La questione della spesa farmaceutica territoriale e l'equità delle cure

Luciano Pletti

Presidente CARD FVG

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari
CARD FVG
FRIULI VENEZIA GIULIA

Il farmaco dovrebbe essere visto come un prodotto socioculturale (Fainzang, 2006; Tognetti Bordogna 2007)

Esso è sempre più al centro dei comportamenti individuali riguardo la salute ed è strettamente correlato al modello culturale di salute e di malattia di una data società. Rappresenta un oggetto il cui significato va ben oltre la sua funzione curativa.(1)

La farmacologia, la farmacoterapia, la produzione, la domanda e il consumo di farmaci, rappresentano diversi aspetti di una realtà sociale e di cura, che si estendono dai contenuti puramente scientifici a quelli culturali ed esistenziali (Busfield, 2006).

Nella società di oggi è una convinzione ben radicata, giustamente o meno, che non ci si può sentire bene senza prendere farmaci.

Non ha senso parlare di misure prescrittive se non integrate con una concezione di matrice sociologica, antropologica e filosofica. **Il farmaco è qualcosa di più di una semplice compressa o di una fiala, è qualcosa di inanimato che diventa un utile aiuto all'interno della relazione medico-paziente**.(1)

(1) Mara Tognetti Bordogna, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano-Bicocca.

I tre livelli della disequità delle cure:

1. **mondiale**
2. **regionale** (federalismo)
3. **locale** (diverso accesso a seconda della fasce età, reddito, istruzione, qualità servizi assistenza primaria)

SPESA FARMACEUTICA: ANDAMENTO NEI PAESI OCSE

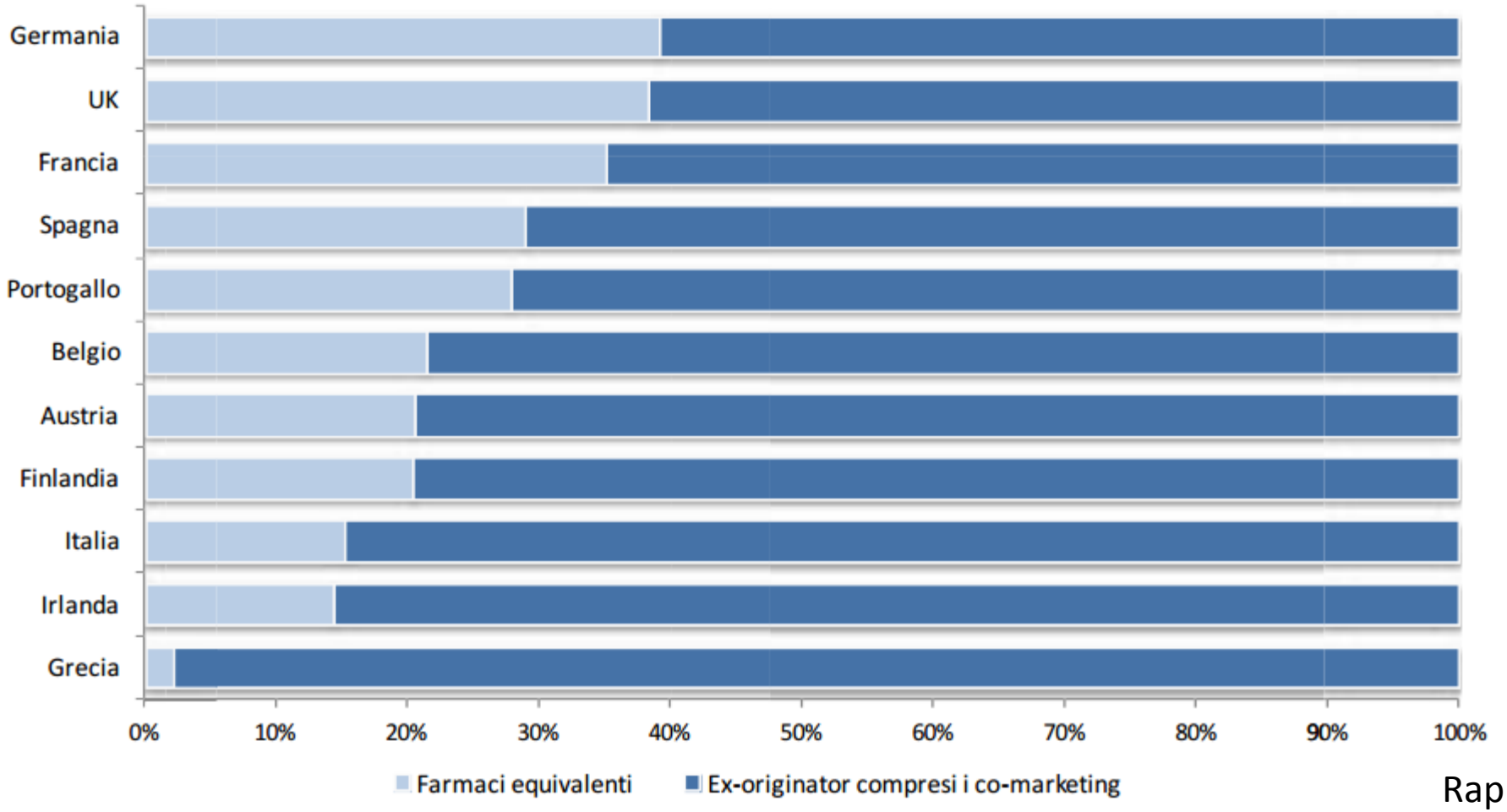
- Rappresenta una componente rilevante della spesa sanitaria in tutti i Paesi
- In forte crescita dagli anni ‘90 in poi
- In crescita superiore in % alla crescita sanitaria complessiva

Necessità di interventi di contenimento

- Controllo dei prezzi dei farmaci
- Tetti di spesa
- Professionalizzazione dei soggetti prescrittori (in Italia → note AIFA, piani ci cura)

Confronto internazionale

Figura 7.3.9. Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale* 2014 per i farmaci a brevetto scaduto



Rapporto OSMED 2014

Tabella 6.3. Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale* 2014 per I livello ATC

ATC I livello	Italia	Austria	Belgio	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Portogallo	Spagna	Uk
C - Cardiovascolare	22,8	16,0	16,0	11,1	14,5	9,4	29,0	10,9	25,9	17,0	10,4
A - Gastrointestinale	18,3	14,3	13,0	19,7	13,2	13,3	17,5	19,2	19,3	17,0	17,8
N - SNC	14,4	15,3	16,9	16,5	14,3	13,7	15,3	20,0	16,6	20,4	25,6
R - Respiratorio	12,1	10,6	12,9	12,2	10,2	9,7	9,9	11,8	9,6	14,7	18,8
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	7,0	4,0	5,4	6,8	4,1	4,1	3,1	4,5	6,6	7,8	5,7
J - Antimicrobici	6,6	11,9	10,5	3,5	11,1	9,8	7,0	3,5	5,6	3,3	2,4
M - Muscolo-scheletrico	5,3	4,5	3,9	3,7	3,6	3,6	4,2	3,3	6,2	4,6	2,2
D - Dermatologici	4,2	3,2	2,9	2,6	2,8	3,1	2,4	3,3	2,9	3,2	5,9
S - Organi di senso	3,4	1,0	1,3	2,3	4,1	2,8	2,0	1,8	2,2	2,8	2,6
B - Ematologici	3,2	6,0	5,5	6,5	7,9	10,0	5,8	3,3	3,6	4,0	2,7
H - Ormoni sistemici	1,2	1,5	1,9	1,7	2,1	1,8	1,5	1,8	0,7	1,6	3,1
L - Antineoplastici	1,1	10,5	9,3	13,2	11,2	15,8	1,8	14,5	0,4	2,9	2,4
V - Vari	0,4	1,1	0,3	0,2	0,6	2,7	0,4	1,9	0,2	0,5	0,2
P - Antiparassitari	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3

*Il valore di spesa comprende i farmaci di classe A-SSN (pubblico + privato), di classe C con ricetta e i farmaci di automedicazione (SOP e OTC)

Fonte: elaborazioni AIFA su dati IMS/MIDAS

Tabella 6.4. Confronto internazionale dei primi dieci principi attivi in Italia: rango per spesa territoriale* 2014

Principio attivo	Italia	Austria	Belgio	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Portogallo	Spagna	Uk
N - Paracetamol	1	36	2	10	1	61	10	3	7	4	5
R - Fluticasone	2	10	12	3	6	30	15	4	10	2	1
C - Olmesartan	3	19	23	251	30	36	8	41	6	6	210
A - Pantoprazole	4	8	8	52	79	17	26	59	57	33	442
C - Rosuvastatin	5	35	3	64	7	602	12	22	5	25	39
R - Salmeterol	6	13	18	11	9	37	19	6	12	3	2
C - Simvastatin	7	11	14	19	14	29	5	50	8	37	41
A - Lansoprazole	8	115	325	164	118	926	86	36	86	91	56
J - Amoxicillin	9	57	26	69	32	150	27	56	19	26	73
R - Beclometasone	10	71	52	129	42	53	72	93	516	56	11

*Il valore di spesa comprende i farmaci di classe A-SSN (pubblico + privato), di classe C con ricetta e i farmaci di automedicazione (SOP e OTC). Per alcune sostanze i dati presentati comprendono anche le associazioni fisse.

Fonte: elaborazioni AIFA su dati IMS/Midas

Accesso ai farmaci

E’ parte integrante del più ampio tema del diritto alla salute, che a sua volta è parte del dibattito globale su equità e diritti umani *(Alice Fabbri: «accesso ai farmaci: un problema cruciale di etica e di qualità» Saluteintrenazionale)* .

Tuttavia, nonostante la salute sia menzionata come diritto umano fondamentale in almeno 135 costituzioni nazionali, solo cinque Paesi riconoscono espressamente l’accesso ai farmaci essenziali come parte della realizzazione del più ampio diritto alla salute (2).

(2) The World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. Ginevra, 2010

L'equità nell'accesso ai farmaci

Numerosi studi hanno analizzato l'accessibilità e la disponibilità di farmaci essenziali.

La maggior parte di queste ricerche ha mostrato risultati comuni che possono essere così sintetizzati:

- Nei Paesi a basso o medio reddito i prezzi dei farmaci sono elevati, soprattutto nel settore privato dove possono raggiungere anche 80 volte il prezzo di riferimento internazionale. In tali Paesi il settore farmaceutico arriva a rappresentare **dal 25 al 70% del totale della spesa sanitaria**, mentre **nei Paesi a reddito elevato tale valore non supera il 15%.**
- La disponibilità di farmaci nei Paesi a basso o medio reddito è scarsa, in particolare nel settore pubblico. Uno studio condotto dall'OMS in 27 Paesi a risorse limitate ha infatti rilevato che, in media, la disponibilità di farmaci essenziali nel settore pubblico è del 34,9% contro il 63,2% del settore privato (3). Questo spesso spinge i pazienti a migrare verso il settore privato, in cui però i prezzi sono ancora più elevati.
- La spesa media pro capite in farmaci nei Paesi a reddito elevato è 100 volte maggiore rispetto a quella dei Paesi a basso reddito. Le stime dell'OMS dicono **che il 15% della popolazione mondiale consuma più del 90% della produzione globale di farmaci.**
- L'inaccessibilità economica delle terapie sta diventando un problema sempre più serio a causa della **transizione epidemiologica verso patologie croniche che richiedono trattamenti a lungo termine**.

(3) Alice Fabbri: «accesso ai farmaci: un problema cruciale di etica e di qualità» Saluteintrenazionale

LE RAGIONI DELLA DISEQUITA' A LIVELLO MONDIALE

Quattro principali barriere all'accesso (4)

1. **Le politiche sui prezzi dei farmaci**: vi è una correlazione inversa tra la proporzione del prezzo che i pazienti pagano out of pocket e il Prodotto Interno Lordo del Paese stesso. Questo significa che i pazienti nei Paesi più poveri devono pagare una frazione maggiore del prezzo di un determinato farmaco rispetto ai pazienti nei Paesi ricchi, che ricevono invece un maggior supporto dallo Stato.
2. **Gli accordi sui diritti di proprietà intellettuale**: è consentito alle Università di ottenere brevetti per ricerche condotte grazie a finanziamenti pubblici e di concederli poi in licenza a industrie del farmaco. l'Organizzazione Mondiale del Commercio impone ai Paesi membri l'accordo TRIPS (1995), che stabilisce gli standard minimi di protezione dei diritti di proprietà intellettuale. **più del 90% dei prodotti farmaceutici a livello mondiale viene prodotto in Paesi ricchi**; più del 70% è prodotto in soli cinque Paesi e più del 45% da sole dieci multinazionali del farmaco. Nel ventennio che va dal 1980 al 2000 la quota di mercato farmaceutico mondiale nelle mani di queste dieci industrie è incrementata dal 27,5% al 45,7%[4]. Negli Stati Uniti, più del 70% dei trial clinici è finanziato dall'industria farmaceutica ed è quindi inevitabile che siano primariamente gli sponsor a individuare i quesiti di ricerca, definiti in funzione del ritorno commerciale a breve o medio termine e non in base alla rilevanza per la cura dei malati.

(4) Lage A. Global pharmaceutical development and access: critical issues of ethics and equity. MEDICC Rev. 2011.

LE RAGIONI DELLA DISEQUITA' A LIVELLO MONDIALE

principali barriere all'accesso (5)

3. Il sistema regolatorio: la relazione tra la severità del sistema regolatorio e l'impatto dei farmaci sulla salute della popolazione assume la forma di una curva a campana. Quando è troppo permissivo, si ha un limitato impatto sulla salute a causa della scarsa qualità dei prodotti immessi in commercio; quando invece è troppo rigido, i benefici sono ancora una volta scarsi a causa degli alti prezzi che ne limitano l'accesso

4. limitata capacità scientifica e tecnologica di molti Paesi: i Paesi a risorse limitate contribuiscono solo al 23,8% degli investimenti globali in ricerca e sviluppo e una parte sostanziale di questa ricerca rimane comunque estranea al mercato. Considerando i brevetti, infatti, il divario NordSud è eclatante: sebbene i Paesi a risorse limitate producano il 32,4% degli articoli scientifici, essi sono titolari solo del 4,5% dei brevetti (6)

Altri aspetti correlati:

Negli Stati Uniti, più del 70% dei trial clinici è finanziato dall'industria farmaceutica ed è quindi inevitabile che siano primariamente gli sponsor a individuare i quesiti di ricerca, definiti in funzione del ritorno commerciale a breve o medio termine e non in base alla rilevanza per la cura dei malati.

(5) Lage A. Global pharmaceutical development and access: critical issues of ethics and equity. MEDICC Rev. 2011.
(6) Velasquez G. L'industrie du medicament et le Tiers Monde. Editions L'Harmattan, 1983

LE CONSEGUENZE DELLA DISEQUITA’

Il WHO stima che i paesi appartenenti al quintile più ricco spendono 16 volte l’ammontare speso dai Paesi più poveri (spese pubbliche + private), ma …
spendere di più in sanità non significa avere livelli di salute migliori.
Es.
USA → spesa pro capite = 5000 $; speranza di vita circa 77 aa
Jap → spesa pro capite = 2000 $; speranza di vita circa 82 anni

Equità ed efficienza del sistema sanitario non devono essere considerati elementi dicotomici, ma integranti, sinergici e necessari al mantenimento e sviluppo sia del Sistema Sanitario stesso, sia, in seconda battuta, del sistema economico. La disuguaglianza di salute nell’accesso ai servizi e nelle modalità di utilizzo degli stessi causano infatti situazioni di diseconomia per il sistema (7)

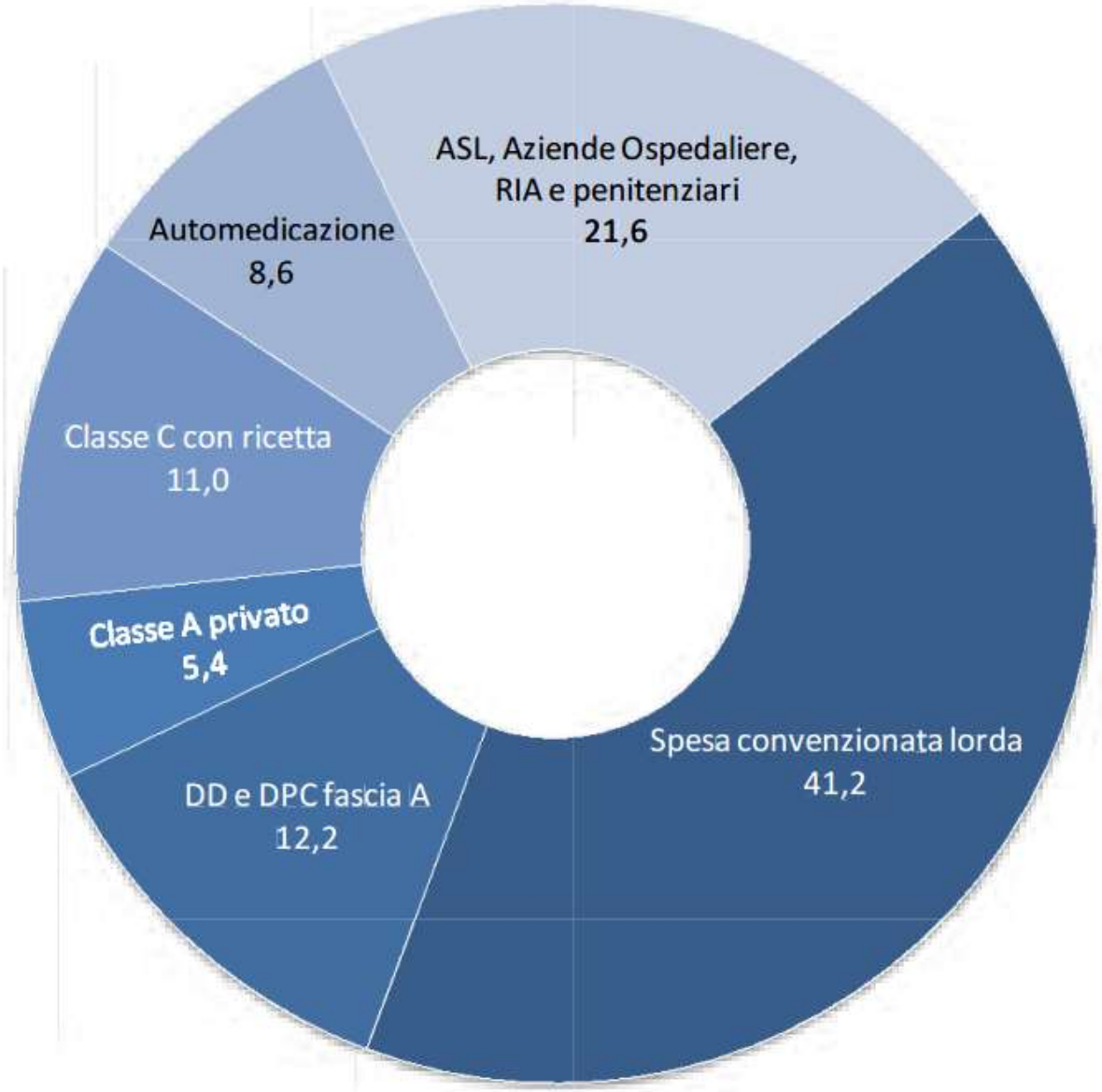
(7) Bersanti S., Nuti S.

Tabella 5.1.a. Composizione della spesa farmaceutica 2014 e confronto 2014-2013 (Tabella e figura)

	Spesa	%	Var % 14-13
Spesa convenzionata lorda	10.988	41,2	-2,1%
Distr. Diretta e per conto di fascia A	3.249	12,2	8,2%
Classe A privato	1.441	5,4	-1,9%
Classe C con ricetta	2.937	11,0	-1,6%
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.283	8,6	0,2%
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari*	5.745	21,6	6,2%
Totale	**26.643**	**100,0**	**1,0%**

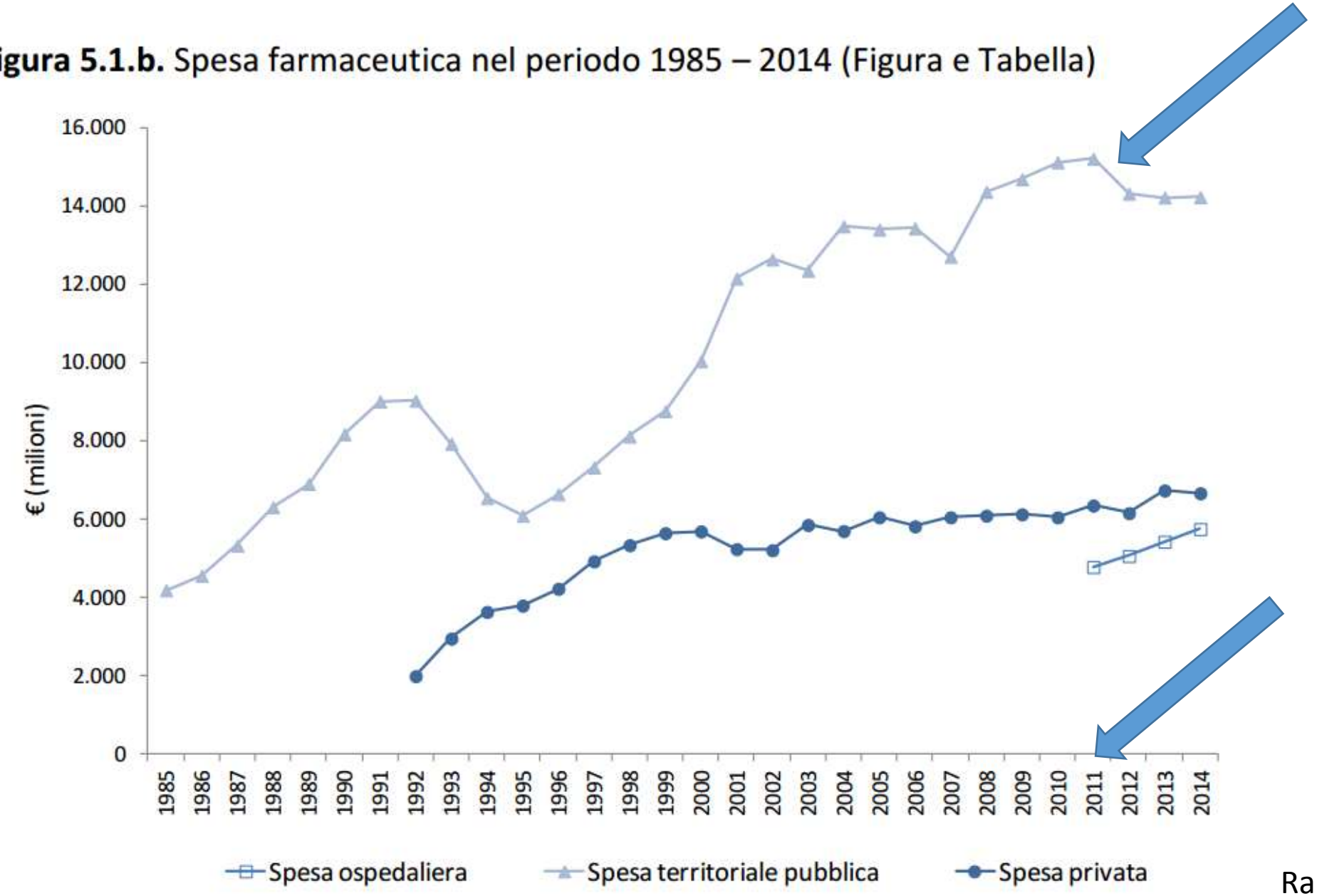
*al netto della spesa per distribuzione diretta e per conto di medicinali di classe A

Rapporto OSMED 2014



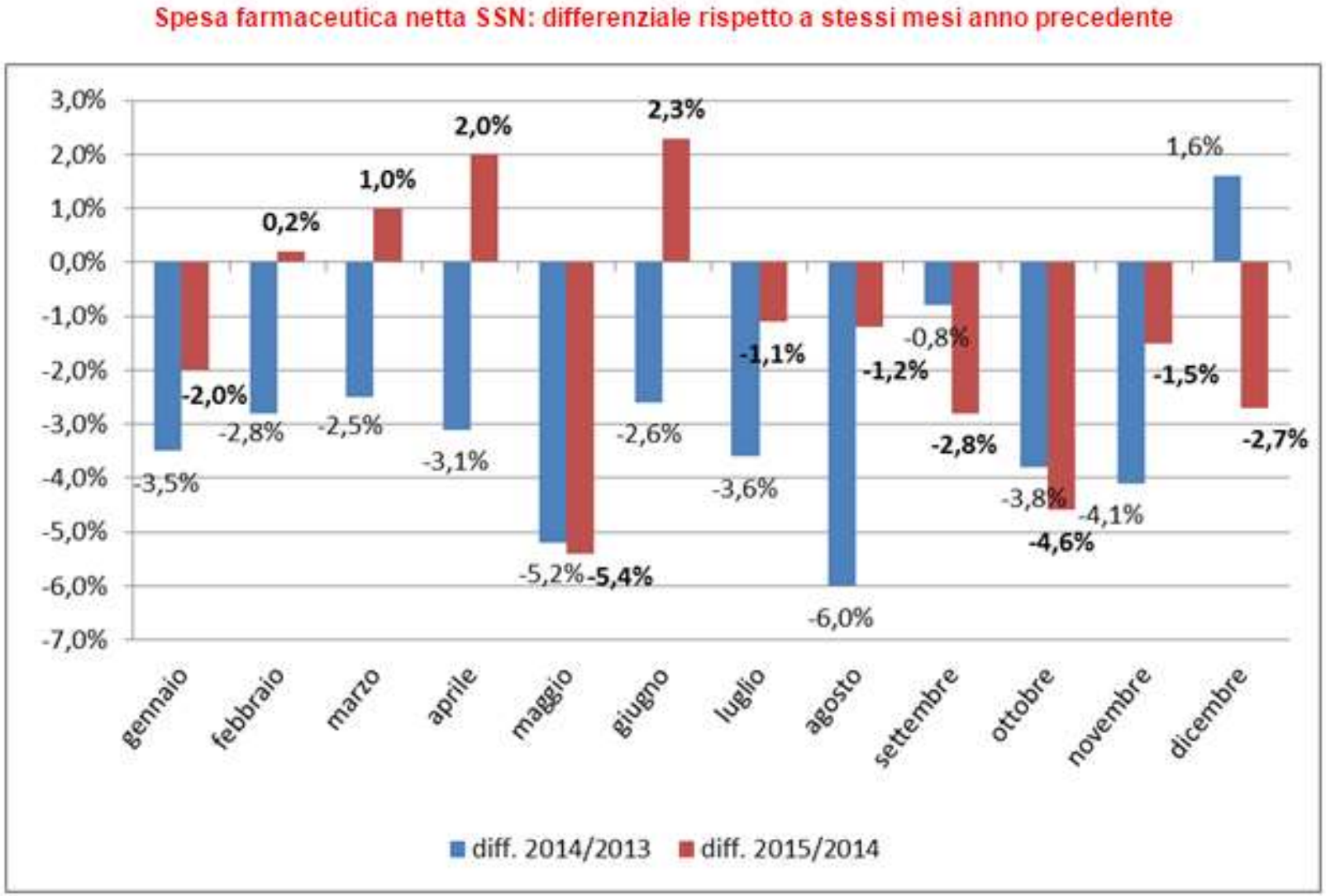
Rapporto OSMED 2014

Figura 5.1.b. Spesa farmaceutica nel periodo 1985 – 2014 (Figura e Tabella)



Rapporto OSMED 2014

L'ANDAMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ITALIA 2013-15



Dati Federfarma

I FATTORI DETERMINANTI DELLA DIMINUZIONE

IL CONTRIBUTO DELLE FARMACIE AL CONTENIMENTO DELLA SPESA

Oltre che con la diffusione egli equivalenti, con lo sconto per fasce di prezzo, che ha prodotto nel 2015 un risparmio di oltre 500 milioni di euro, ai quali vanno sommati 70 milioni di euro derivanti dalla quota dello 0,64% di cosiddetto pay-back, posto a carico delle farmacie a partire dal 1° marzo 2007 e sempre prorogato, volto a compensare la mancata riduzione del 5% del prezzo di una serie di medicinali. A tali pesanti oneri si è aggiunta, dal 31 luglio 2010, la trattenuta dell'1,82% sulla spesa farmaceutica, aumentata, da luglio 2012, al 2,25%. Tale trattenuta aggiuntiva ha comportato, per le farmacie, un onere quantificabile nel 2015 in circa 195 milioni di euro.

Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel 2015, è stato di circa 770 milioni di euro.

IL CONTRIBUTO DEI CITTADINI (QUOTE DI PARTECIPAZIONE A CARICO)

L'incidenza sulla spesa lorda delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è aumentato dal 13,4% del 2014 al 13,7% del 2015.

Nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra l'11,3% e il 17,3%.

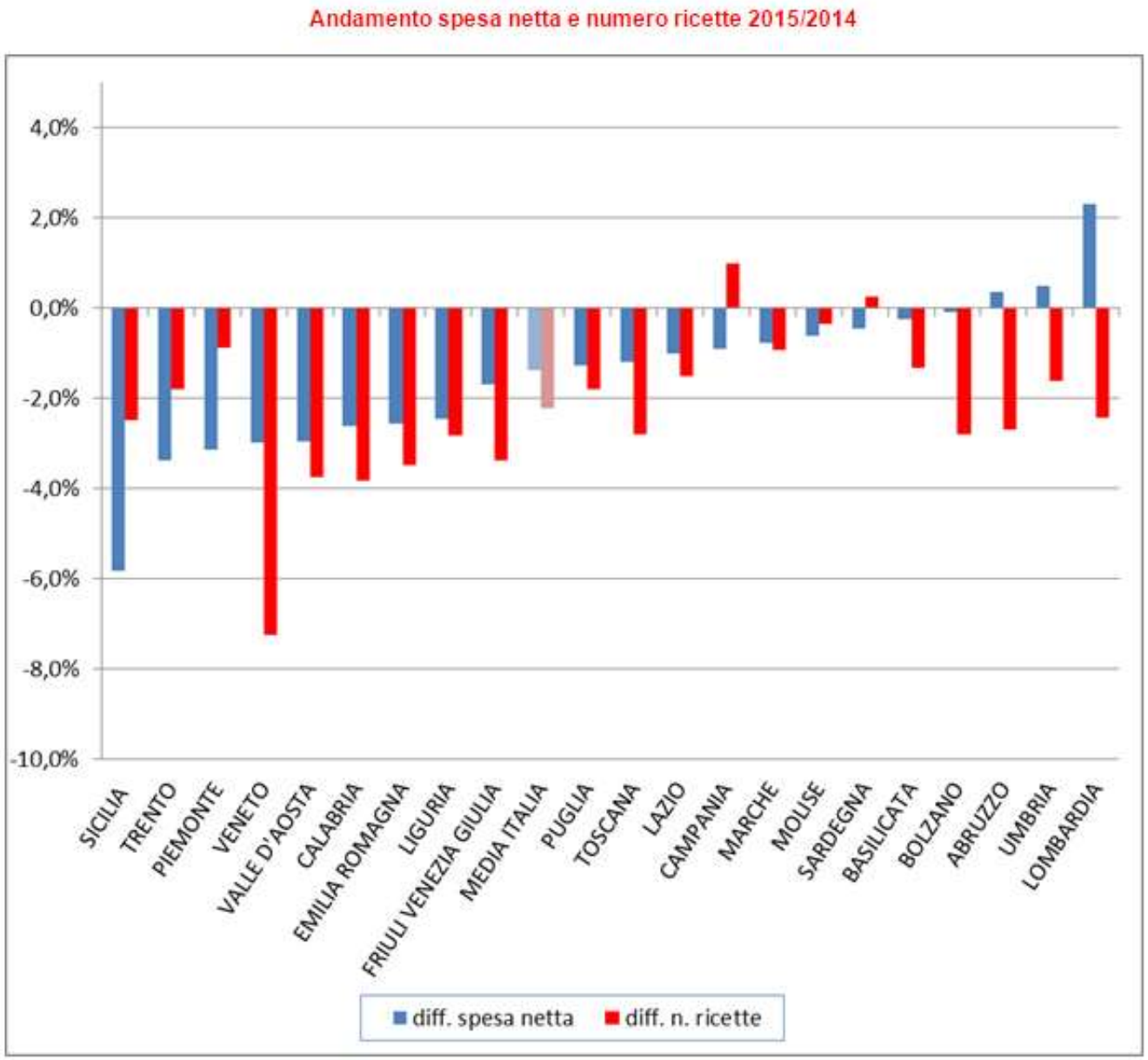
Complessivamente i cittadini hanno pagato **oltre 1,48 miliardi di euro di ticket sui farmaci**, di cui più del 64% (dato AIFA) dovuto alla differenza di prezzo rispetto al farmaco equivalente meno costoso.

Dati Federfarma

IL CONTRIBUTO DELLE REGIONI

Il grafico che segue, pone in correlazione, Regione per Regione, l'andamento della spesa netta e del numero delle ricette nel 2015 rispetto al 2014.

Il calo della spesa è particolarmente sensibile in Sicilia (-5,8%), mentre in Veneto è assai evidente la diminuzione del numero delle ricette (-7,2%).



Dati Federfarma

GLI INTERVENTI SUL CONSUMO DI FARMACI E SULLA SPESA IN ITALIA

- 2000: abolizione del ticket e conseguente aumento al ricorso al farmaco
- 2003-2004: introduzione di diversi interventi per il contenimento della spesa farmaceutica
  - introduzione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale;
  - riduzione dei prezzi dei farmaci del 7% rispetto al 5% del 2002;
  - revisione del prontuario farmaceutico nazionale;
  - revisione del prontuario farmaceutico nazionale;
  - introduzione di ticket regionali
  - possibilità di erogazione diretta da parte delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere di farmaci.

POLITICHE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ITALIA

- ✓ Responsabilizzazione delle Regioni;
- ✓ Promozione dell’utilizzo di farmaci generici;
- ✓ Meccanismi di ripiano dello sfondamento del tetto programmato sulla farmaceutica;
- ✓ Meccanismi di ripiano dello sfondamento del tetto programmato sulla farmaceutica;
- ✓ Monitoraggio delle prescrizioni;
- ✓ Sistema di informazione sui farmaci indipendente;
- ✓ Responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale (appropriatezza prescrittiva);
- ✓ Politiche di sconto sul canale di distribuzione del farmaco (farmacie, nello specifico).

Disequità nell'accesso ai farmaci a livello regionale

Fra le misure di contenimento della crescita della spesa farmaceutica, il ricorso a significativi co-pagamenti delle prestazioni, che, in forza delle devoluzione delle responsabilità e dei poteri alle Regioni (riforma del titolo V della Costituzione), ha prodotto del note differenze territoriali correlate alle diverse forme e entità di contributo alla spesa (ticket).

«se per un verso, il federalismo sanitario è lo strumento che dovrebbe consentire una maggiore disciplina finanziaria delle Regioni, consentendo la riduzione dei sistematici disavanzi che la gestione del SSN ha evidenziato nei decenni passati, dall'altro, l'autonomia regionale mette a rischio uno dei principi costitutivi del SSN: l'uniformità delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale» (8)

L'assistenza farmaceutica inoltre, in alcune realtà regionali, ha finito per sottrarre risorse ad altri settori della sanità (area della prevenzione, dell'integrazione sociosanitaria).

(8) Arachi G. (1999), «i difficili equilibri del federalismo sanitario» Keiron, 2

Ticket e disequità

Questo balzello fu introdotto nel 1989 (26 anni fa!)*. L'intenzione era quella di adottare strumenti di copayment moderato, con meccanismi di esenzione multipli per situazione economica e sanitaria, per raggiungere l'obiettivo di una responsabilizzazione della domanda e, in particolare, di contenere certe forme di spreco che venivano denunciate nell'ambito dell'uso dei farmaci. Ricordo che in quell'anno la rivista L'Espresso pubblicò un servizio, illustrato, appunto, dalla foto di un armadietto del bagno pieno di farmaci scaduti

«Che il ticket sia in grado di ridurre sprechi e consumi non utili è tuttavia un fatto non dimostrato da alcuna indagine» Peraltro che il ticket si sia rapidamente trasformato in una forma di tassazione occulta appare evidente, ed anche normativamente codificato a partire dal 2001, quando tale gettito è stato finalizzato alla copertura dei disavanzi sanitari regionali **. La progressiva trasformazione in una vera e propria tassa nelle mani delle Regioni si è accompagnata ad un incremento della compartecipazione e alla più assoluta diversificazione, sia nelle quantità che nelle modalità di computo, esenzioni, fasce di reddito etc.» (Marco Geddes – «*i ticket in sanità. Inutili, iniqui, dannosi*» – Saluteinternazionale»)

(*) Decreto legge 23 marzo 1989, 89 – convertito con modificazione dalla legge 27 aprile 1989, n. 154il cui ammontare è stato più volte modificato nel corso del tempo.
(**) Legge n. 405 del 2001

Ticket e disequità

Per i farmaci vi sono regioni che non applicano alcun ticket o che fanno pagare solo la differenza fra farmaci, cioè fra il farmaco e l'equivalente di prezzo più basso (FVG, Valle d'Aosta, Marche, Sardegna). Una serie di regioni applica invece una quota fissa che varia da 1 € a 5 € per ricetta (Piemonte, Liguria, Lombardia, PA Trento e PA Bolzano, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia). Le altre infine (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata), hanno quote per reddito da 1€ a 6 € nella maggior parte dei casi, o da 2€ a 8€ in Regione Toscana.

CONSEGUENZE.

Lapidarie le conclusioni di una recente rassegna, che riportiamo integralmente: "L'incremento dei costi dei ticket per i pazienti è associato ad una diminuzione dell'aderenza ai trattamenti, con conseguente peggioramento dello stato di salute."(9)

Tratto da Saluteinternazionale - «i ticket in sanità. Inutili, iniqui, dannosi» Marco Geddes

(9) Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR. How Patient Cost-Sharing Trends Affect Adherence and Outcomes – A Literature Review. P&T, 2012 37 (1).

FARMACEUTICA TERRITORIALE

Composizione della spesa:

1. Farmaci SSN erogati dalle farmacie nel normale regime convenzionale (spesa farmaceutica convenzionata);
2. Spesa per farmaci acquistati dalle ASL e consegnati direttamente ai cittadini dalle ASL stesse (distribuzione diretta);
3. Spesa per farmaci acquistati dalle ASL e distribuiti dalle farmacie (distribuzione per conto).

Negli ultimi 5 anni, solo la spesa farmaceutica convenzionata è in calo (- 20%), mentre le altre due voci sono in aumento (maggiore acquisto di farmaci da parte delle ASL)

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Nel 2014 è stata pari a 20 mld di euro (complessiva, pubblica e privata) rispetto alla spesa totale di 26,6 mld (+1%)
-0,1% rispetto al 2013

Spesa pubblica

11.848 mln di euro = 59,2% della spesa totale
194,9 € pro capite
-0,2% rispetto al 2013 (aumento distribuzione diretta e per conto)

Compartecipazione a carico del cittadino

1500 mln di euro = € 27,7 pro capite
13,7% della spesa convenzionata lorda

Consumo

1039,4 dosi al giorno per 1000 abitanti (+ 0,7% rispetto al 2013)
18,7 confezioni pro capite (+1,5% rispetto al 2013)

Motivi della variazione di spesa fra 2013 e 2014

Aumento dosi = +2,5 DDD
Riduzione prezzi medi = - 3,3% (incremento farmaci a brevetto scaduto, aumento distribuzione diretta e p.c.), spostamento del mix consumi verso farmaci a prezzo unitario più basso)

RAPPORTO OSMED 2014

- Spesa 2014 (pubblica e privata) = 26,6 mld (+1%)
- 75% rimborsata dal SSN
- Spesa media pro/capite = 438 €
- Il 55% degli italiani ha assunto almeno 1 farmaco nell'anno
- Spesa a carico del cittadino = € 6661 mln
- Ticket aumentato del 4,5%
- 41,2% dei farmaci sono dispensati attraverso le farmacie territoriali (pubbliche e private)
- Consumo antibiotici in calo del 3%
- 63,8% dei farmaci sono equivalenti
- 1,6% del P.I.L.
- La spesa per i farmaci degli ospedali è pari a 9 mld di euro (€ 148 pro capite), + 4,8% rispetto al 2013. (tutte le Regioni hanno sfondato il tetto del 3,5% della spesa farmaceutica ospedaliera)
- I farmaci cardiovascolari sono la categoria a maggior consumo, ma gli oncologici somi i primi per spesa a carico del SSN
- L'Italia ha la più elevata spesa pubblica e privata per i farmaci dell'apparato gastrointestinale e il metabolismo (18,3%) dopo Irlanda (19,2%), Finlandia (19,7%) e Portogallo (19,3%). Gli inibitori di pompa protonica mantengono il primo posto, sia in termini di speda (15,5 € pro capite) che di consumi (75,8 DDD ogni 1000 abitanti/die) e continuano a registrare un incremento dei consumi (+4,3%), registrando una spesa in forte crescita (+4,2%).
- Per ogni cittadino di età > 64 anni, l'Italia spende 6 volte di più che per le altre fasce d'età
- Migliorano i dati di aderenza alla terapia per antipertensivi (+0,2%) e antidepressivi (+0,7%)

Tabella 5.1.2. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata (Tabella e figura): confronto 2010-2014

		2010	2011	2012	2013	2014	Δ% 11/10	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 14/13
		(milioni)	*(milioni)*	*(milioni)*	*(milioni)*	*(milioni)*				
1	Spesa convenzionata netta	11.058	10.023	8.986	8.863	8.598	-9,4	-10,3	-1,4	-3,0
2	Distrib. diretta e per conto di fascia A	2.144	2.832	2.837	3.003	3.249	32,1	0,2	5,9	8,2
1+2	Totale spesa pubblica	13.202	12.855	11.823	11.866	11.848	-2,6	-8,0	0,4	-0,2
3	Compartecipazione del cittadino	998	1.337	1.406	1.436	1.500	34,0	5,2	2,1	4,5
4	Acquisto privato di fascia A*	848	1.026	1.027	1.468	1.441	21,0	0,1	43,0	-1,9
5	Classe C con ricetta	3.093	3.207	3.000	2.985	2.937	3,7	-6,5	-0,5	-1,6
6	Automedicazione (SOP e OTC)	2.105	2.113	2.125	2.278	2.283	0,4	0,6	7,2	0,2
3+4+5+6	Totale spesa privata	7.044	7.683	7.558	8.168	8.161	9,1	-1,6	8,1	-0,1
	Totale spesa farmaceutica	20.246	20.538	19.381	20.035	20.009	1,4	-5,6	3,4	-0,1
	Quota a carico SSN (%)	**65,2**	**62,6**	**61,0**	**59,2**	**59,2**				

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

Rapporto OSMED 2014

Tabella 5.1.3. Consumi per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto 2010-2014

		2010	2011	2012	2013	2014	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12	Δ % 14/13
		*milioni^*	*milioni^*	*milioni^*	*milioni^*	*milioni^*				
	Ricette #	587	590	593	608	609	0,5	0,5	2,5	0,2
	N. Confezioni									
1	Convenzionata	1.080	1.089	1.095	1.119	1.136	0,8	0,6	2,2	1,5
2	Classe A privato*	123	146	170	213	221	18,7	16,4	25,5	3,6
3	Distrib. diretta e per conto di fascia A	ND	ND	ND	ND	ND				
1+2+3	Totale classe A	1.203	1.235	1.265	1.332	1.357	2,7	2,4	5,3	1,9
4	Classe C con ricetta	283	284	267	254	250	0,4	-6,0	-4,9	-1,6
5	Automedicazione (SOP e OTC)	308	300	280	287	279	-2,6	-6,7	2,6	-2,8
4+5	Totale classe C	591	584	547	541	529	-1,2	-6,3	-1,1	-2,2
1+2+3+4+5	Totale confezioni	1.794	1.819	1.812	1.873	1.886	1,4	-0,4	3,4	0,7
	DDD/1000 ab die #	956,0	963,0	1.006,6	1.032,3	1.039,4	0,7	4,5	2,6	0,7

ND: dato non disponibile

relative al consumo di medicinali di fascia A erogati in regime di assistenza convenzionale.

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

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

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

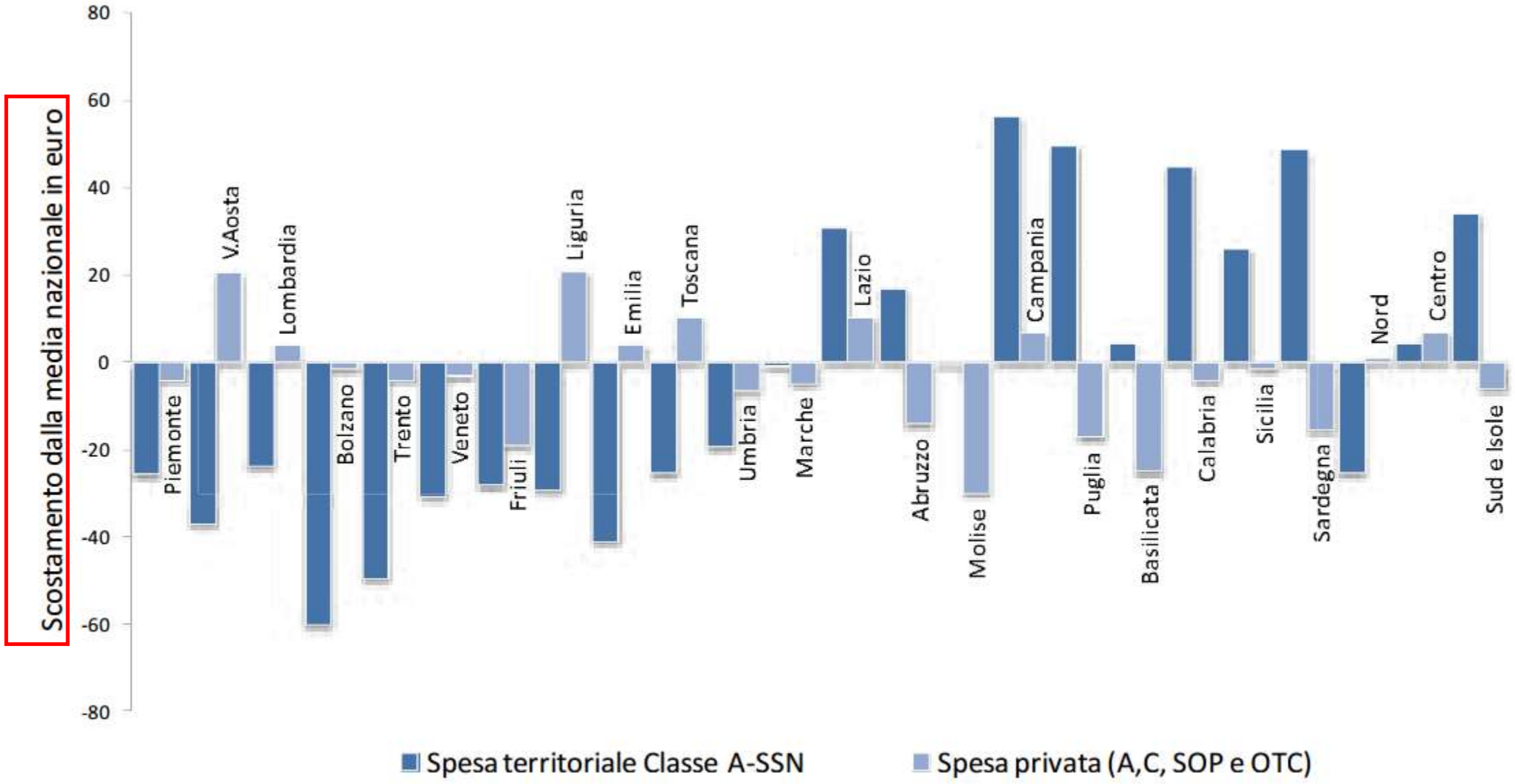
Rapporto OSMED 2014

Tabella 5.1.4. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici dispensati attraverso le farmacie territoriali, pubbliche e private

Regioni	Fascia A rimborsata dal SSN				Acquisto privato di fascia A, C, SOP e OTC
	Spesa lorda Classe A-SSN^	Spesa lorda pro capite pesata	Confezioni pro capite pesate	DDD/1000 ab die pesate	Spesa pro capite pesata
Piemonte	765	160,5	17,2	973,4	106,0
Valle d'Aosta	21	158,5	16,6	966,3	130,4
Lombardia	1.712	171,9	16,4	958,8	113,8
P.A. Bolzano	62	129,8	13,1	765,2	108,5
P.A. Trento	76	145,2	16,6	978,0	106,0
Veneto	769	156,1	16,4	947,7	106,8
Friuli V.G.	**215**	**160,5**	**17,2**	**994,6**	**91,2**
Liguria	287	153,7	15,8	879,4	130,9
Emilia R.	649	139,2	17,1	975,7	113,9
Toscana	583	143,7	17,2	985,3	120,3
Umbria	158	164,0	19,0	1.094,8	103,7
Marche	294	179,0	18,9	1.036,7	105,1
Lazio	1.179	205,4	20,6	1.187,6	120,1
Abruzzo	279	203,3	19,4	1.063,6	96,0
Molise	59	178,9	19,2	1.013,3	80,0
Campania	1.158	224,0	21,8	1.120,9	116,8
Puglia	852	218,0	22,7	1.160,4	92,9
Basilicata	104	179,7	19,2	1.008,0	85,1
Calabria	405	213,3	22,2	1.192,4	105,8
Sicilia	1.000	207,5	20,6	1.112,0	108,5
Sardegna	340	203,6	20,6	1.142,7	94,6
Italia	**10.964**	**180,4**	**18,6**	**1.039,4**	**110,1**

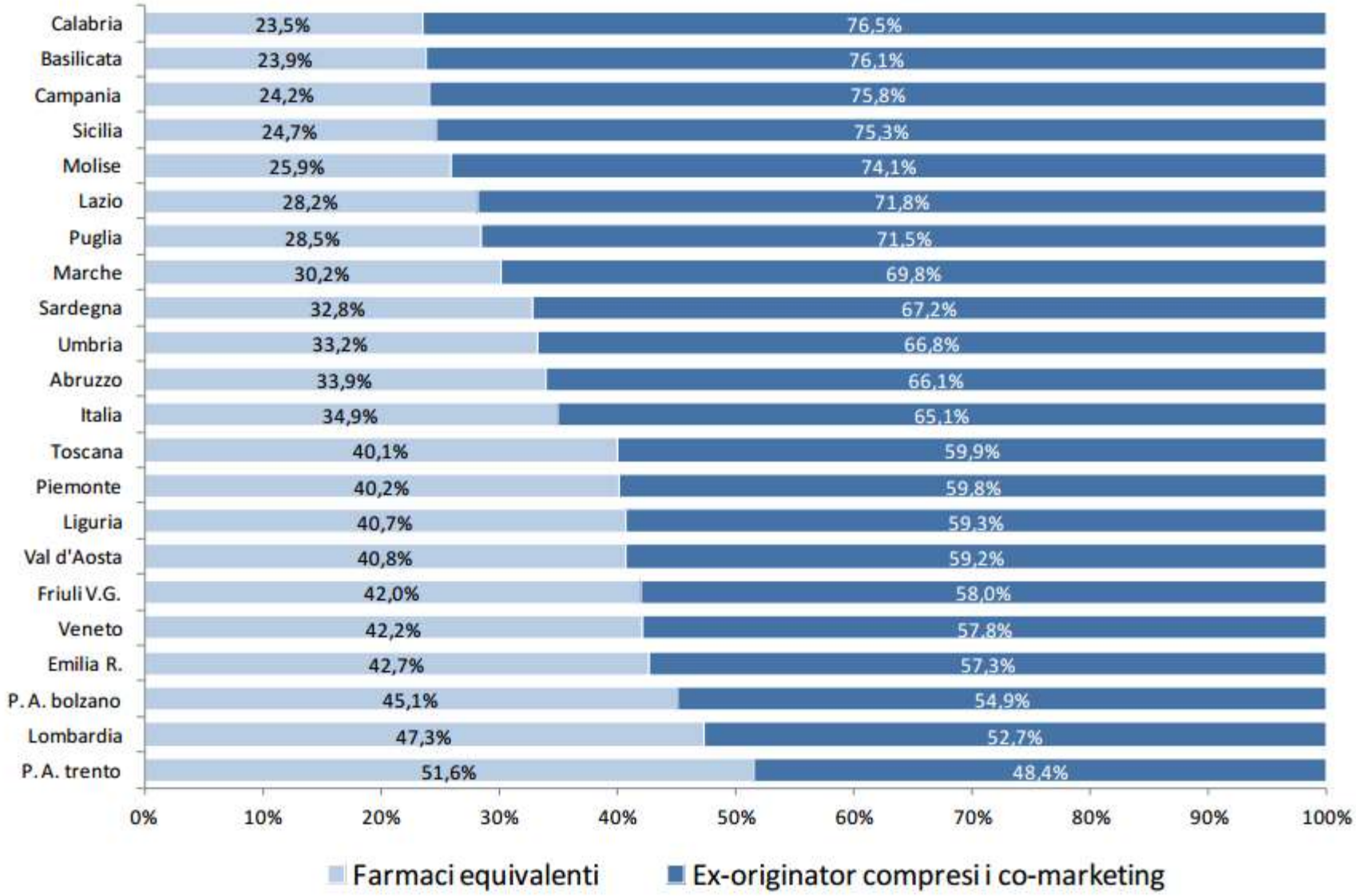
^ Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (24 milioni di euro). Importi in milioni di euro.

Rapporto OSMED 2014



Rapporto OSMED 2014

Figura 7.3.5. Composizione per Regione della spesa netta 2014 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN

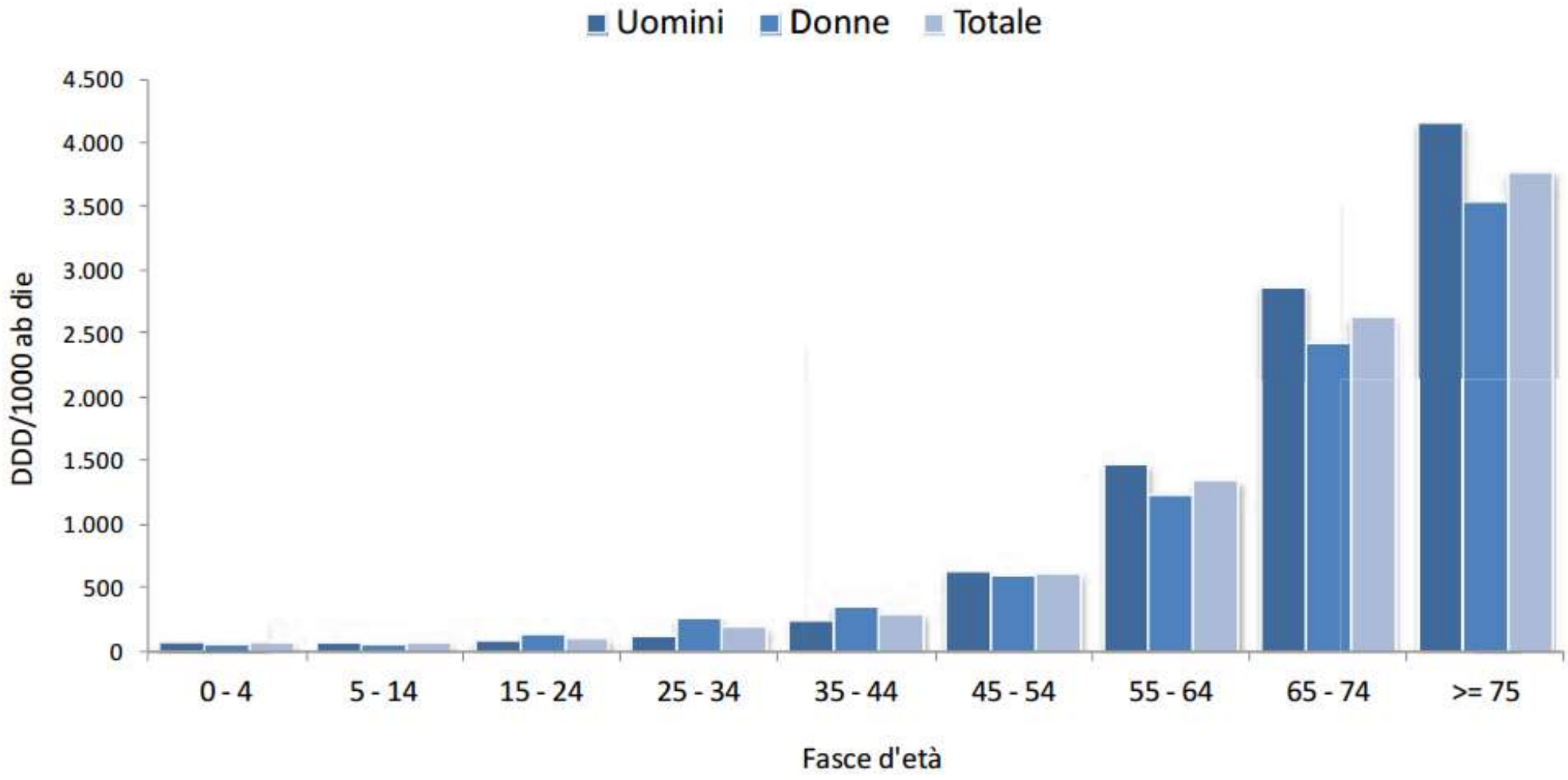


Rapporto OSMED 2014

Tabella 5.3.1. Distribuzione per età della spesa e dei consumi territoriali 2014

Fasce di Età	Spesa Lorda pro capite			Inc% su spesa totale	DDD/1000 ab die			Inc% su consumi totali
	Uomini	Donne	Totale		Uomini	Donne	Totale	
0 - 4	23,6	20,4	22,1	0,5	69,2	59,2	64,5	0,3
5 - 14	28,3	23,9	26,3	1,4	68,7	57,3	63,1	0,6
15 - 24	31,1	28,4	29,8	1,6	85,9	124,9	104,8	1,0
25 - 34	38,1	45,3	41,6	2,6	119,3	258,1	188,4	2,1
35 - 44	60,0	72,8	66,4	5,6	241,9	341,0	291,6	4,3
45 - 54	117,5	121,1	119,0	10,3	627,5	600,6	614,0	9,3
55 - 64	244,3	227,3	235,6	16,3	1.467,3	1.223,5	1.342,0	16,1
65 - 74	456,5	408,7	431,1	25,4	2.859,6	2.425,1	2.630,1	26,9
>= 75	672,4	552,3	598,9	36,2	4.150,3	3.535,3	3.772,3	39,5
Tutte le fasce	**175,6**	**184,9**	**180,4**	**100,0**	**1.008,8**	**1.068,2**	**1.039,4**	**100,0**

Figura 5.3.2. Andamento delle DDD/1000 ab die territoriali 2014 per età e sesso



Rapporto OSMED 2014

Tabella 6.1. Composizione della spesa farmaceutica 2014 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
	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°
C- Cardiovascolare	3.423	83,8	267	6,5	47	1,1	142	3,5	208	5,1	4.087
L- Antineoplastici e immunomodulatori	252	6,4	25	0,6	10	0,2	-	-	3.647	92,7	3.934
A- Gastrointestinale e metabolismo	1.988	52,7	269	7,1	269	7,1	644	17,1	602	16,0	3.771
N- Sistema nervoso	1.396	43,2	165	5,1	942	29,2	254	7,9	473	14,6	3.228
J- Antimicrobici	887	32,9	156	5,8	81	3,0	-	-	1.573	58,3	2.697
B- Sangue e organi emopoietici	548	26,6	97	4,7	89	4,3	5	0,2	1.322	64,1	2.061
R- Respiratorio	1.044	59,0	131	7,4	165	9,3	368	20,8	60	3,4	1.768
G- Genito-urinario e ormoni sessuali	421	32,5	41	3,2	642	49,5	80	6,2	112	8,7	1.297
M-Muscolo-scheletrico	452	35,4	177	13,9	201	15,7	393	30,8	54	4,2	1.276
D- Dermatologici	60	9,0	33	5,0	246	37,0	305	45,8	22	3,2	665
V- Vari	66	10,6	5	0,9	36	5,9	0	0,0	514	82,6	622
S- Organi di senso	223	35,9	18	2,9	180	29,0	90	14,5	110	17,7	621
H- Ormoni sistemici	191	33,6	52	9,2	28	4,9	-	-	297	52,3	569
P- Antiparassitari	13	56,9	3	15,8	3	13,6	2	8,0	1	5,8	22
Totale	**10.964**	**41,2**	**1.441**	**5,4**	**2.937**	**11,0**	**2.283**	**8,6**	**8.994**	**33,8**	**26.618**

^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 (24 milioni di euro) ° Lorda in milioni di euro; *Calcolata sulla categoria. Fonte: OsMed, Tracciabilità del farmaco ed elaborazione OsMed su dati IMS Health

Rapporto OSMED 2014

Tabella 6.2. Composizione dei consumi (in termini di DDD/1000 abitanti die) 2014, 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
C- Cardiovascolare	467,6	87,2	41,5	7,7	1,5	0,3	8,5	1,6	16,9	3,1	536,0
L- Antineoplastici e immunomodulatori	4,4	31,5	0,5	3,4	0,1	0,4	-	-	9,0	64,7	13,9
A- Gastrointestinale e metabolismo	152,7	59,8	23,1	9,1	10,0	3,9	42,8	16,8	26,8	10,5	255,5
N- Sistema nervoso	60,5	36,7	8,0	4,9	64,8	39,2	6,4	3,9	25,4	15,4	165,1
J- Antimicrobici	22,6	59,9	5,7	15,1	2,5	6,6			6,9	18,4	37,7
B- Sangue e organi emopoietici	142,0	52,7	52,8	19,6	37,5	13,9	0,2	0,1	37,1	13,8	269,7
R- Respiratorio	48,3	50,6	10,5	11,0	13,9	14,6	19,5	20,5	3,2	3,3	95,4
G- Genito-urinario e ormoni sessuali	41,9	50,7	5,8	7,0	30,3	36,7	2,8	3,4	1,7	2,1	82,6
M-Muscolo-scheletrico	41,2	46,5	22,0	24,8	4,7	5,3	17,6	19,9	3,0	3,4	88,5
D- Dermatologici	4,2	6,8	4,9	7,9	15,4	25,0	20,1	32,6	17,0	27,6	61,6
V- Vari	0,1	1,7	0,2	3,8	1,2	28,4	-	0,2	2,8	65,9	4,2
S- Organi di senso	19,5	37,7	2,3	4,4	13,0	25,1	15,3	29,5	1,7	3,3	51,7
H- Ormoni sistemici	33,7	65,9	11,1	21,7	0,8	1,6	-	-	5,5	10,7	51,2
P- Antiparassitari	0,8	77,3	0,2	15,4	-	3,8	-	1,2	-	2,3	1,0
Totale	1.039,4	60,6	188,4	11,0	195,8	11,4	133,3	7,8	157,0	9,2	1.714,0

*Calcolata sulla categoria

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

Rapporto OSMED 2014

Tabella 7.4.1. Prime venti categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2014

ATC	Sottogruppo	DDD/1000 ab die	Spesa *(milioni)*	%*	Δ% 14-13
N	Derivati benzodiazepinici (ansiolitici)	28,3	377,2	12,8	-0,4
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	1,5	264,6	9,0	-4,5
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	20,7	216,6	7,4	-4,4
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	20,3	125,9	4,3	0,8
N	Anilidi	3,7	114,1	3,9	5,5
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	4,1	74,0	2,5	5,1
R	Corticosteroidi	5,0	68,0	2,3	4,4
A	Procinetici	3,9	63,8	2,2	-9,0
R	Mucolitici	6,5	62,8	2,1	-5,4
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	1,2	61,4	2,1	-4,3
N	Altri psicostimolanti e nootropi	1,5	59,0	2,0	-3,1
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	3,7	58,7	2,0	1,0
N	Analoghi delle benzodiazepine	4,3	50,2	1,7	2,9
N	Preparati antivertigine	3,1	50,0	1,7	2,4
A	Lassativi ad azione osmotica	1,8	47,4	1,6	8,9
M	Bifosfonati	0,0	46,9	1,6	6,4
B	Eparinici	2,0	45,5	1,5	5,5
J	Altri vaccini batterici	2,1	43,9	1,5	-6,5
D	Altri antibiotici per uso topico	3,6	38,6	1,3	8,1
A	Aminoacidi e derivati	0,7	36,9	1,3	-3,8
	Altri	77,9	1.032,0	35,1	-3,1
	Totale	**195,8**	**2.937,5**	**100,0**	**-1,6**

*La percentuale è calcolata sul totale della spesa lorda

Tabella 7.2.11b. Farmaci per il dolore, andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die: confronto 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012	2013	2014	Δ % 14-13
Piemonte	3,3	3,2	4,0	4,7	5,4	8,2	8,2	8,8	10,5	18,6
Valle d'Aosta	3,4	3,5	4,2	5,0	5,6	9,3	8,7	10,3	13,3	29,8
Lombardia	2,9	2,8	3,4	3,9	4,7	7,0	7,4	7,7	8,0	4,2
P.A. Bolzano	3,3	3,1	3,5	3,9	4,3	8,4	8,9	10,0	9,7	-3,3
P.A. Trento	2,6	2,6	3,1	3,6	3,9	6,7	7,2	7,6	7,9	3,9
Veneto	2,6	2,6	3,0	3,5	4,1	7,0	7,6	8,2	8,0	-2,9
Friuli V.G.	3,5	3,5	4,2	4,8	5,5	8,5	8,8	9,5	9,5	0,1
Liguria	3,8	3,5	4,0	4,5	5,0	9,0	9,4	8,6	10,7	24,3
Emilia R.	2,9	2,9	3,4	4,0	4,6	9,6	10,4	10,4	11,0	5,9
Toscana	3,2	3,4	3,9	4,1	4,5	8,4	8,4	8,7	9,5	10,0
Umbria	2,5	2,6	3,1	3,6	4,2	6,6	6,5	6,7	6,5	-2,6
Marche	2,3	2,5	3,1	3,5	3,9	5,8	6,0	6,6	6,7	1,5
Lazio	2,9	2,8	3,2	3,7	4,1	6,0	6,3	6,8	6,7	-0,7
Abruzzo	2,9	2,6	3,0	3,3	3,8	5,2	5,1	5,5	5,5	-0,3
Molise	2,5	2,4	2,9	3,1	3,5	4,6	4,6	4,7	4,8	2,7
Campania	2,3	2,1	2,4	2,6	2,9	3,8	4,2	4,5	4,7	4,9
Puglia	2,7	2,5	3,0	3,4	3,9	4,8	5,2	5,8	5,8	1,2
Basilicata	2,3	2,2	2,6	3,0	3,2	4,5	4,7	5,2	5,1	-2,1
Calabria	2,3	2,1	2,6	2,7	3,1	4,1	4,4	4,7	5,0	6,0
Sicilia	2,6	2,4	2,8	3,1	3,6	4,8	5,2	5,5	5,4	-2,3
Sardegna	3,4	3,0	3,4	3,9	4,4	6,8	6,4	6,6	6,9	3,6
Italia	**2,9**	**2,8**	**3,2**	**3,7**	**4,2**	**6,6**	**6,9**	**7,5**	**7,6**	**1,3**

* Interruzione di serie storica

Figura 7.2.11b. Farmaci per il dolore, distribuzione in quartili del consumo 2014 (DDD/1000 ab die pesate)

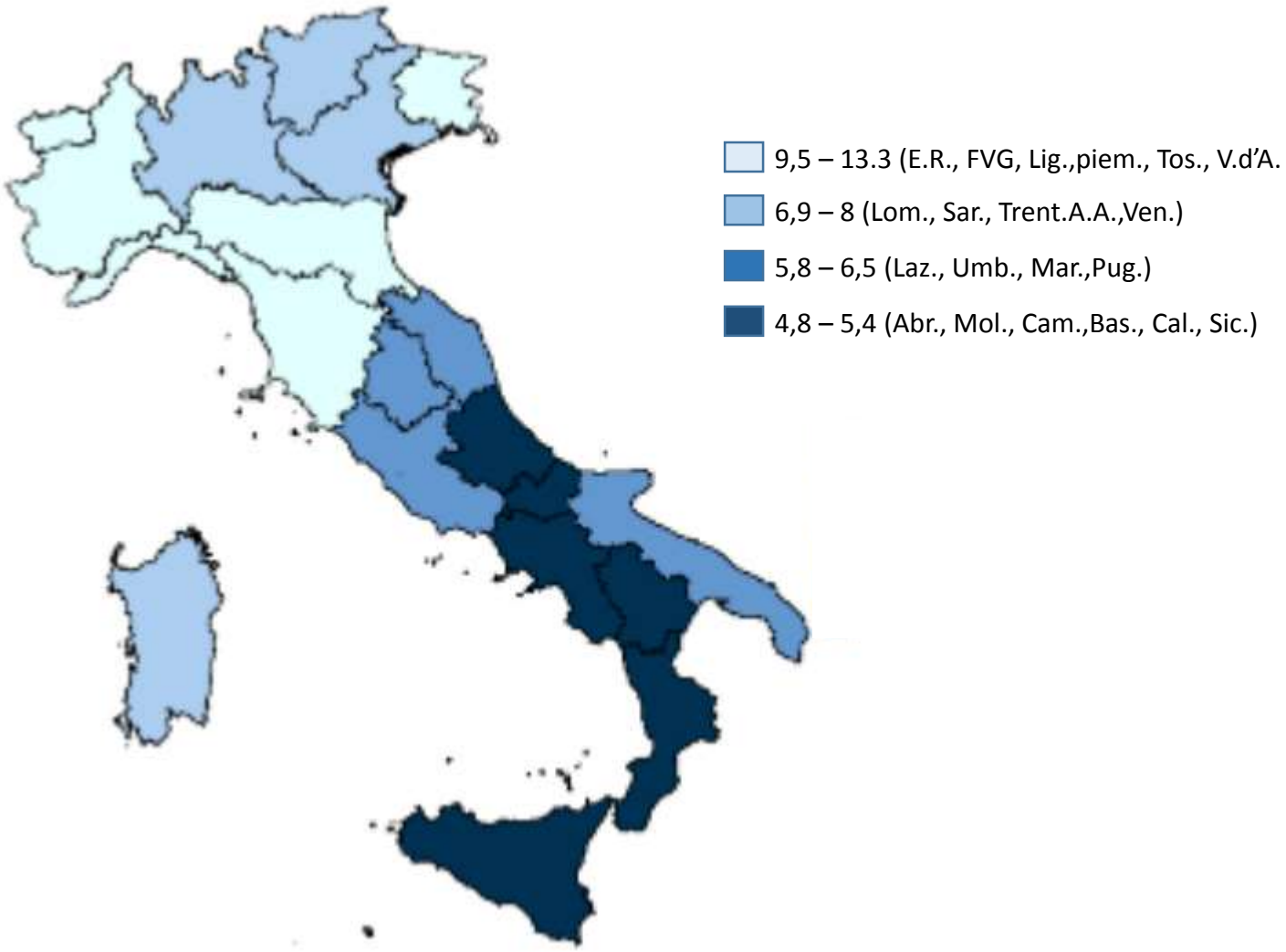


Tabella 7.2.18b. Vaccini, andamento regionale delle DDD/1000 ab die pesate: confronto 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	Δ % 14-13
Piemonte	0,8	0,8	0,8	0,7	-5,9
Valle d'Aosta	0,5	0,4	0,9	0,8	-12,1
Lombardia	0,9	0,9	0,7	2,9	>100
P.A. Bolzano	0,7	0,4	3,4	2,8	-19,5
P.A. Trento	0,9	0,9	0,9	0,9	-6,8
Veneto	1,0	0,9	0,9	1,4	50,5
Friuli V.G.	0,7	0,7	1,2	1,5	29,3
Liguria	1,1	0,9	1,4	0,8	-37,9
Emilia R.	1,1	0,8	0,9	1,7	81,0
Toscana	1,0	0,8	0,9	2,1	>100
Umbria	0,9	0,8	0,9	0,9	-3,4
Marche	0,9	0,8	0,9	0,8	-7,6
Lazio	1,4	1,0	1,0	1,1	2,9
Abruzzo	0,6	0,5	0,8	0,9	10,4
Molise	0,7	0,7	0,9	1,0	7,2
Campania	1,0	0,9	1,0	1,2	26,5
Puglia	1,2	1,0	1,3	1,4	9,9
Basilicata	0,9	0,7	1,0	1,2	21,1
Calabria	0,8	0,7	0,8	1,3	52,4
Sicilia	1,1	0,9	1,2	1,6	28,6
Sardegna	0,8	0,7	0,8	1,0	27,8
Italia	**1,0**	**0,9**	**1,0**	**1,6**	**61,8**

Figura 7.2.18b. Vaccini, distribuzione in quartili del consumo 2014 (DDD/1000 ab die pesate)

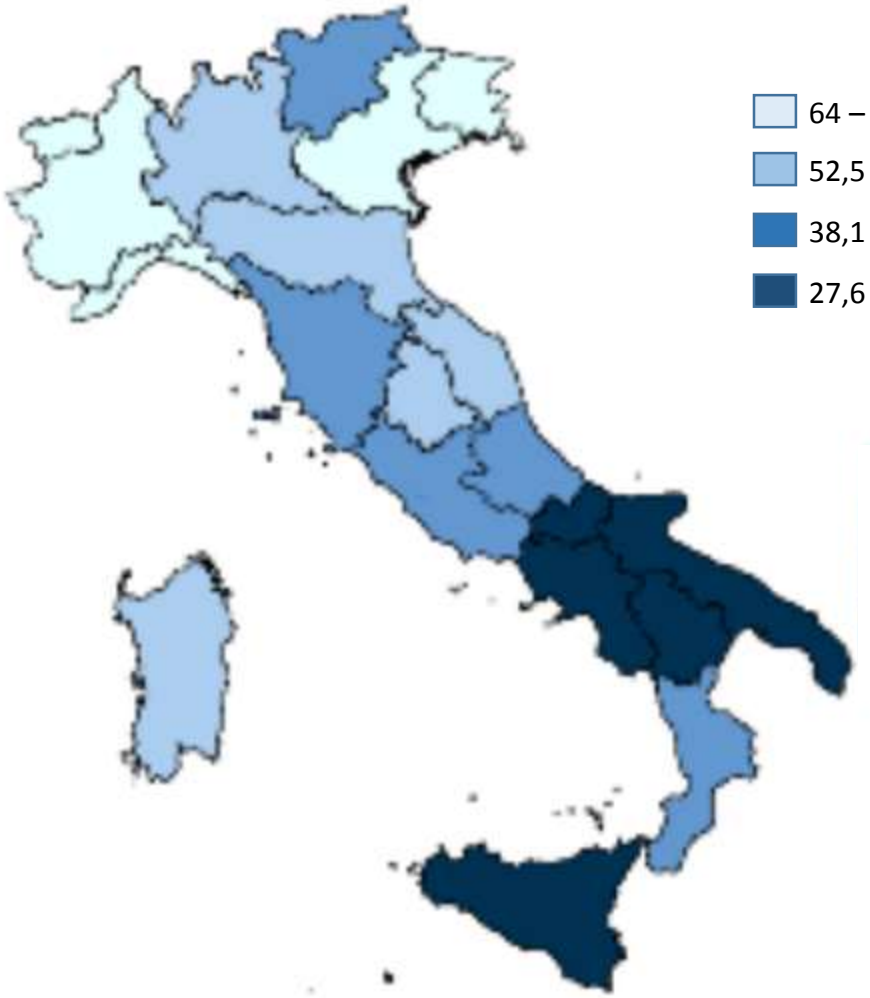
- 1,5 – 2.9 (E.R., Lom., Tren.A.A.,FVG, Tos., Sic.
- 1,2 – 1,4 (Ven., Pug., Cam., Bas., Cal.)
- 0,9 – 1,1 (Laz., Umb., Sar., Mol.)
- 0,7 – 0,9 (Pie., V.d'A., Lig., Mar., Abr.)

Tabella 7.4.6. Benzodiazepine, andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die territoriali pesate: confronto 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % 14-13
Piemonte	66,0	64,7	66,8	65,4	65,8	66,8	66,4	67,0	66,8	-0,4
Valle d'Aosta	68,5	64,9	68,1	66,6	68,0	70,2	67,1	69,2	70,1	1,3
Lombardia	59,8	58,7	60,0	58,8	59,7	61,2	61,0	60,8	60,3	-0,8
P.A. Bolzano	39,9	37,9	39,2	38,6	39,6	39,9	39,6	38,9	38,5	-1,2
P.A. Trento	64,9	64,2	64,3	63,1	63,3	64,4	65,2	65,6	63,2	-3,7
Veneto	71,5	69,7	71,3	70,1	71,3	72,8	72,5	71,4	70,4	-1,4
Friuli VG	66,7	65,0	65,7	63,1	63,2	64,8	64,4	63,5	64,0	0,8
Liguria	80,2	79,9	81,8	80,4	80,0	80,5	79,1	79,8	79,4	-0,6
E. Romagna	61,4	60,4	61,2	59,8	59,6	60,2	59,6	58,9	58,9	-0,1
Toscana	52,3	51,8	52,4	51,2	51,3	51,6	51,2	50,9	50,8	-0,2
Umbria	49,1	49,4	52,0	48,0	49,9	51,7	51,8	52,8	52,5	-0,5
Marche	54,4	54,8	56,1	54,7	55,6	56,5	55,7	55,3	53,7	-2,8
Lazio	51,5	50,0	50,6	49,5	50,1	53,8	52,9	52,9	50,2	-5,1
Abruzzo	38,8	38,9	39,3	38,6	39,1	41,1	40,3	39,8	39,0	-1,9
Molise	27,7	27,6	29,8	28,9	28,8	29,8	29,1	29,4	28,9	-1,8
Campania	33,7	33,9	33,1	32,9	33,7	36,7	37,3	37,4	37,4	0,1
Puglia	29,0	29,5	30,0	29,5	30,1	31,4	31,2	31,3	30,9	-1,4
Basilicata	25,6	25,9	26,5	26,3	27,3	28,2	27,8	27,9	27,6	-1,1
Calabria	33,8	35,2	35,8	35,6	36,4	38,0	38,3	38,2	38,1	-0,2
Sicilia	35,4	35,9	36,9	36,4	36,9	38,7	38,8	38,7	37,8	-2,5
Sardegna	56,5	56,9	57,9	57,3	56,4	62,0	61,3	62,3	61,6	-1,1
Italia	**52,3**	**51,7**	**52,6**	**51,6**	**52,2**	**54,0**	**53,7**	**53,6**	**52,9**	**-1,3**

Rapporto OSMED 2014

Figura 7.4.3. Benzodiazepine, distribuzione in quartili del consumo territoriale 2014 (DDD/1000 ab die pesate)



- 64 – 79,4 (V.d'A., Pie., Lig., Ven.,FVG.)
- 52,5 – 61,6 (Lom., E.R., Umb., Mar., Sar.)
- 38,1 – 52,0 (Laz., Tos., Abr., Trentino A.A., Cal.)
- 27,6 – 37,8 (Sic., Bas., Cam., Mol., Pug.)

Rapporto OSMED 2014

Disequità nell'accesso ai farmaci a livello locale

La ricerca in questo campo (10) (11) mostra come la spesa per i farmaci, analogamente ad altri aspetti della salute, dipenda da:

- ✓ **Età**
- ✓ **Grado di istruzione**
- ✓ **Reddito**

Da quest'ultimo determinante dipende inoltre la capacità/possibilità di una spesa (e quindi di una protezione) estranea a quella del SSN → out of pocket

Le misure di protezione delle fasce più esposte, per reddito o per elevato e frequente rischio di malattia, messe in atto per mantenere i principi dell'universalità degli accessi alle prestazioni essenziali e dei pari trattamenti per pari bisogni (sono principi basilari del modello sanitario pubblico e oramai anche di quelli dell'assicurazione sociale obbligatoria) hanno prodotto un limitato effetto di contenimento delle disequità regionali di accesso alle cure farmacologiche.

(10) Saemz MC. Campos R. –Patterns of drugs consumption and reported mortality in Salamanca (Spain) –1989 – Rev. Epidemiol. Santé Publique, 37
(11) Polacsek A., Spandonaro F. – «spesa farmavceutica regionale, condizioni sociali ed equità ne sistema federalista» -

Cosa può fare il distretto?

Fase di programmazione:

- ❑ identificazione delle aree territoriali e dei contesti sociali a maggior rischio per l'accesso alle cure farmacologiche (mappatura territorio per determinanti socioeconomici);
- ❑ Costruzione di percorsi di presa in carico (sanità di iniziativa)

Fase di intervento:

1. Identificare i soggetti fragili all'interno di queste aree (patologie multiple, complicate, in persone ancora parzialmente autosufficienti)
2. Avviare PDTA per le principali patologie croniche
3. Attuare misure di promozione di Salute nelle comunità

Funzioni e ruoli:

Equipe di comunità

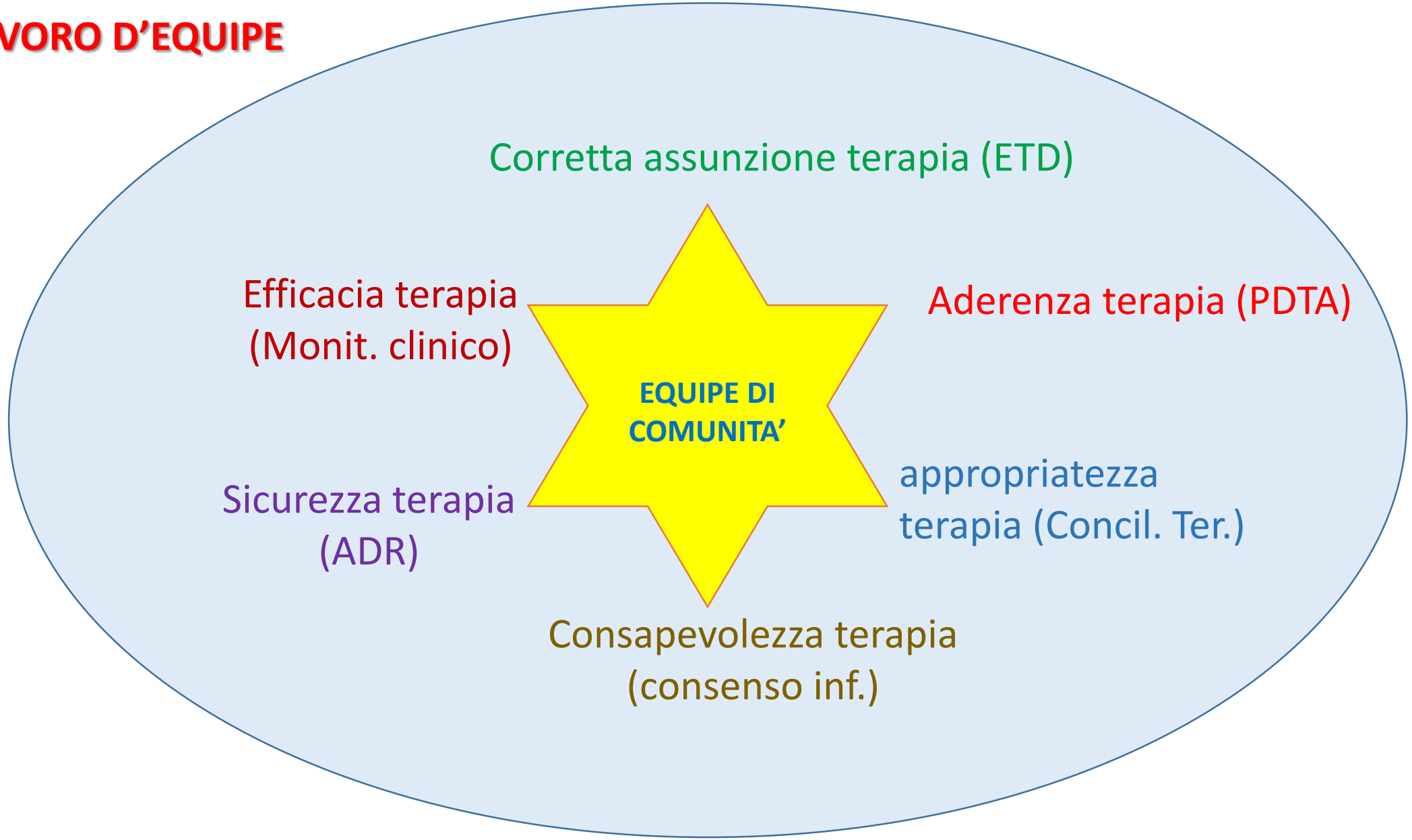
- MMG (singoli e forme associative)
- Assistente sociale
- Infermiere
- fisioterpista

care manager (presa in carico pazienti complessi di cui al punto 1)

disease manager (presa in carico gruppi – registro pat. cronica) – punto 2

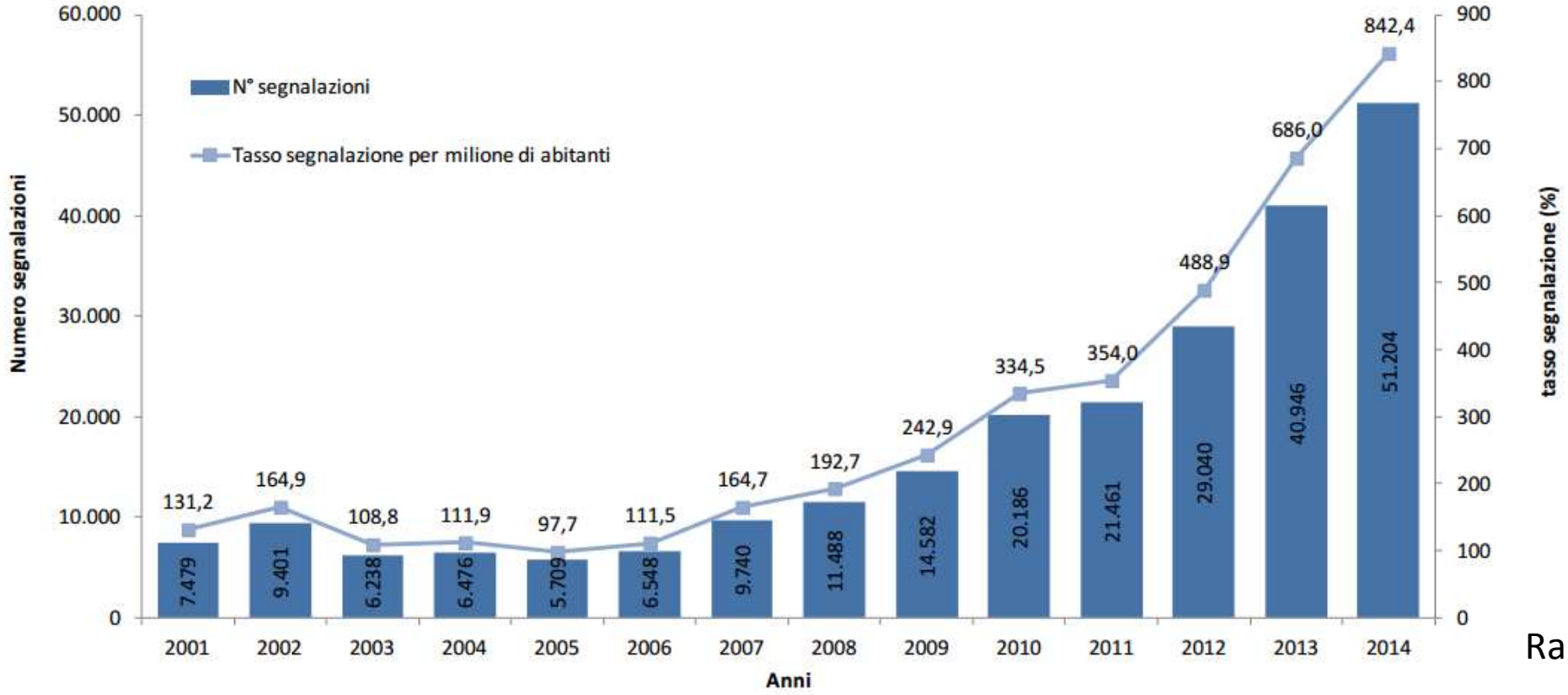
Wide community manager (promozione salute) – punto 3

LAVORO D'EQUIPE



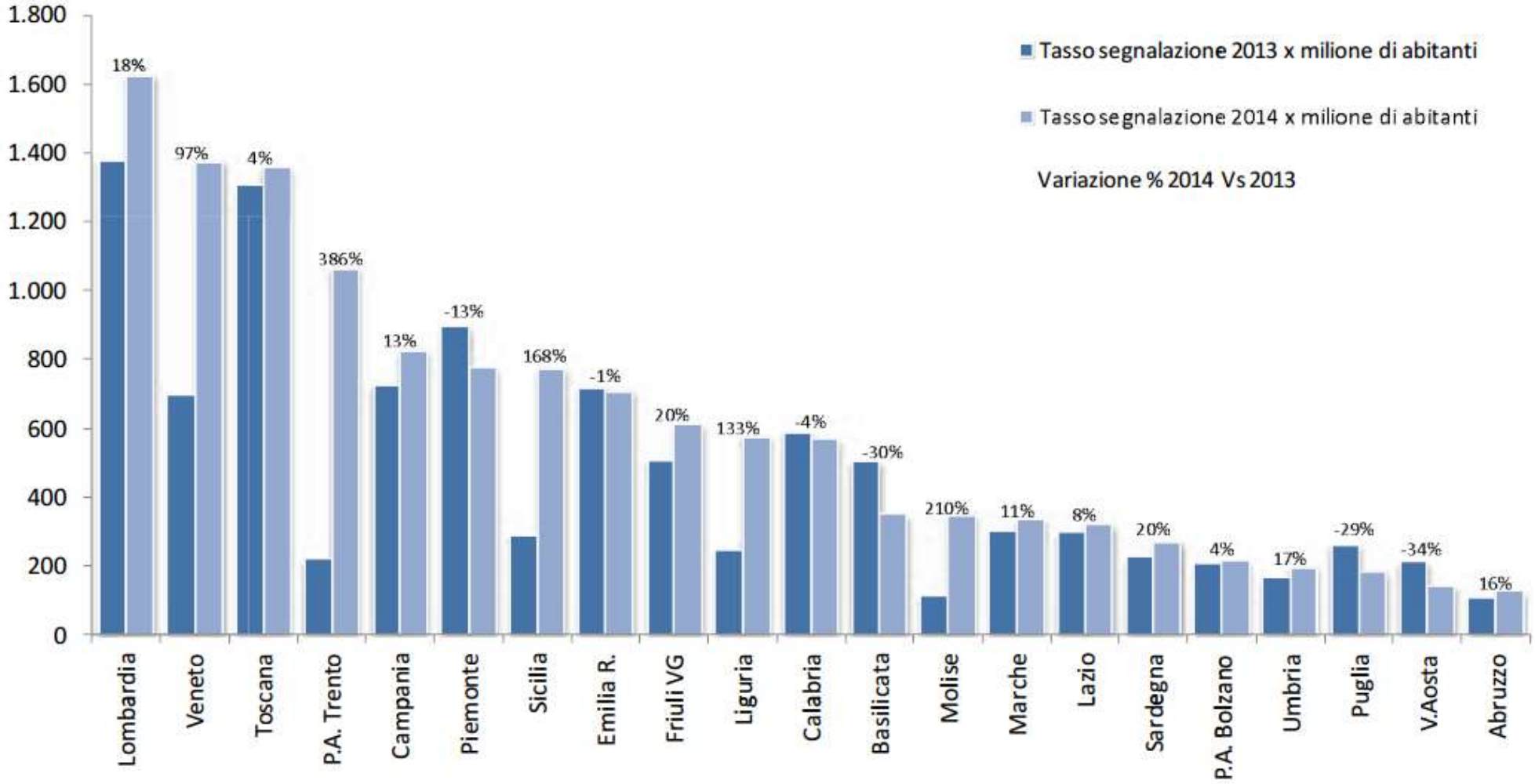
LA SICUREZZA NELL'USO DEI FARMACI: GLI EFFETTI AVVERSI

Figura 8.1.1. Distribuzione annuale del numero e del tasso di segnalazione per milione di abitanti (2001-2014)



Rapporto OSMED 2014

Figura 8.1.4. Distribuzione regionale del tasso di segnalazione per milione di abitanti e variazione percentuale negli anni 2013 e 2014



Rapporto OSMED 2014

Tabella 8.1.1. Distribuzione delle segnalazioni (numero assoluto) per gravità negli anni 2013-2014

Criterio gravita	2013		2014	
	N.	%	N.	%
Non Gravi	**27.726**	**68%**	**33.283**	**65%**
Gravità non definita	**472**	**1%**	**1.555**	**3%**
Gravi	**12.748**	**31%**	**16.366**	**32%**
Ospedalizzazione o prolungamento ospedalizzazione	8.286	20,2%	9.534	18,6%
Altra condizione clinicamente rilevante	3.266	8,0%	5.552	10,8%
Pericolo di vita	786	1,9%	804	1,6%
Decesso	251	0,6%	276	0,5%
Invalidità grave o permanente	152	0,4%	194	0,4%
Anomalie congenite/deficit del neonato	7	0,0%	6	0,0%
Totale	**40.946**	**100%**	**51.204**	**100%**

Rapporto OSMED 2014

Tabella 8.1.2. Distribuzione delle segnalazioni (numero assoluto di segnalazioni e incidenza percentuale) per provenienza negli anni 2013 e 2014

Fonte delle segnalazioni	2013		2014		Δ% 14-13
	N.	%	N.	%	
Medico Ospedaliero	21.356	52%	23.803	46%	11%
Farmacista	6.492	16%	9.227	18%	42%
Specialista	3.693	9%	7.129	14%	93%
Medico di Medicina Generale	3.037	7%	3.415	7%	12%
Altro	1.733	4%	2.213	4%	28%
Azienda Farmaceutica	372	1%	2.199	4%	491%
Infermiere	1.182	3%	1.651	3%	40%
Non Specificato	2	0%	512	1%	>100%
Pediatra di Libera Scelta	438	1%	367	1%	-16%
Paziente	2.313	6%	365	1%	-84%
Centro Anti-Veleno	302	1%	302	1%	0%
Dentista	16	0%	11	0%	-31%
Forze Armate	10	0%	10	0%	0%
Totale	**40.946**	**100%**	**51.204**	**100%**	

Rapporto OSMED 2014

La sicurezza nell'uso del farmaco: l'approccio alla polifarmacoterapia

La popolazione anziana risulta quella più esposta all'insorgenza di reazioni avverse; secondo dati americani il 30% dei ricoveri ospedalieri nei pazienti anziani è legato a reazioni avverse da farmaci (ADR), che sono state stimate essere la quinta causa di morte. (J Am Geriatr Soc 2001; 49:200).
La prevenzione di tali reazioni potrebbe perciò avere importanza in termini di salute pubblica, di risparmio dei costi di ospedalizzazione e di ridotta mortalità determinata da ADR.

In occasione della giornata regionale della sicurezza w e qualità delle cure (Udine 2014), è stata presentato l'esito di una ricerca sulla polifarmacoterapia nell'anziano (=>65 anni).
L'indagine è stata condotta in vari ambiti di cura (ospedale, RSA, strutture residenziali per anziani, anziani assistiti a domicilio dai MMG).
Ha richiesto l'adozione dei criteri di Beers

Criteri di Beers della Società Geriatrica Americana (AGS)

- Elenco di farmaci o classi di farmaci che dovrebbero essere sempre evitati negli anziani,
- Elenco di farmaci o classi di farmaci che dovrebbero essere evitati in anziani con specifiche patologie,
- indice di severità in relazione ai potenziali effetti avversi Alta/Bassa.

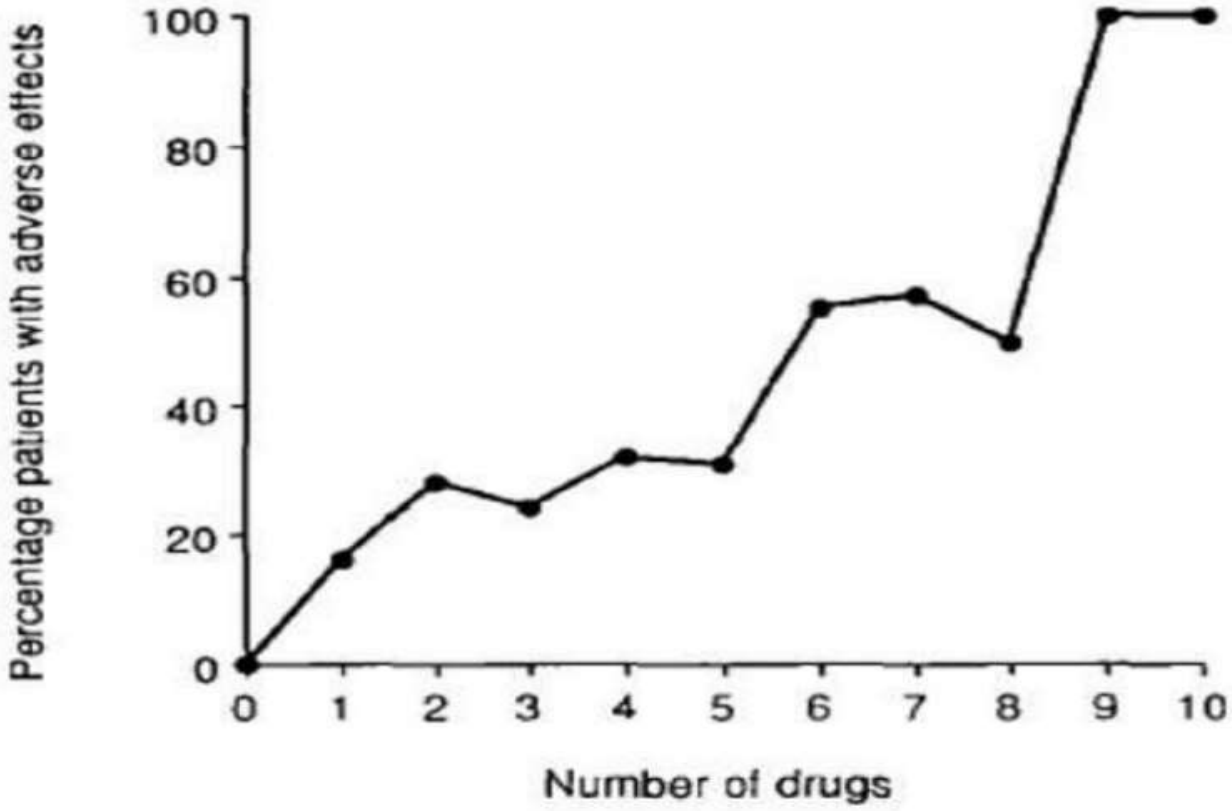
La sicurezza nell'uso del farmaco: l'approccio alla polifarmacoterapia

FARMACO TERAPIA NELL'ANZIANO: EVIDENCE BASED?

- Nell'anno 2000 solo il 3,5% di quasi 9000 trials clinici e l'1% di oltre 700 metanalisi, riguardavano persone ultra65enni *(Nair BR – Aust J Ageing, 2002)*
- Gli anziani sono sistematicamente esclusi dai trials clinici, e nel 35% dei casi senza apparente giustificazione *(Bugeja G et Al – BMJ, 1997)*

Tratto da: «la politerapia nell'anziano: efficacia e rischio» 2014 – dr Rosario Falanga (MMG tutor – PN)

Aumento del rischio di ADR all'aumentare del numero di farmaci assunti!



Denham MJ. British Medical Bullettin 1990; 46: 53–62
Cresswell KM et al. British Medical Bulletin 2007; 83: 259-74

La sicurezza nell'uso del farmaco: l'approccio alla polifarmacoterapia

Criteri di Beers

Riguardano farmaci la cui prescrizione ha aspetti problematici per l'uso nell'anziano:

- non efficaci;
- sottopongono gli anziani ad alti rischi non bilanciati da altrettanti benefici;
- sono disponibili terapie alternative più sicure

Non riguardano farmaci che, benché indispensabili, già di per se possono essere causa di gravi effetti collaterali

Risultati – comorbosità più frequenti

Alzheimer/parkison/ depressione	Sindromi dolorose	Ipertensione	Ipertrofia prostatica	Aritmie	Epilessia	Asma/bpco	Scompenso cardiaco	Disturbi del sonno	Malattie reumatologiche	Dislipidemie	Diabete	Epatiti/ulcere	Patologie tiroide	
178	34	472	96	242	25	102	127	38	194	161	205	116	109	Cardiopatie/arteriopatie cerebrovascolari e/o arti inferiori
	22	218	28	92	13	49	41	35	136	65	81	61	63	Alzheimer/parkison/ depressione
		35	4	11	1	9	14	1	29	5	7	15	5	Sindromi dolorose
			119	278	25	120	147	69	323	261	283	153	166	Ipertensione
				65	3	34	26	13	47	58	47	40	23	Ipertrofia prostatica
					11	71	120	36	131	85	124	69	82	Aritmie
						3	3	1	11	9	15	7	3	Epilessia
							56	18	47	29	53	27	23	Asma/bpco
								12	70	44	80	39	39	Scompenso cardiaco
									64	36	27	33	31	Disturbi del sonno
										141	108	104	115	Malattie reumatologiche
											114	57	74	Dislipidemie
												73	65	Diabete
													47	Epatiti/ulcere

Dr Luca Arnoldo
Gruppo Regionale FVG
dei risk manager

Risultati- principi attivi per paziente

Numero di principi attivi per paziente

		Ospedali/case di cura	Medici di medicina generale	RSA/Casa di riposo	Totale
N. di principi attivi prescritti	1-4	139 (26.3%)	223 (42.2%)	158 (29.9%)	520 (32.8%)
	5-9	309 (58.5%)	251 (47.5%)	288 (54.6%)	848 (53.5%)
	≥10	80 (15.2%)	54 (10.3%)	82 (15.5%)	216 (13.7%)
	Totale	528	528	528	1584

	Min	Max	media±ds	Mediana	n. complessivo
Ospedali/case di cura	1	19	6.4±2.9	6	3386
MMG	1	17	5.5±3.0	5	2884
Case di Riposo/RSA	1	18	6.3±2.9	6	3346
Totale	1	19	6.1±3.0	6	9616

Dr Luca Arnoldo
Gruppo Regionale FVG
dei risk manager

Risultati - criteri di Beers

Principi attivi prescritti potenzialmente inappropriati per i criteri di Beers

Numero di potenziali prescrizioni inappropriate per paziente	Ospedali/case di cura pz 528	MMG pz 528	RSA/Casa di riposo pz 528	Totale pz 1584
1	159	126	159	444
2	44	49	110	203
3	9	16	19	44
4	5	3	18	26
5	0	0	5	5
6	1	0	2	3
7	1	0	0	1
8	0	1	1	2
Totale pz	219 (41.5%)	195 (36.9%)	314 (59.5%)	728 (46.0%)

Dr Luca Arnoldo
Gruppo Regionale FVG
dei risk manager

Conclusioni

- Più di 1 paziente su 10 (13.7%) riceve più di dieci principi attivi.
- Quasi un 1 paziente su 2 (46.0%) ha almeno un potenziale principio attivo prescritto inappropriato secondo i criteri di Beers, in particolar modo:
  - differenze significative tra i setting di assistenza;
  - differenze significative tra le tre aree vaste;
  - all'aumentare del numero di principi attivi aumenta il rischio di inappropriatezza.

Dr Luca Arnoldo
Gruppo Regionale FVG
dei risk manager

Se negli ultimi decenni abbiamo guadagnato 30 anni di vita, il merito è solo in minima parte delle cure mediche.

Un recente studio, sfata il mito che questo sia dovuto ai farmaci e prestazioni sanitarie. Il 40% della mortalità dipende da cause prevenibili legati a corretti stili di vita e azioni di prevenzione sanitaria, il 30% alla predisposizione genetica, il 15% al contesto sociale e solo il 10% alle inadeguatezze delle cure (McGinnis, 2013).

Eppure il dibattito sulla sanità e sulle risorse resta ancorato al paradigma "medico-farmaco". E gli investimenti in prevenzione sono limitati.

Tratto da: «la politerapia nell'anziano: efficacia e rischio» 2014 – dr Rosario Falanga (MMG tutor – PN)

IL PARDIGMA CORRETTO VEDE ESSERE INVECE …

Quello MEDICO – PAZIENTE

Infatti «***Il farmaco è qualcosa di più di una semplice compressa o di una fiala, è qualcosa di inanimato che diventa un utile aiuto all'interno della relazione medico-paziente***.»

Che noi di CARD vogliamo ulteriormente sviluppare nella relazione…

PERSONA ⇆ OPERATORE SANITARIO (CARE-DISEASE MANAGER)