

Napoli
15 Dicembre 2017
Villa Doria D'Angri

HIV e HCV

alla ricerca di nuovi modelli organizzativi "sostenibili".
Quale è il ruolo della *Real World Evidence*?

Real World Data e Real World Evidence a supporto di una programmazione sanitaria regionale consapevole e strategica

Lamberto Manzoli (a)

Maria Elena Flacco (b)



- (a) Professore ordinario di Epidemiologia, Biostatistica, e Management sanitario, Università di Ferrara; Responsabile Registro Tumori Regionale, Registro Malattie Rare, PNE – ASR-Abruzzo
- (b) Dirigente Medico, ASL dell'Alto Adige

La barriera “culturale”

Monitoraggio griglia LEA 2014-2015



Regione	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia R.	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	176
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160

Monitoraggio LEA:

2.2. Griglia Indicatori LEA (2015)

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione				Dato mancante o palesemente errato -1
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%	tutte >= 92%	una < 92%	più di una < 92%	
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2	>= 95,0%	92,0% - 94,9%	< 92,0% e in aumento	< 92,0% e non in aumento	
		3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in		0%	60,0% - 74,9%	< 60,0% e in aumento	< 60,0% e non in aumento	
2	Preve	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto		= 9	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4	
3	Preve	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita		5,0	80,0 - 84,9	< 80,0 e in aumento	< 80,0 e non in aumento	invio entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento
				alenza ta della one con io >=2 a un IC	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio >=2 presenta un IC	(si può calcolare solo a partire dal secondo anno) si considera uno scostamento non	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio >=2 presenta	

Monitoraggio LEA:

2.2. Griglia Indicatori LEA (2015)

7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	0,59	<= 141,00	141,01 - 209,00	> 209,00 e in diminuzione	> 209,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco	0,59	<= 409,00	409,01 - 446,00	> 446,00 e in diminuzione	> 446,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
8	Distrettuale anziani	8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,35	≥ 1,88	≥ 1,56 e < 1,88	< 1,56 e in aumento	< 1,56 e non in aumento	copertura totale Asl
9	Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,17	≥ 9,80	≥ 4,81 e < 9,80	< 4,81 e in aumento	< 4,81 e non in aumento	copertura totale ASL
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,29	≥ 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,59	≥ 0,50	0,41 - 0,49	< 0,41 e in aumento	< 0,41 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione

Monitoraggio LEA:

2.2. Griglia Indicatori LEA (2015)

		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,35	$\geq 0,22$	0,16 - 0,21	< 0,16 e in aumento	< 0,16 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	$\geq 0,60$	0,50 - 0,59	< 0,50 e in aumento	< 0,50 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	$\geq 0,45$	0,35 - 0,44	< 0,35 e in aumento	< 0,35 e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
11	Distrettuale malati terminali	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,47	> 1	$\geq 0,5$ e ≤ 1 e in aumento	$\geq 0,5$ e ≤ 1 e non in aumento	< 0,5	vedi note per l'elaborazione
12	Distrettuale farmaceutica	12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	0,50	> 90,00%	70,00% - 90,00%	50,00% - 69,99%	< 50%	Dati mancanti
13	Distrettuale	13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,59	5,10 - 7,50	3,00 - 5,09 o 7,51 - 9,00	< 3,00 e in aumento o > 9,00 e non in aumento	< 3,00 e non in aumento o > 9,00 e in aumento	copertura totale ASL/AO
14	Distrettuale salute mentale	14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,17	$\geq 10,82$	$\geq 8,47$ e < 10,82	< 8,47 e in aumento	< 8,47 e non in aumento	copertura totale Asl

Monitoraggio LEA:

2.2. Griglia Indicatori LEA (2015)

15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	$\leq 160,00$	160,01 - 170,00	> 170,00 e non in aumento	> 170,00 e in aumento	vedi note per l'elaborazione
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	$\leq 7,00$	7,01 - 12,00	> 12,00 e in diminuzione	> 12,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	$\leq 90,00$	90,01 - 105,00	> 105,00 e in diminuzione	> 105,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
16	Ospedaliera	16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	$\geq 42,00\%$	39,00% - 41,99%	< 39,00% e in aumento	< 39,00% e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
17	Ospedaliera	17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	2,5	$\leq 0,21$	0,22- 0,24	> 0,24 e in diminuzione	> 0,24 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione

Monitoraggio LEA:

2.2. Griglia Indicatori LEA (2015)

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione				Dato mancante o palesemente errato -1
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	
18	Ospedaliera	18.1 Percentuale parti cesarei primari	1	<= 20,00%	20,01% - 24,00%	> 24,00% e in diminuzione	> 24,00% e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	0,11	<= 18,00%	18,01% - 26,00%	> 26,00 e in diminuzione	> 26,00 e non in diminuzione	vedi note per l'elaborazione
19	Ospedaliera	19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	>= 55,00%	33,00% - 54,99%	< 33,00% e in aumento	< 33,00% e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
21	Emergenza	21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1	<= 18	19 - 21	22 - 25	>= 26	copertura totale centrali 118

- 24 Indicatori per i quali è necessaria un'analisi di routine dei flussi sanitari

Richiesti dalla normativa

- **Registro Tumori Regionale (con Anatomie Patologiche)**
- **Registro delle Malattie Rare**
- **Altri Registri di Patologia**
- **Monitoraggio della qualità assistenziale e volumi (PNE)**
- **Monitoraggio delle liste d'attesa**
- **Monitoraggio della spesa farmaceutica (inclusa appropriatezza)**
- **Calcolo del Fabbisogno:**
 - **Analisi dei consumi territoriali**
 - **Banca Dati Assistibili**

La situazione in Abruzzo: ASR e Assessorato



The screenshot displays the website for ASR ABRUZZO (Agenzia Sanitaria Regionale). The header features the ASR ABRUZZO logo, the text "AGENZIA SANITARIA REGIONALE", and a medical symbol. The main content area is titled "ASR ABRUZZO - NEWS" and includes a section for "NOTIZIE IN PRIMO PIANO" with an image of a person holding a sign. Below this, there is a notice about a "Briefing" on Mondays at 8:30 AM and information about "MASTER AUTISMO UNIVERSITA' DELL'AQUILA". The website has a sidebar with navigation menus for "Governo clinico", "Autorizzazione e accreditamento", and "ECM".

ASR ABRUZZO - NEWS

NOTIZIE IN PRIMO PIANO

Tutti i lunedì alle ore 8,30 **Briefing** presso la sala riunioni della ASR Abruzzo

MASTER AUTISMO UNIVERSITA' DELL'AQUILA

MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO: TECNICO IN APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS (ABA) PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO: APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS (ABA) E TECNICHE EVIDENCE-BASED NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

[Brochure autismo master.pdf](#)

Governo clinico

- Livelli Essenziali di Assistenza
- Liste di attesa
- Rischio clinico
- Health Technology Assessment

Autorizzazione e accreditamento

- O.R.A.
- G.E.R.A.
- C.C.R.A.
- Normativa nazionale
- Normativa regionale
- Documenti

ECM

Agenzia

- Home
- Chi siamo
- Sede
- Direzione ASR Abruzzo
- Personale
- URP
- Sicurezza sul lavoro
- Albo pretorio
- Amministrazione trasparente
- Fatturazione Elettronica
- Mappa del sito

Utilità

- Avvisi e concorsi

□ 4 precari (ora 2..), e 1 consulente

On the use of Disease Staging for clinical management: analysis of untimely admissions in the Abruzzo Region, Italy

Ann Ig 2007; 19: 187-192

Analisi tramite *Disease Staging* della tempestività dei ricoveri quale indice di appropriatezza di utilizzo dell'assistenza ospedaliera: assenza di miglioramento nella Regione Abruzzo nel quinquennio 2001-2005

Ann Ig 2008; 20: 365-387

**Valuta
pubbl
per p
implic**

Valutazione dell'appropriatezza organizzativa degli ospedali pubblici abruzzesi tramite PRUO, Disease Staging, e mediante il calcolo dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo i "nuovi" e "vecchi" LEA: risultati e grado di concordanza tra le diverse metodiche

Ann Ig 2010; 22: 113-129

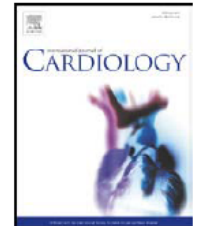
L. Manzo
G. Angel
F. Di Sta

L. Manzoli^{1,2}, V. Di Candia³, A. Mucciconi⁴, T. Di Corcia³, M.A. Ceccagnoli⁵, C. Chiatti⁶, E. Cau⁷, L. Capasso¹, M. Di Virgilio³, G. Angeli³, P. Di Giovanni⁸, M. Panella⁹, F. Di Stanislao⁶, F. Schioppa¹



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard

Cardiovascular risk of the general population assessed through SCORE and CUORE charts: An extensive survey by the General Practitioners from Abruzzo, Italy[☆]

Lamberto Manzoli^{a,b,*}, Walter Palumbo^c, Pierluigi Ruotolo^d, Massimiliano Panella^e,
Andrea Mezzetti^f, Francesco Di Stanislao^g

A. Total sample			
CUORE chart	Overall	Males	Females
Risk level	(n = 155,900)	(n = 73,540)	(n = 82,360)
<i>Low</i>			
<5%	66.02	41.17	88.20
<i>Intermediate</i>			
5%–9.9%	18.46	27.66	10.24
10%–14.9%	8.68	16.93	1.31
15%–19.9%	3.57	7.36	0.18
<i>High</i>			
20%–29.9%	2.90	6.08	0.06
>30%	0.38	0.79	0.01

AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy

Lamberto Manzoli¹, Maria Elena Flacco¹, Corrado De Vito², Silvia Arcà³, Flavia Carle³, Lorenzo Capasso¹, Carolina Marzuillo², Angelo Muraglia⁴, Fabio Samani⁵, Paolo Villari²

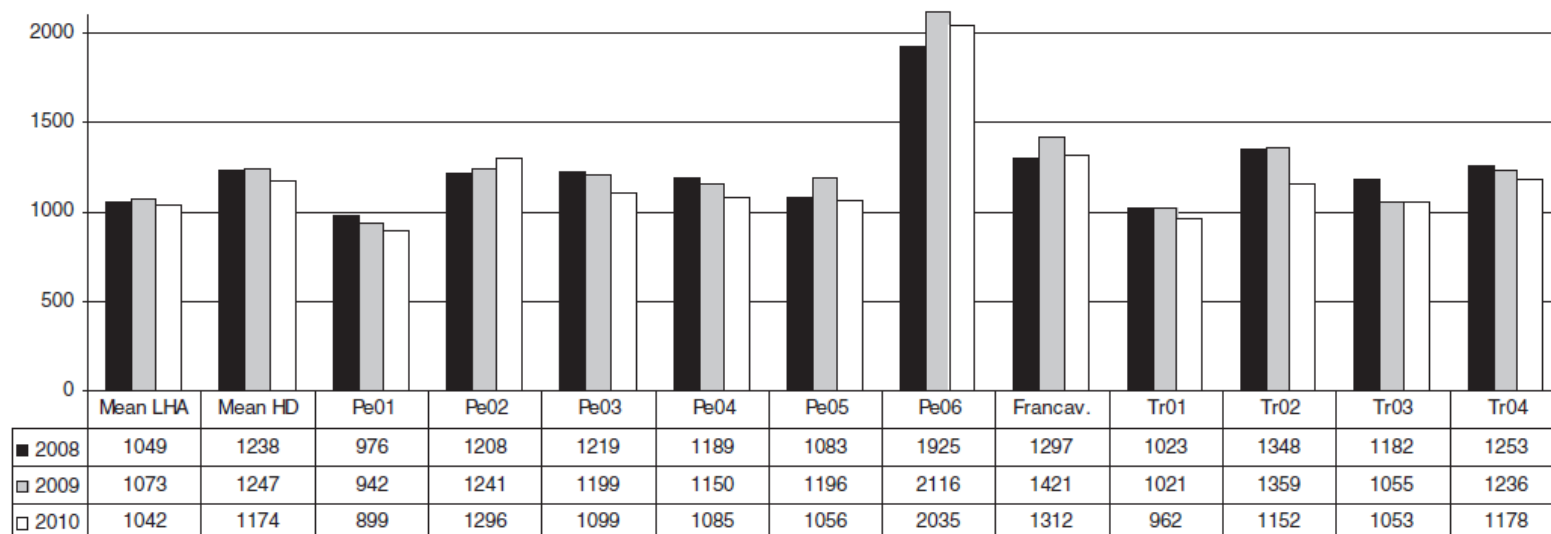
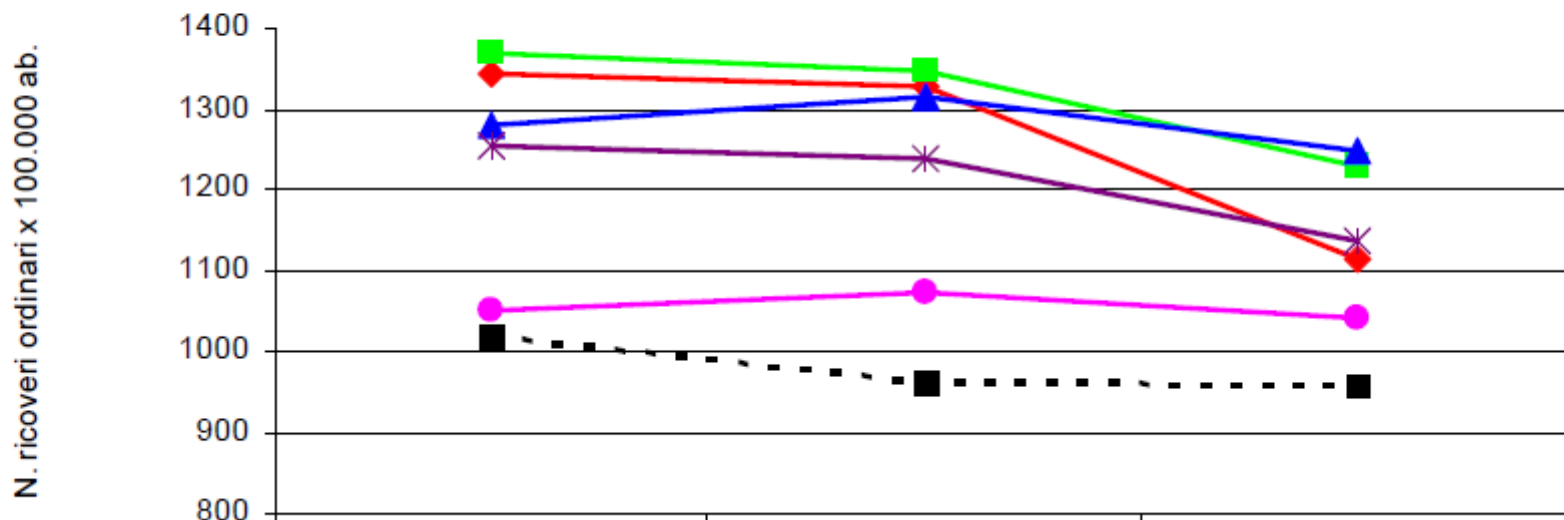


Figure 2 PQIs: PQI 90—overall hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions in 11 health districts from three Italian LHAs (LHA of Pescara: Pe01–Pe06; LHA of Lanciano-Vasto-Chieti: district of Francavilla; LHA of Trieste: Tr01–Tr04); years 2008–10

Tavola 7. Dotazione di posti letto ospedalieri in regime ordinario, e fabbisogno (residenti e mobilità passiva) sulla base dei dati di produzione 2010.

AHRQ Prevention Quality Indicator 90 - Tasso Complessivo di ricovero per patologie di pertinenza territoriale - Anni 2008-2010



	2008	2009	2010
◆ Av-Sul-AQ	1343	1328	1113
■ Lan-Vas-CH	1367	1345	1230
▲ Pescara	1280	1315	1246
■ Teramo	1021	963	958
* Media Abruzzo	1253	1238	1137
● Media Altre Regioni *	1049	1073	1042

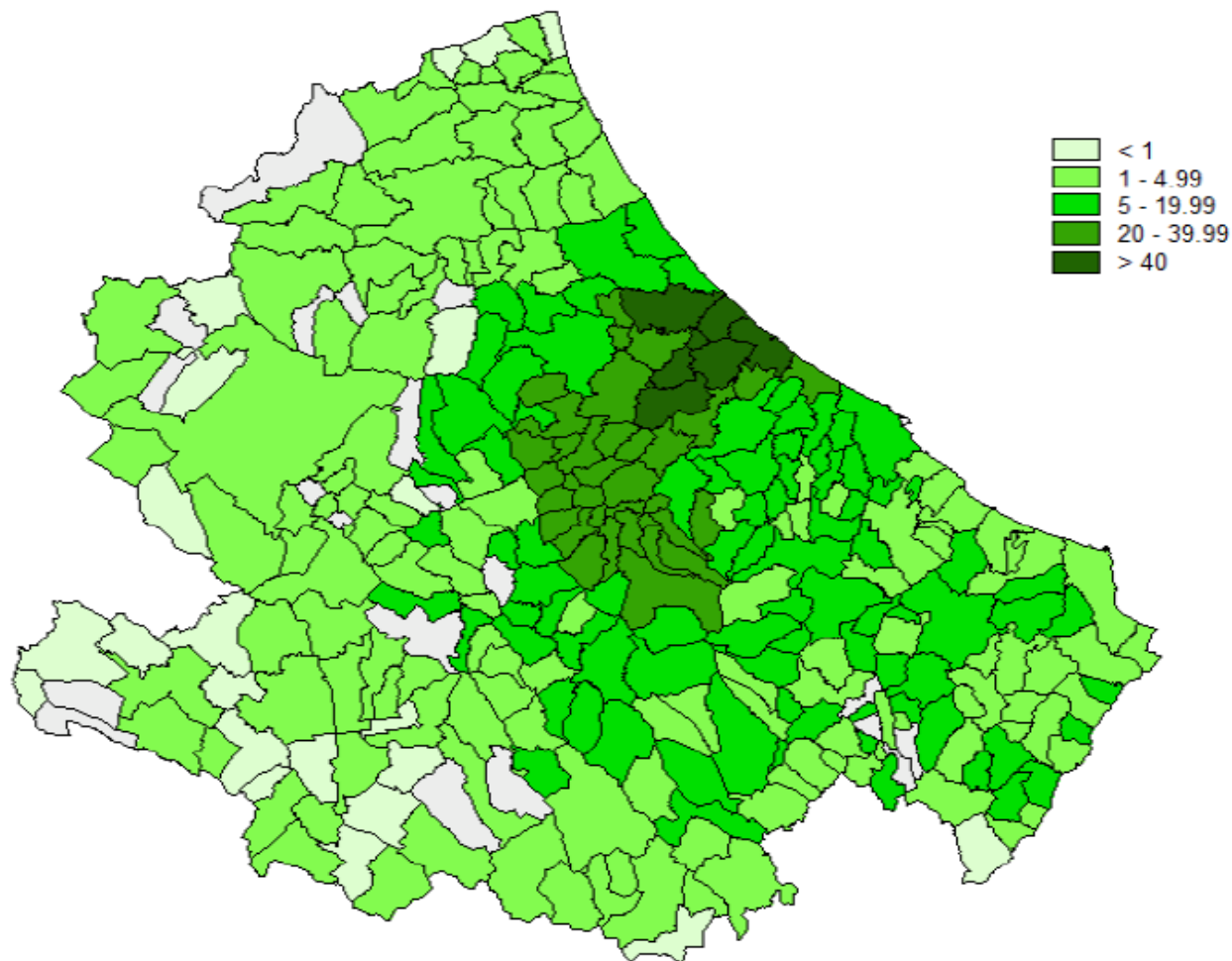
* Basato su un tasso di occupazione medio pari al 75%, includendo anche la mobilità passiva ed escludendo la mobilità attiva (vedere testo per ulteriori, necessari dettagli). ** Basato su un tasso di occupazione medio pari all'80%, includendo anche la mobilità passiva ed escludendo la mobilità attiva (vedere testo per ulteriori, necessari dettagli).

Figura 1. Percentuale di ricoveri ospedalieri effettuati fuori regione sul totale dei ricoveri di ciascun comune.

MOBILITÀ PASSIVA EXTRA-REGIONALE

Figura 8. % di ricoveri ospedalieri svolti nel P.O. di Pescara sul totale dei ricoveri di ciascun comune.

PO di Pescara



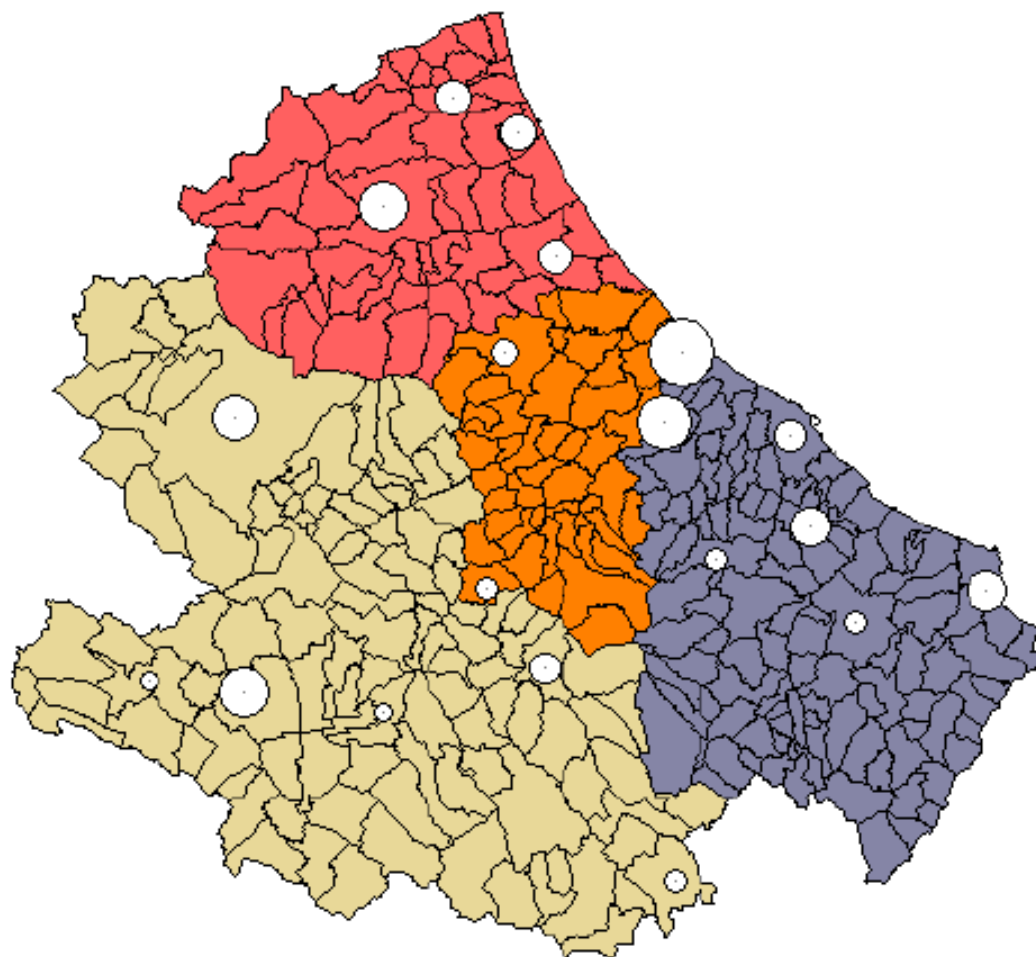
Metodologia di Calcolo dei poter

Agenzia



Accessi in Pronto Soccorso Anno 2010

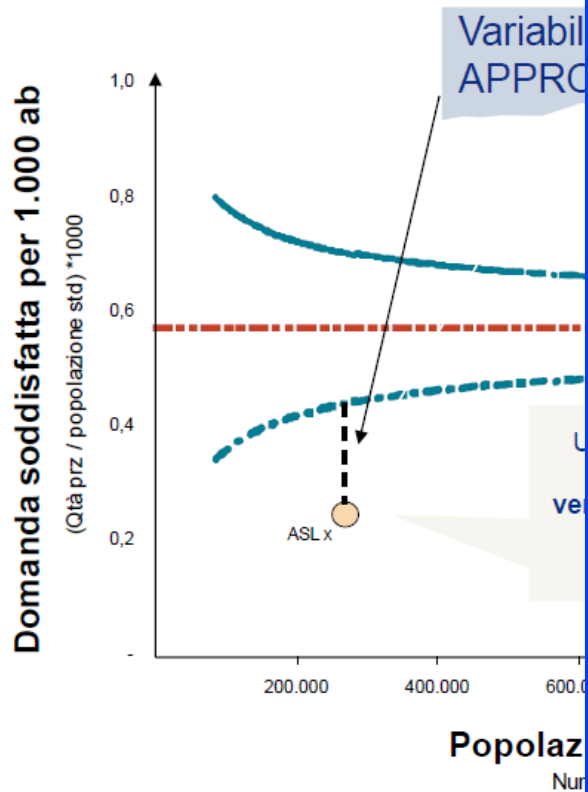
Ospedali
01 L'Aquila
02 Sulmona
03 Avezzano
05 C. Sangro
06 Tagliacozzo
14 Teramo
15 Giulianova
16 Atri
17 S. Omero
18 Pescara
19 Penne
20 Popoli
26 Chieti
28 Lanciano
29 Vasto
30 Atessa
31 Guardiagrele
32 Ortona
Totale



Pescara, 13 Dicembre 2013

ASR ABRUZZO

Figura 3 – Il posizionamento nelle aree della



REGIONE ABRUZZO

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

2014-2018

Dipartimento per la Salute e il Welfare
Regione Abruzzo

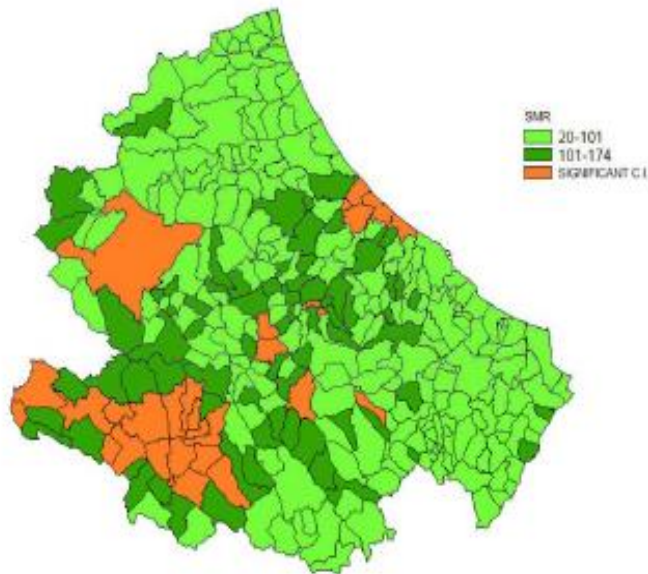
Richiesti dalla normativa

- **Registro Tumori Regionale (con Anatomie Patologiche)**
- **Registro delle Malattie Rare**
- **Altri Registri di Patologia**
- **Monitoraggio della qualità assistenziale e volumi (PNE)**
- **Monitoraggio delle liste d'attesa**
- **Monitoraggio della spesa farmaceutica (inclusa appropriatezza)**
- **Calcolo del Fabbisogno:**
 - **Analisi dei consumi territoriali**
 - **Banca Dati Assistibili**

I lavori pre-Registro

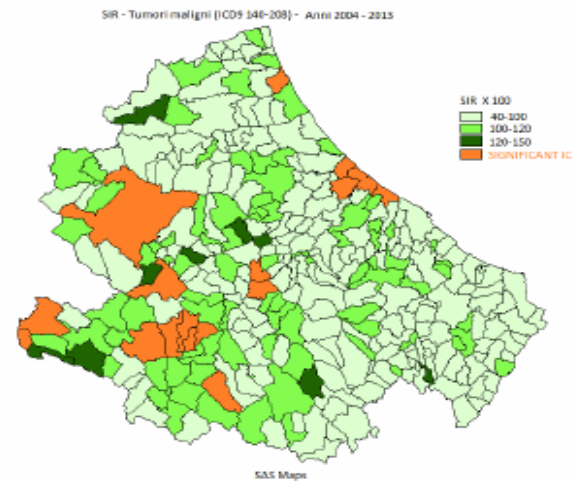
Analisi della prevalenza di tumori nei comuni della Regione Abruzzo

Anni 2006-2011



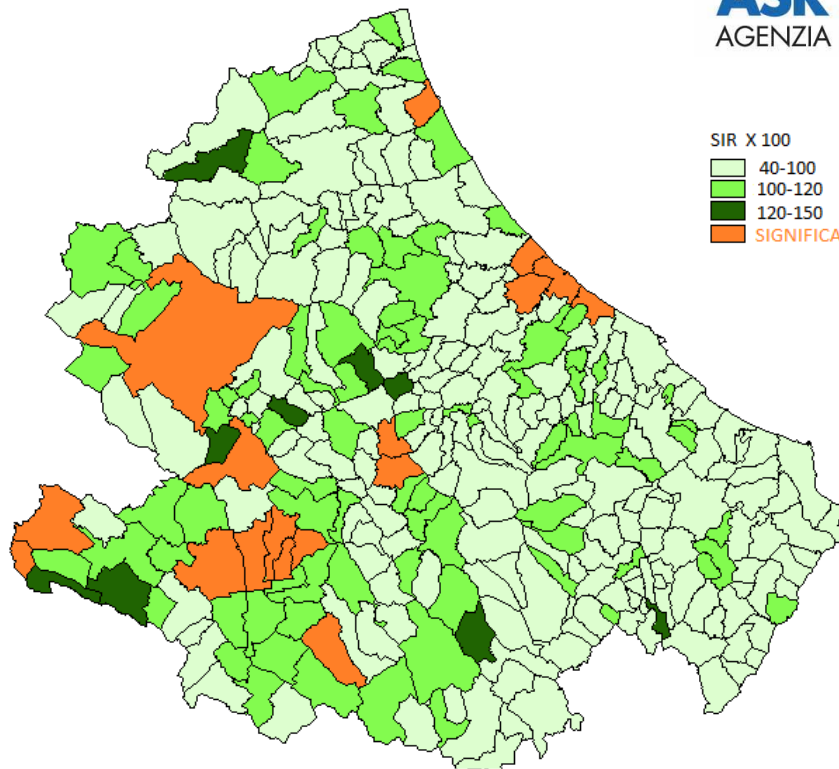
Analisi dell'incidenza di tumori nei comuni della Regione Abruzzo

Anni 2004-2013





SIR - Tumori maligni (ICD9 140-208) - Anni 2004 - 2013



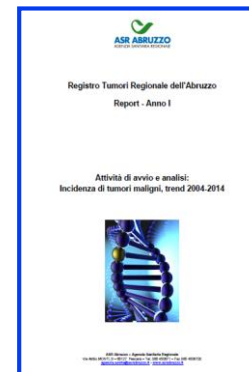
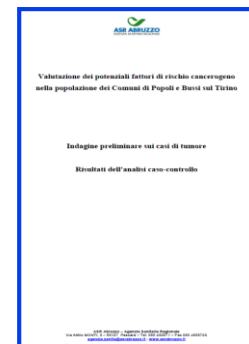
SIR X 100
40-100
100-120
120-150
SIGNIFICANT IC

SAS Ma

Il Registro Tumori Regionale dell'Abruzzo



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE



**Valutazione dei potenziali fattori di rischio cancerogeno
nella popolazione dei Comuni di Popoli e Bussi sul Tirino**

Indagine preliminare sui casi di tumore

Risultati dell'analisi caso-controllo

**Registro Tumori Regionale dell'Abruzzo
Report - Anno I**

**Attività di avvio e analisi:
Incidenza di tumori maligni, trend 2004-2014**



**Valutazione dei potenziali fattori di rischio cancerogeno
nella popolazione dei Comuni di Popoli e Bussi sul Tirino**

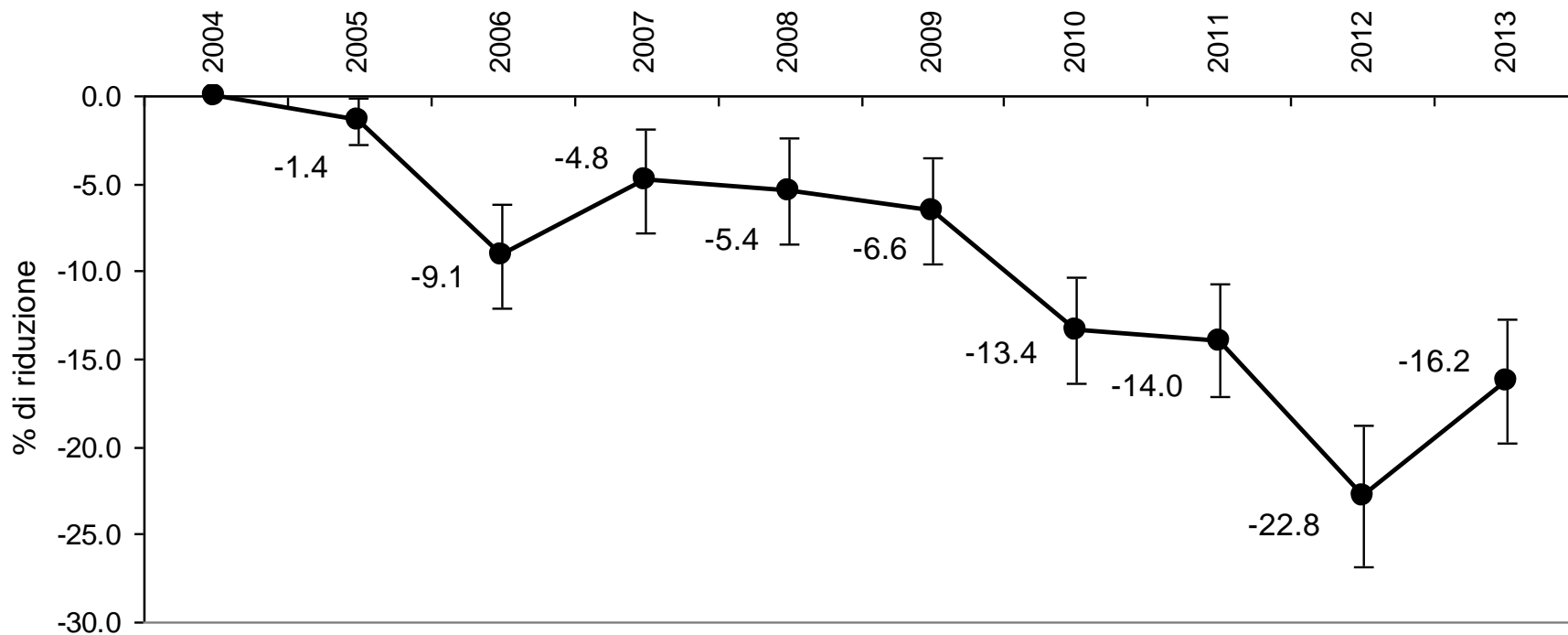
Indagine preliminare sui casi di tumore

Risultati dell'analisi caso-controllo



Registro Tumori Regionale: Alcune analisi specifiche (Marsica)

Incidenza tumori maligni in alcuni comuni della Marsica



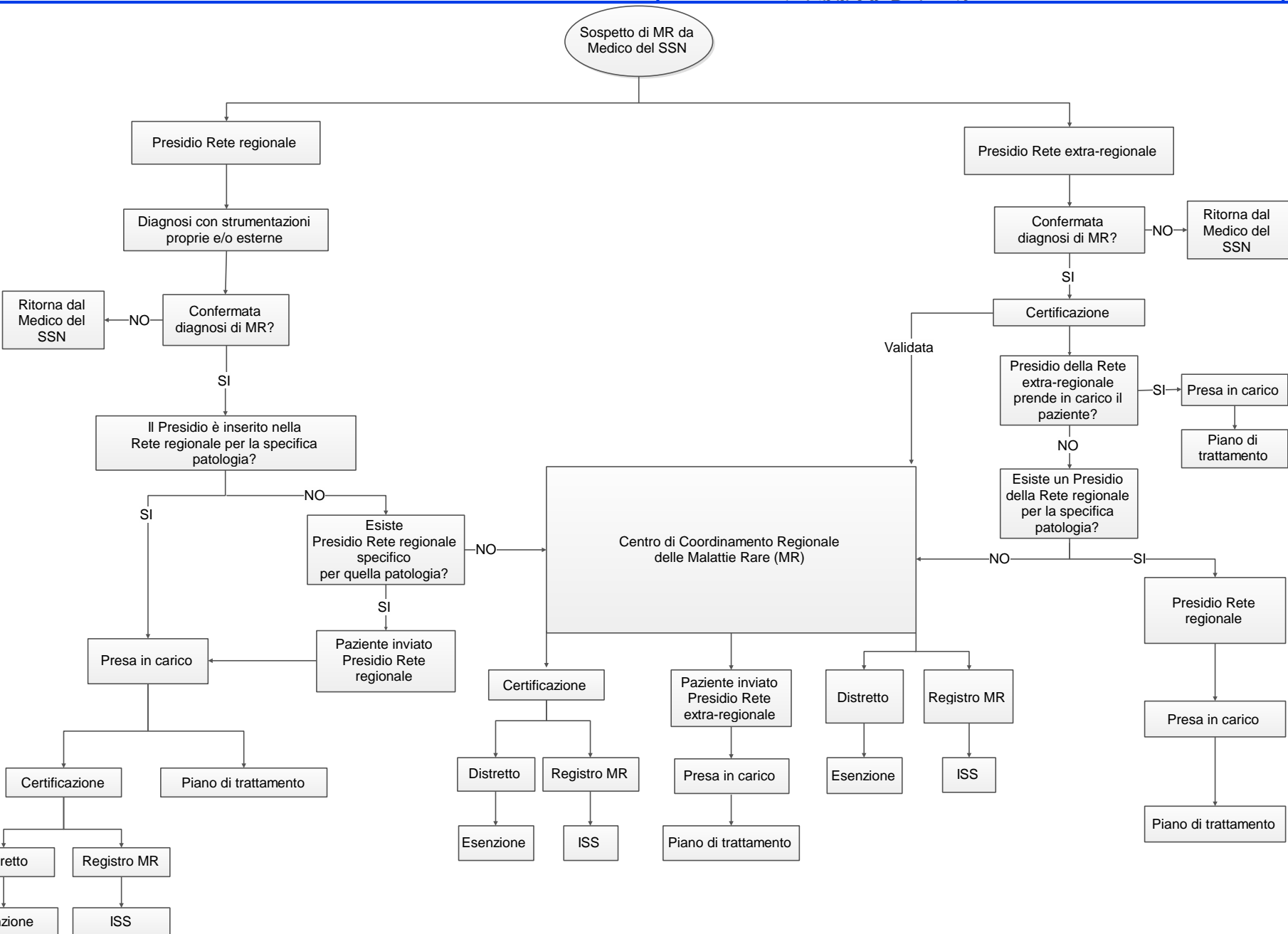
Sedi più frequenti: mammella, colon-retto, polmone, vescica, prostata, stomaco

Alcune analisi specifiche (Atri)

- Negli anni considerati, 649 casi di tumore maligno a carico di residenti, a fronte di 683 casi attesi (tasso grezzo di tumore per 10.000 abitanti pari a 57,3)7
- Il dato complessivo è quindi inferiore alla media regionale
- Non si è osservato un aumento statisticamente significativo dell'incidenza di nessun tumore rispetto alla media regionale

Tavola 1. Incidenza stimata di tumori nel Comune di Atri nel decennio 2004-2013 (fonte database regionale SDO; Report ASR-Abruzzo 2014). SIR = Standardized Incidence Rate; IC = Intervallo di confidenza.

Codici ICD-9-CM	Sede Tumore	SIR	(IC 95%)
	Tutti i tumori maligni	95	(88-103)
153-154.9	Colon-retto	107	(88-130)
155-155.9	Fegato	78	(45-127)
204-208.9	Leucemie	127	(87-179)
200-200.9; 202-202.9	Linfomi Non-Hodgkin	86	(52-135)
174-174.9	Mammella	92	(73-114)
183-183.9	Ovaio	83	(43-145)
157-157.9	Pancreas	72	(41-117)
162-162.9	Polmone	88	(67-112)
185-185.9	Prostata	103	(80-130)
189-189.9	Rene e vie urinarie	136	(94-189)
151-151.9	Stomaco	88	(60-125)
193-193.9	Tiroide	132	(85-194)
179-180.9	Utero, collo	36	(10-92)
182-182.9	Utero, corpo	70	(35-126)
188-188.9	Vescica	101	(76-131)





SALUTE » LE MEDICINE PER RISPARMIARE

» PESCARA

In Abruzzo, per quanto riguarda la cura delle malattie cardiovascolari, la preferenza dei pazienti nella scelta del tipo di farmaco, è nettamente rivolta verso l'uso di quelli di marca, anche se i cosiddetti generici si diffondono bene. Sono questi i dati forniti dall'Arsa, l'Agenzia regionale sanitaria abruzzese, in riferimento all'anno 2013, visto che per gli anni successivi non è stato ancora possibile aggiornare i numeri, per via delle mobilità passive extraregionali non ancora note.

In altre parole, la Regione incaricata (non è l'Abruzzo) non ha espletato l'operazione relativa al conteggio dei farmaci che i pazienti, a livello nazionale, hanno acquistato fuori dalla propria regione di residenza (per un cittadino abruzzese che compra un farmaco in un'altra regione, al di là della recente introduzione della ricetta elettronica, la regione in cui il farmaco è stato acquistato ne chiederà il rimborso alla regione dell'acquirente). E i numeri, dicono che nel 2013 il 64,15% dei farmaci acquistati sono stati quelli "griffati", mentre per il 35,85% si è scelto di affidarsi a quelli generici, per le terapie idonee a fronteggiare problemi cardiovascolari.

In particolare, per quanto riguarda gli inibitori (gli antiipertensivi, come quelli che contengono la molecola Enalapril), il 59,77% dei pazienti ha chiesto in farmacia il medicinale di marca, contro il 40,23%, che ha optato per un farmaco equivalente. Ancora più marcate le differenze per l'acquisto di statine (necessarie per l'eliminazione del colesterolo in eccesso, si pensi alla simvastatina e alla atorvastatina), per le quali il 63,53% ha scelto il "branded" e il restante 36,47% l'equivalente. Quasi il 70%, invece (il 69,59%), ha optato, come acquisto di betabloccanti contro l'ipertensione (ad esempio, i farmaci che contengono come principio attivo il carvedilolo), il prodotto firmato, mentre il 30,41% ha deciso per il generico.

Il farmaco è equivalente ma i griffati vanno di più

I dati dell'Agenzia sanitaria sul trattamento delle patologie cardiovascolari
Il prof. Manzoli: «Prodotti generici comunque in crescita, dipende dai medici»

FARMACI DI MARCA E GENERICI						
TIPO DI FARMACO	MARCA	%	GENERICI	%	TOTALE	%
STATINE (anticolescerolo)	553,800	63,53	203,092	36,47	556,892	100
BB (betabloccanti)	93,951	69,59	41,054	30,41	135,005	100
ACE (inibitori)	53,102	59,77	35,743	40,23	88,845	100
TOTALE	550,853	64,15	279,889	35,85	790,742	100

DATI RELATIVI AL CONSUMO REGIONALE DI FARMACI PER TERAPIE CARDIOVASCOLARI NEL 2013 (ULTIMO DATO DISPONIBILE)
FONTE: ASR ABRUZZO



L'epidemiologo Lamberto Manzoli

Percentuali che più o meno si ripetono tra le diverse Asl locali. Se all'Aquila, la zona dove i farmaci di marca sono stati venduti di più, la media è stata del 66,52%, a Chieti si è asse-

LE PAROLE

Hanno la stessa quantità di principio attivo

Per farmaco generico si intende un medicinale che contiene la stessa quantità di principio attivo e presenta la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto. La protezione offerta dal brevetto permette all'azienda, che ha sostenuto i costi di ricerca e di lancio di un farmaco innovativo, di mantenere il monopolio nella vendita di questo farmaco per un periodo di alcuni anni. Al termine del periodo di protezione

brevettuale un farmaco può essere prodotto da altre aziende farmaceutiche e offerto sul mercato a un prezzo inferiore. La legge italiana ha introdotto il termine equivalente su disposizione del ministero della Salute, onde evitare che il termine generico potesse essere considerato in qualche misura riduttivo per questa tipologia di farmaci. Tuttavia entrambi i termini sono corretti.

stata sul 64,46%, mentre a Teramo è stata del 63,1% e a Pescara del 62,28%.

«Per quanto ci siano motivazioni logiche e legittime», spiega Lamberto Manzoli, respon-

sabile del registro tumori dell'Arsa - che ha recentemente pubblicato, con la studiosa pescarese, Maria Elena Flacco e altri scienziati, un articolo scientifico relativo all'utilizzo

dei farmaci generici in problemi cardiovascolari, sulla terza rivista al mondo del settore epidemiologia, *Bur J Epidemiol* -, «nella prescrizione dei farmaci di marca, il generico non è un'opzione da sottovalutare o da respingere, perché comunque la letteratura scientifica ci rassicura sull'equivalenza clinica, dunque sulla sua sicurezza e sulla sua efficacia rispetto al prodotto di marca. Tuttavia in Abruzzo ci aspettavamo un dato più basso, per quanto riguarda l'uso dei farmaci generici».

Manzoli, che è anche docente di Epidemiologia alla d'Annunzio, fa notare che in Abruzzo sono marcate le differenze tra medico e medico: «Alcuni di essi prescrivono per l'80% farmaci generici, altri invece si fermano al 10%».

Ma qual è la decisione migliore che un paziente dovrebbe prendere, nella scelta tra un farmaco equivalente o uno di marca, i quali hanno ambedue lo stesso principio attivo, ma differiscono in tutto il resto, come negli eccipienti e le capsule?

«Se uno si trova bene col suo farmaco, vada avanti. Ma chi deve cominciare una terapia», risponde il docente, «può iniziare con i generici. Casomai, poi, può anche cambiare».

E se da un lato, rileva infine Manzoli, si registra «un lento aumento del consumo dei farmaci generici», dall'altro, non esiste una percentuale ottimale da raggiungere. «Impossibile dirlo», conclude lo studioso.

Vito de Luca
OPERAZIONE REGIONALE

Tavola 1. Fabbisogno
Metodologia, basata
tasso di occupazio

Id	Setting
1.1	RESIDENZE
2.1	RESIDENZE
2.2	RESIDENZE
2.3	SEMIRESIDENZE
1.3	SEMIRESIDENZE
3.4	RIABILITAZIONE
3.5	RIABILITAZIONE
3.1	RSA DISABILI
3.2	RESIDENZE
3.6	SEMIRESIDENZE
3.3	SEMIRESIDENZE
4.0	CENTRO DIAGNOSTICO
5	SRP.1 (STRUTTURE)
5	SRP.2 (STRUTTURE)
5	SRP.3.1 (CENTRO)
5	SRP.3.1 (CENTRO)
	TOTALE

ità

letto

fetti

o descritto nella
assumendo un

Fabbisogno
Stimato PL

95

205

60

8

8

38

32

12

8

5

156

10

35

35

20

15

742



A

□ A