	67,1	2,4	65,5	/
46-65	68,0	2,2	66,6	3,2	64,5	/
66-75	64,7	2,7	63,0	4,0	60,6	/
>75	60,8	3,4	58,8	4,1	56,5	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	64,4	0,7	63,9	12,1	57,0	/
Già in trattamento	64,4	2,8	62,6	2,3	61,2	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2 Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento

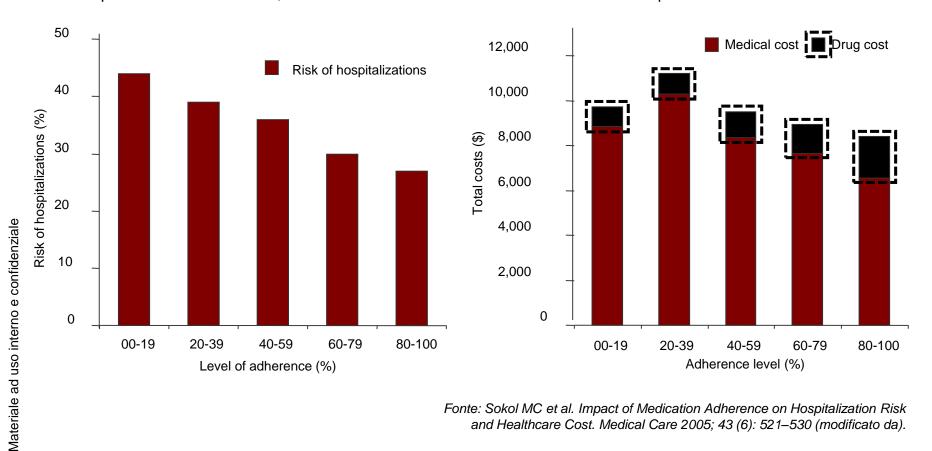
## Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti aderenti al trattamento ipolipemizzante (INDICATORE H-DB 2.5)

	2014 N = 1.768.218			013 690.168	2012 N = 1.597.006	
	<u>%</u>	Var_%	%	Var_%	%	Var %
TOTALE	43,1	0,0	43,1	3,9	41,5	/
Area geografica						
Nord	47,6	0,9	47,2	4,0	45,4	/
Centro	35,2	-8,1	38,4	2,9	37,3	/
Sud	38,3	5,0	36,5	5,0	34,8	/
Genere						
Maschio	46,4	-0,5	46,6	3,3	45,1	/
Femmina	40,0	0,5	39,8	4,5	38,1	/
Classi di età						
≤45	26,2	-0,6	26,3	2,9	25,6	/
46-65	40,8	-1,0	41,2	2,9	40,0	/
66-75	46,1	0,0	46,1	4,4	44,2	/
>75	43,7	0,4	43,5	3,8	41,9	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	24,1	-3,7	25,0	0,7	24,8	/
Già in trattamento	47,2	-0,5	47,5	3,8	45,7	/
Comorbidità						
Senza pregresso evento CV o diabete	41,6	0,0	41,5	4,1	39,9	/
Con pregresso evento CV o diabete	48,5	-0,4	48,7	3,0	47,3	/
TOTALE senza occasionali°	47,1	-0,2	47,2	3,3	45,7	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2 Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattament

#### Relazione tra aderenza al trattamento, accessi ospedalieri e consumo di risorse sanitarie

La non-aderenza esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di accessi ospedalieri.



Fonte: Sokol MC et al. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Medical Care 2005; 43 (6): 521-530 (modificato da).

Volume 6 • Supplement I • 2003 V A L U E I N H E A L T H

#### 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 senza pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti a bassa potenza (INDICATORE H-DB 2.3)

		2014 N = 1.435.254		2013		2012
	N = 1			.404.442	N = 1.349.172	
,	%	Var_%	%%	Var. %	%%	Var. %
TOTALE	39,6	-4,4	41,4	-5,8	44,0	/
Area geografica						
Nord	39,1	-5,1	41,2	-6,2	43,9	/
Centro	43,4	-4,7	45,6	-5,9	48,5	/
Sud	36,8	-1,4	37,3	-3,9	38,8	/
Genere						
Maschio	35,3	-5,4	37,4	-7,0	40,2	/
Femmina	43,5	-3,6	45,1	-4,8	47,4	/
Classi di età						
≤45	33,6	-4,0	35,0	-8,6	38,2	/
46-65	35,6	-5,0	37 <i>,</i> 5	-7,2	40,4	/
66-75	39,7	-4,8	41,8	-5,7	44,3	/
>75	43,8	-4,2	45 <i>,</i> 7	-5,1	48,2	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	40,8	-1,9	41,6	-15,0	48,9	/
Già in trattamento	39,3	-5,1	41,4	-2,9	42,6	/

## Percentuale di pazienti ultra-ottantenni in trattamento con statine in prevenzione primaria (INDICATORE H-DB 2.2.1)

	2014		_	2013		012
	N = 3	391775	N = 3	348848	N = 313040	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	78.3	0.2	78.1	-0.5	78.6	1
Area geografica						
Nord	78.7	-0.2	78.9	-0.3	79.1	/
Centro	78.6	-0.2	78.8	-0.5	79.2	/
Sud	76.8	2.3	75.0	-1.1	75.9	1
Genere						
Maschio	76.7	0.0	76.7	-0.8	77.3	/
Femmina	79.3	0.3	79.0	-0.4	79.3	1
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	84.1	0.9	83.3	0.0	83.3	/
Già in trattamento	76.9	-0.5	77.3	-0.5	77.7	/



## Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti occasionali al trattamento ipolipemizzante (INDICATORE H-DB 2.6)

		2014 N = 1.768.218		2013 N = 1.690.168		2012 1.597.006
	%	Var_%	%	Var %	%	Var_%
TOTALE	8,5	-1,8	8,6	-5,9	9,2	/
Area geografica						
Nord	6,3	0,6	6,3	-6,8	6,7	/
Centro	10,0	-0,3	10,1	-4,8	10,6	/
Sud	12,8	-6,1	13,7	-5,9	14,5	/
Genere						
Maschio	7,8	-1,6	7,9	-5,2	8,4	/
Femmina	9,1	-2,0	9,3	-6,5	9,9	/
Classi di età						
≤45	22,3	-1,4	22,6	-2,0	23,1	/
46-65	9,9	0,9	9,8	-4,7	10,3	/
66-75	6,8	-1,7	6,9	-6,1	7,3	/
>75	7,6	-3,3	7,9	-6,0	8,4	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	30,1	4,2	28,9	-0,8	29,2	/
Già in trattamento	3,8	1,3	3,7	-8,2	4,1	/
Comorbidità						
Senza pregresso evento CV o diabete	9,3	-1,6	9,4	-5,7	10,0	/
Con pregresso evento CV o diabete	5,6	-2,2	5,8	-5,9	6,1	/

<sup>-</sup>onte: L*'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2*l Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento

## Elasticità della spesa per farmaci per l'ipercolesterolemia rispetto ad una variazione unitaria dell'appropriatezza prescrittiva

-2

Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti

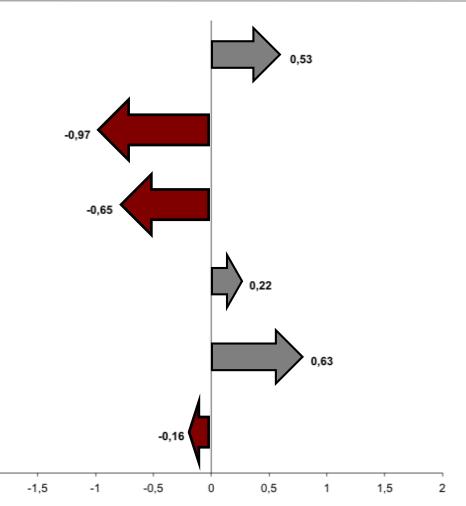
Percentuale di pazienti trattati con farmaci ipolipemizzanti senza pregressi evento CV o diabete

Percentuale di pazienti senza pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti a bassa potenza

Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti ad alta potenza

Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti aderenti al trattamento ipolipemizzante

Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti occasionali al trattamento ipolipemizzante



Variazione percentuale della spesa complessiva per farmaci ipolipemizzanti rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2014. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

### 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.



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In:

<sup>\*</sup>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.

## 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 .637.916		010 261.788
<u></u>	%	Var_%	%		%	<u> Var. %        </u>
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 <sup>§</sup> per una variazione dell'1% dell'indicatore°
Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori di criteri di Nota AIFA il tetto sui	-0,62%	€ -5.782.934

La variazion NAO عين singolo indicatore deve essere sesa rispetto al migliorame considerato a sé stante rispetto alla variazione sugli sere sommata alla variazione Azzerando degli altri indicatori in quanto gli indicatori sono cal ısive.

uale della spesa complessiv stata stimata rispetto ad ore nella direzione del dura pari all'1% rispetto al pazienti per

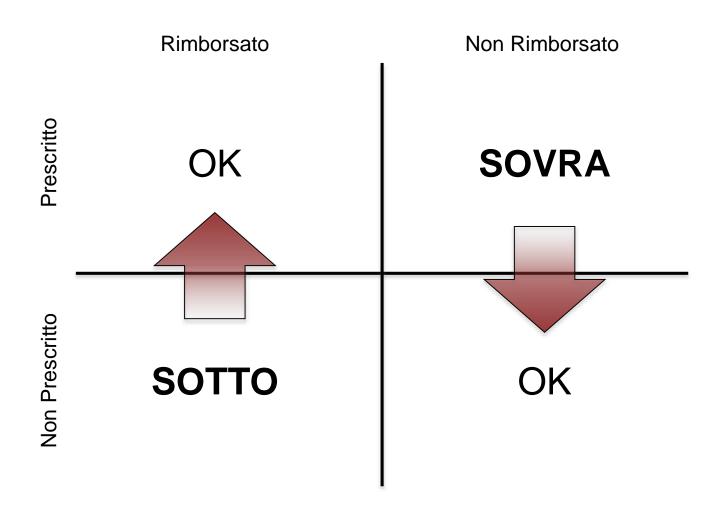
to dell'ulcera e dell'esofagite: in 🛼 rotonica (codice ATC: A02BC). Tali farmaci sono stati classificati in farmaci rimborsati in Nota 1: someprazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01) e pantoprazolo (ATC A02BC02) e farmaci rimborsati in Nota 48: esomenrazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01), pantoprazolo (ATC zolo (ATC A02BC04).

esprimono la spesa farmaceutica nazionale convenzionata più l'acquisto da parte delle obliche. sui farmac



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

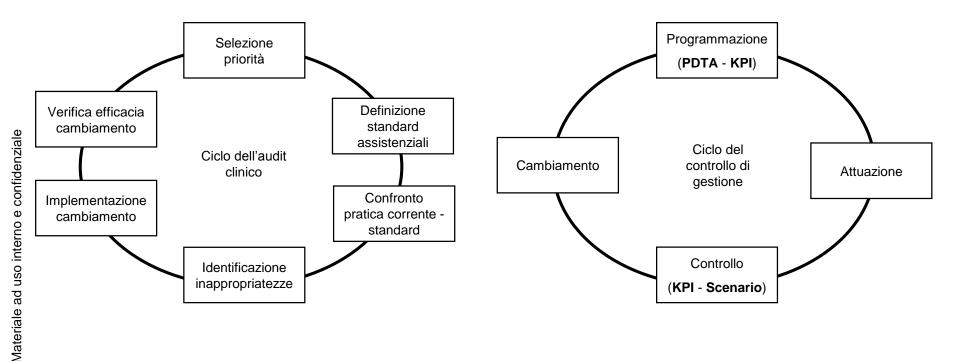
### Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo

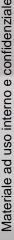


.. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6(2)

## 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.







## XIV CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA "ADERENZA ALLE TERAPIE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NEL DISTRETTO"

Napoli, 19 maggio 2016

## L'aderenza terapeutica: come valutaria, otteneria, regolaria

Luca Degli Esposti

CliCon - Health, Economics & Outcomes Research