

Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera

Il farmaco costituisce uno strumento terapeutico utile per curare malattie, alleviare sintomi e prevenire e rallentare l'insorgenza di alcune condizioni morbose.

Un uso appropriato dei farmaci contribuisce ad una vita più lunga e di migliore qualità, mentre un uso eccessivo e non appropriato comporta rischi per la salute e può essere causa di malattie. Un uso inappropriato dei farmaci, oltre alle conseguenze negative sulla salute, determina anche uno spreco di risorse.

In Italia, l'erogazione di farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è assicurata sia attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale, sia attraverso l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

L'assistenza farmaceutica territoriale assicura a tutti i cittadini una copertura gratuita (in alcune regioni con pagamento di ticket) dei farmaci per tutte le più importanti condizioni (dall'ipertensione al diabete, dai tumori alle malattie infettive, etc.). A livello nazionale e regionale, ed anche in molte Aziende Sanitarie Locali (ASL), il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale è costantemente monitorato attraverso uno specifico sistema informativo. Questo sistema di monitoraggio, principalmente originato dai dati di dispensazione delle farmacie, è in grado di produrre informazioni aggiornate su utilizzo e spesa dei farmaci con possibilità di disaggregare i dati dalle varie classi terapeutiche alle singole confezioni e, geograficamente, dal livello nazionale a quello di singola ASL. Questo sistema di monitoraggio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei, capaci di monitorare in maniera analitica e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

L'assistenza farmaceutica ospedaliera garantisce ai cittadini l'erogazione gratuita di farmaci da parte del SSN nel momento in cui un cittadino viene preso in carico presso una struttura sanitaria pubblica. Da questo punto di vista, infatti, il sistema farmaceutico italiano assicura a tutti i cittadini una copertura totalmente gratuita di tutte le spese sanitarie e per farmaci, legate ad una patologia o ad un evento che determina il ricovero presso una struttura ospedaliera pubblica o convenzionata con il SSN. A partire dall'anno 2007 il consumo di farmaci impiegati dalle strutture sanitarie pubbliche è costantemente monitorato, a livello nazionale e regionale, ed in ogni singola struttura sanitaria pubblica, attraverso uno specifico sistema informativo, denominato "tracciabilità del farmaco". Questo sistema di monitoraggio, che prevede la tracciatura del consumo e della spesa di ogni specialità medicinale acquistata da ogni singola struttura sanitaria presente sul territorio nazionale, è in grado di produrre informazioni sull'utilizzo e la spesa dei farmaci con possibilità di effettuare numerose analisi.

L'assistenza farmaceutica presenta, tuttavia, alcuni punti di debolezza e criticità, costituiti anzitutto dall'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni. Esiste, inoltre, un problema, comune a tutti i Paesi europei, di sostenibilità del sistema farmaceutico pubblico a seguito dell'introduzione di farmaci nuovi per terapie innovative, sempre più costosi, e a seguito del generale invecchiamento della popolazione con conseguente aumento del consumo di farmaci.

In questo capitolo vengono descritti i consumi e la spesa farmaceutica per regione (con disaggregazione anche a livello di ASL), l'uso di farmaci a brevetto scaduto, la spesa farmaceutica privata sostenuta da parte dei cittadini ed i consumi e la spesa farmaceutica ospedaliera a carico del SSN per regione.

Il capitolo contiene anche un'analisi del consumo totale di antibiotici e di alcune specifiche classi (chinoloni, cefalosporine, amino glicosidi).

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come Dosi Definite Giornaliere (DDD), che rappresentano “la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti” (1).

Il consumo in DDD è generalmente espresso come “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abi-

tanti.

L'indicatore consente di:

- sommare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, indipendentemente dalla classe e categoria farmaceutica, in quanto depura le differenze legate alle confezioni ed alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (nazione, regione, ASL);
- realizzare confronti fra realtà territoriali diverse, nazionali ed internazionali;
- condurre confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione (pesata per età) x 365}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata, con esclusione, quindi, dei consumi ospedalieri e della Distribuzione Diretta (DD), ovvero la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche in alternativa a quelle convenzionali, e della Distribuzione per Conto (DpC). Le definizioni di DD e DpC sono indicate nella sezione della spesa territoriale (pag. 317), nel paragrafo validità e limiti.

La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e sesso e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono pesati utilizzando il sistema di pesi, predisposto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, costituito da 7 fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe 15-44 anni. Dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici 2-3.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito. Valori di riferimento più bassi potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi, ma potrebbero anche essere indice di forme di razionamento.

Descrizione dei risultati

Il consumo farmaceutico territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è in costante aumento. Nel 2008 a livello nazionale sono state prescritte 924 dosi ogni 1.000 ab die, con un incremento del 5% rispetto al 2007 e del 37,1% rispetto al 2001.

Rispetto al valore nazionale (924 DDD/1.000 ab die) alcune regioni hanno mostrato consumi di entità superiore, quali Calabria (1.054), Sicilia (1.034), Lazio (1.032), Puglia (1.019) e Campania (1.003); mentre continuano a presentare valori di consumo inferiori le Province Autonome di Bolzano (691) e di Trento (784), la Lombardia (816), il Piemonte (839) e la Valle d'Aosta (843).

Le regioni con il maggior incremento di consumi nel periodo 2001-2008 sono il Molise (50,7%), la Basilicata (48,9%) e la Puglia (44,7%), mentre la Lombardia (31,9%), la Liguria (32,8%) e la Sicilia (34,8%) hanno presentato i minori incrementi.

Tra il 2007 ed il 2008 tutte le regioni hanno mostrato un aumento dei consumi, Calabria, Puglia e Molise hanno raggiunto un incremento nei consumi superiore al 7%, mentre il Lazio ha registrato un incremento dell'1,2%.

Come per il 2007, l'analisi dei consumi a livello di ASL continua a mostrare una variabilità nella distribuzione geografica. Le prime quattro ASL a maggiore consumo sono localizzate nel Lazio, seguono, l'Emilia-Romagna e l'Umbria, mentre quelle a minore consumo sono localizzate nella Provincia Autonoma di Bolzano, seguono la Toscana, la Lombardia ed il Piemonte.

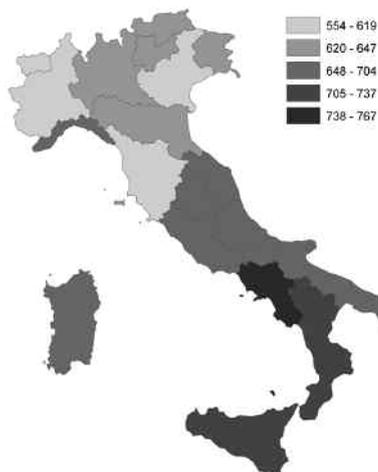
Tabella 1 - Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN e variazioni percentuali, per regione - Anni 2001, 2007, 2008

Regioni	2001	2007	2008	Δ % 2001-2008	Δ % 2007-2008
Piemonte	611	786	839	37,4	6,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	615	816	843	37,0	3,3
Lombardia	619	777	816	31,9	5,1
Bolzano-Bozen*	554	669	691	-	3,2
Trento*	554	748	784	-	4,9
Veneto	632	823	863	36,5	4,8
Friuli-Venezia Giulia	622	837	873	40,4	4,3
Liguria	672	855	892	32,8	4,4
Emilia-Romagna	633	866	903	42,7	4,3
Toscana	647	852	898	38,8	5,4
Umbria	684	902	946	38,3	4,9
Marche	649	856	902	38,9	5,3
Lazio	761	1.019	1.032	35,6	1,2
Abruzzo	673	879	933	38,6	6,2
Molise	596	838	898	50,7	7,2
Campania	737	945	1.003	36,1	6,2
Puglia	704	949	1.019	44,7	7,4
Basilicata	632	887	941	48,9	6,1
Calabria	749	977	1.054	40,7	7,9
Sicilia	767	999	1.034	34,8	3,5
Sardegna	705	920	964	36,7	4,7
Italia	674	880	924	37,1	5,0

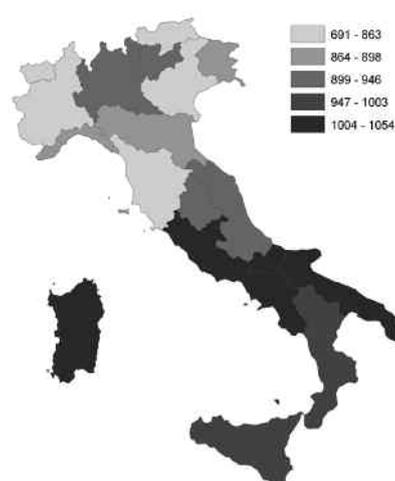
*I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili per il periodo 2001-2004, il dato riportato in tabella va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

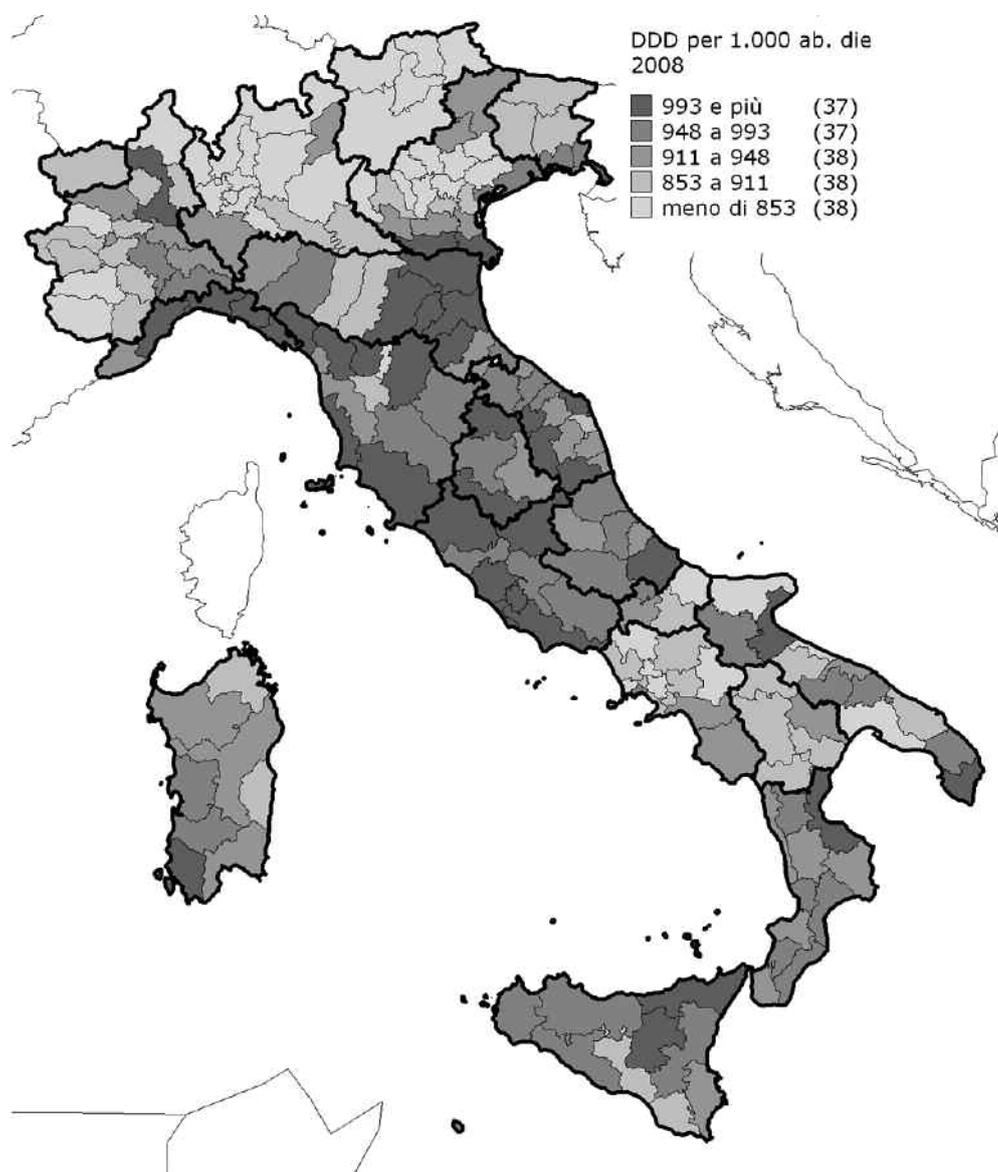
Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN per regione. Anno 2001



Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN per regione. Anno 2008



Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN per ASL. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia esiste ancora una notevole variabilità geografica nel consumo di farmaci, anche dopo aggiustamento dei consumi per età e sesso.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio, di pari passo con lo stato di salute della propria popolazione. È, inoltre, necessario sviluppare ulteriori strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica.

Riferimenti bibliografici

- (1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2008.
- (2) Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008 (parte A).
- (3) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero. Milano 2003.

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale rappresenta la spesa, relativa ai farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e distribuiti dalle farmacie pubbliche e private, comprensiva

degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket (per le regioni dove è applicato).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Spesa farmaceutica SSN
Denominatore	Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla così detta "Distribuzione Diretta (DD)", cioè la distribuzione dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche in alternativa alle farmacie pubbliche e private, comprendente, ad esempio, il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'ospedale. I dati, inoltre, non includono la Distribuzione per Conto (DpC), ovvero l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private.

L'indicatore permette di effettuare un confronto omogeneo dei dati di spesa tra le diverse regioni, tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nella sezione "Consumo totale di farmaci a carico del SSN" la spesa viene pesata in rapporto alla distribuzione della popolazione per fasce di età (1, 2).

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore non è possibile individuare un valore di riferimento definito. Infatti, la scelta dei valori di riferimento minori che potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi, al tempo stesso potrebbero essere indice di una qualche forma di razionamento.

Descrizione dei risultati

La spesa farmaceutica territoriale pro capite a carico del SSN nel 2008 è stata di 213,40 € con un aumento dell'1,7% rispetto al 2001 ed una riduzione dello 0,7% rispetto al 2007. La Calabria (277,00 €), la Sicilia (265,00 €) ed il Lazio (250,90 €) sono state le

regioni con la spesa più elevata sul territorio nazionale, mentre le Province Autonome di Bolzano (149,10 €) e di Trento (164,10 €) e la Toscana (175,20 €) hanno confermato, analogamente agli anni precedenti, i minori valori di spesa.

Similmente ai dati di consumo, anche i dati di spesa mostrano a livello regionale un'ampia variabilità. Dal confronto tra gli anni 2001 e 2008 i maggiori incrementi di spesa sono stati rilevati in Calabria (+16,5%) ed in Molise (+10,7%), mentre in Campania (-7,0%) e Liguria (-6,0%) sono state registrate le più importanti riduzioni.

Nel 2008, la Puglia (+4,0%), il Molise (+2,5%), la Calabria (+2,5%) e l'Abruzzo (+2,3%) hanno registrato i maggiori valori di crescita di spesa pro capite rispetto al precedente anno, mentre il Lazio (-3,3%) e alcune regioni settentrionali, in particolare Valle d'Aosta (-3,1%), Friuli-Venezia Giulia (-3,1%) ed Emilia-Romagna (-2,9%), hanno mostrato i più importanti valori in riduzione.

Il confronto delle variazioni percentuali dei consumi e della spesa rispetto al 2007 (Grafico 1) dimostra un aumento dei consumi in tutte le regioni, diversamente la spesa risulta diminuita in un certo numero di regioni ed aumentata in Puglia, Molise, Calabria, Abruzzo, Campania, Piemonte e Basilicata. Questi aspetti mettono in luce come in queste regioni sia evidente un orientamento prescrittivo verso farmaci a maggior costo.

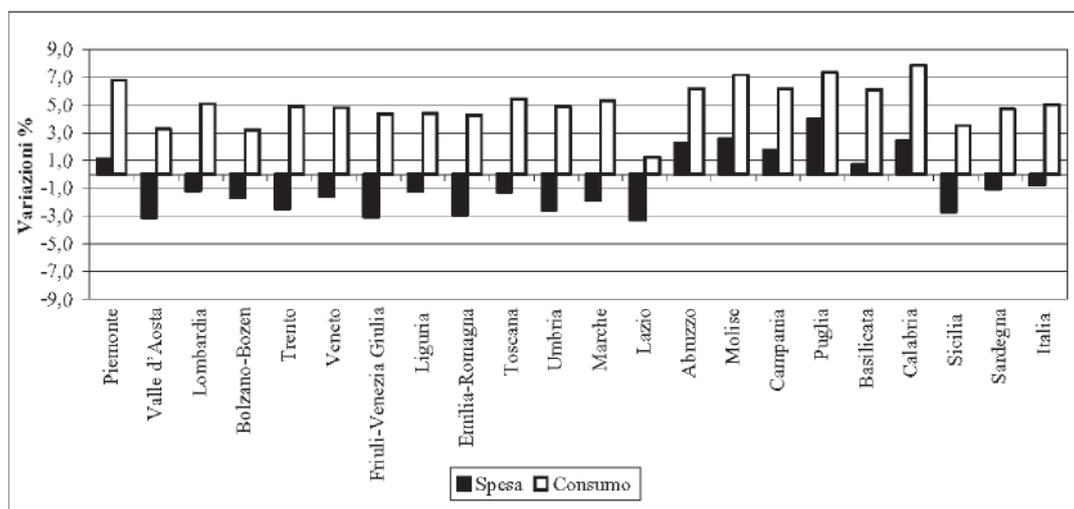
Le ASL a maggiore valore di spesa sono localizzate nel Lazio, in Calabria ed in Sicilia, quelle a minore valore di spesa sono localizzate nella PA di Bolzano, in Toscana, in Emilia-Romagna, in Veneto ed in Lombardia.

Tabella 1 - Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (€) pesata per età a carico del SSN e variazioni percentuali, per regione - Anni 2001, 2007, 2008

Regioni	2001	2007	2008	Δ % 2001-2008	Δ % 2007-2008
Piemonte	183,20	195,00	197,20	7,6	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	176,50	182,40	176,80	0,2	-3,1
Lombardia	187,10	197,50	195,20	4,3	-1,2
Bolzano-Bozen*	160,40	151,60	149,10	-	-1,6
Trento*	160,40	168,30	164,10	-	-2,5
Veneto	179,30	188,40	185,40	3,4	-1,6
Friuli-Venezia Giulia	170,20	191,40	185,50	9,0	-3,1
Liguria	213,40	203,00	200,60	-6,0	-1,2
Emilia-Romagna	176,00	182,80	177,40	0,8	-2,9
Toscana	181,60	177,50	175,20	-3,5	-1,3
Umbria	186,00	187,80	183,00	-1,6	-2,6
Marche	194,40	198,90	195,20	0,4	-1,9
Lazio	249,70	259,40	250,90	0,5	-3,3
Abruzzo	221,60	215,30	220,20	-0,6	2,3
Molise	196,50	212,10	217,50	10,7	2,5
Campania	257,80	235,70	239,80	-7,0	1,7
Puglia	235,10	238,60	248,20	5,6	4,0
Basilicata	210,40	208,70	210,20	-0,1	0,7
Calabria	237,70	270,30	277,00	16,5	2,5
Sicilia	260,30	272,30	265,00	1,8	-2,7
Sardegna	219,90	225,90	223,60	1,7	-1,0
Italia	209,90	215,00	213,40	1,7	-0,7

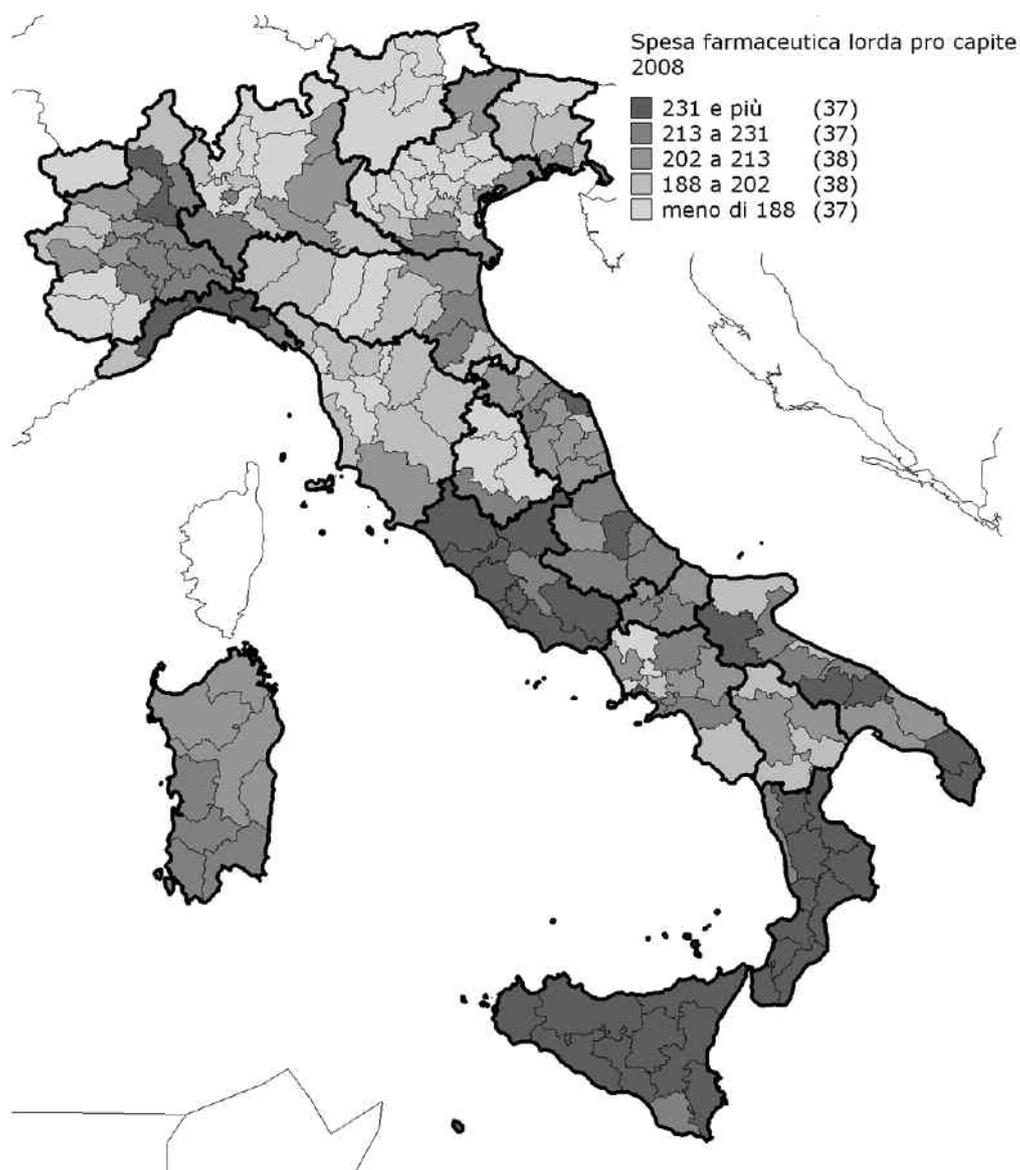
*I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili per il periodo 2001-2004, il dato riportato in tabella va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

Grafico 1 - Variazione percentuale dei consumi e della spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN per regione - Anni 2007-2008

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2007, 2008.

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (€) pesata per età a carico del SSN per ASL. Anno 2008

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Le regioni hanno l'obbligo legale di limitare la spesa farmaceutica entro il limite del tetto sulla spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge 222/2007 e successive integrazioni e modificazioni. Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei sistemi sanitari regionali.

Riferimenti bibliografici

- (1) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008.
- (2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.

Consumo e spesa dei farmaci a brevetto scaduto

Significato. I farmaci godono di un sistema di copertura brevettuale che attribuisce al titolare del brevetto la facoltà di sfruttamento esclusivo della specialità medicinale. Alla scadenza del brevetto possono essere autorizzati dei farmaci “copia” (detti generici o equivalenti), cui per legge sono assegnati prezzi inferiori di almeno il 20% rispetto ai prezzi dei corrispondenti farmaci originatori, determinando risparmi per il

Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per il cittadino, sia attraverso il sistema del prezzo di riferimento e sia innescando meccanismi di mercato che generano riduzioni, anche notevoli, del prezzo delle specialità originatrici.

Il consumo e la spesa dei farmaci a brevetto scaduto rappresentano, pertanto, un indicatore di efficienza della spesa farmaceutica pubblica.

Percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci a brevetto scaduto in Dosi Definite Giornaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Consumo totale di farmaci SSN in Dosi Definite Giornaliere}} \times 100$$

Percentuale di spesa di farmaci a brevetto scaduto

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa netta di farmaci a brevetto scaduto}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa netta totale di farmaci SSN}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati raccolti e le analisi condotte sui farmaci a brevetto scaduto sono effettuate sulla base delle Liste di Rimborso regionali, adottate dalle singole regioni sulla base della Lista di Trasparenza pubblicata dall'Agenzia Italiana del Farmaco in applicazione della Legge 8 agosto 2002, n. 178 e contenente l'elenco dei medicinali e i relativi prezzi di riferimento. A tale proposito va precisato che tali Liste annoverano al loro interno sia i farmaci generici in senso stretto sia le specialità medicinali originatrici a brevetto scaduto. I risultati si riferiscono, quindi, al consumo e alla spesa del mercato dei farmaci a brevetto scaduto, non scorporando in particolare la quota di mercato e di spesa assorbita dal farmaco generico puro. I dati vengono presentati a partire dall'anno 2002 poiché la prima lista di trasparenza è stata emanata nel dicembre 2001.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valori di riferimento si indicano i valori più elevati registrati in Toscana, rispettivamente pari al 48,4% di consumo e al 32,9% di spesa farmaceutica.

Descrizione dei risultati

In Italia, il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto, è più che raddoppiato dal 2002 al 2008, pas-

sando dal 14,0% al 43,2%. Parallelamente, nello stesso periodo, la quota di spesa per i farmaci a brevetto scaduto è passata dal 7,0% al 27,1% della spesa farmaceutica.

Nel periodo 2002-2008 la Toscana è la regione che ha presentato i maggiori incrementi sia nell'uso che nella spesa di farmaci a brevetto scaduto, mentre in Abruzzo e Sardegna si sono registrati i minori incrementi, rispettivamente per l'uso e la spesa di farmaci a brevetto scaduto. Nel 2008 i valori più elevati in termini di percentuale di utilizzo sul totale delle Dosi Definite Giornaliere (DDD) prescritte sono rilevati in Toscana, Lombardia e Veneto, pari rispettivamente al 48,4%, 45,2% e 45,0%. Le regioni a minore percentuale di utilizzo sono la Calabria e la Campania, entrambe con un valore pari al 38,7% del totale delle DDD prescritte, il Molise e la Basilicata, con valori pari rispettivamente al 39,6% e 39,8%.

Le regioni con la percentuale minore di spesa per farmaci a brevetto scaduto sono la Lombardia con un valore pari al 23,4%, nonostante abbia presentato valori percentuali di utilizzo superiori rispetto alla media nazionale ed il Trentino-Alto Adige (25,0%); evidenziando, quindi, un maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto meno costosi.

Tabella 1 - Percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto (DDD/1.000 ab die) e variazioni assolute, per regione - Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002	2007	2008	Δ 2002-2008	Δ 2007-2008
Piemonte	13,5	32,1	43,9	30,4	11,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,3	30,0	42,9	32,6	12,9
Lombardia	12,7	32,3	45,2	32,5	12,9
Trentino-Alto Adige*	10,9	30,4	44,9	34,0	14,5
Veneto	15,3	30,9	45,0	29,7	14,1
Friuli-Venezia Giulia	16,9	29,8	43,6	26,7	13,8
Liguria	17,1	31,9	43,2	26,1	11,3
Emilia-Romagna	18,4	31,3	44,9	26,5	13,6
Toscana	9,0	34,3	48,4	39,4	14,1
Umbria	17,9	30,2	44,7	26,8	14,5
Marche	16,6	30,1	42,3	25,7	12,2
Lazio	10,5	29,1	42,9	32,4	13,8
Abruzzo	7,9	29,2	40,7	32,8	11,5
Molise	16,5	28,7	39,6	23,1	10,9
Campania	17,1	27,7	38,7	21,6	11,0
Puglia	15,6	31,1	41,5	25,9	10,4
Basilicata	14,9	28,7	39,8	24,9	11,1
Calabria	12,3	27,5	38,7	26,4	11,2
Sicilia	14,5	30,5	43,5	29,0	13,0
Sardegna	11,9	30,9	42,1	30,2	11,2
Italia	14,0	30,7	43,2	29,2	12,5

*I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

Percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto (DDD/1.000 ab die) per regione. Anno 2008

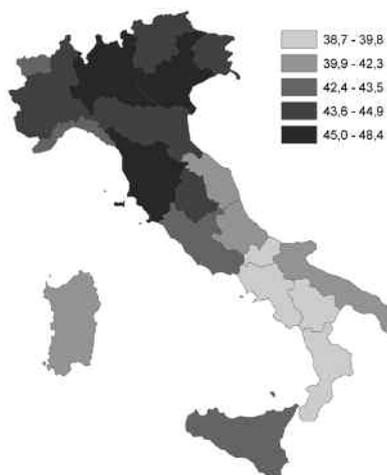


Tabella 2 - Percentuale di spesa di farmaci a brevetto scaduto (€) e variazioni assolute, per regione - Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002	2007	2008	Δ 2002-2008	Δ 2007-2008
Piemonte	5,9	20,1	26,1	20,2	6,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,3	18,8	25,8	20,5	7,0
Lombardia	6,3	17,3	23,4	17,1	6,1
Trentino-Alto Adige*	5,0	18,9	25,0	20,0	6,1
Veneto	7,4	18,4	25,7	18,3	7,3
Friuli-Venezia Giulia	8,3	18,2	25,9	17,6	7,7
Liguria	7,5	22,8	28,3	20,8	5,5
Emilia-Romagna	10,1	22,4	29,7	19,6	7,3
Toscana	5,7	24,5	32,9	27,2	8,4
Umbria	9,7	21,1	29,9	20,2	8,8
Marche	8,4	20,7	27,5	19,1	6,8
Lazio	5,3	19,8	27,0	21,7	7,2
Abruzzo	4,2	20,6	26,0	21,8	5,4
Molise	7,7	19,4	26,3	18,6	6,9
Campania	9,0	20,2	27,2	18,2	7,0
Puglia	7,1	23,0	28,2	21,1	5,2
Basilicata	7,6	20,4	27,1	19,5	6,7
Calabria	6,1	18,4	26,8	20,7	8,4
Sicilia	7,4	20,5	28,1	20,7	7,6
Sardegna	5,4	21,5	27,5	22,1	6,0
Italia	7,0	20,3	27,1	20,1	6,8

*I dati disaggregati per le PA di di Trento e Bolzano non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

Percentuale della spesa di farmaci a brevetto scaduto (€) per regione. Anno 2008

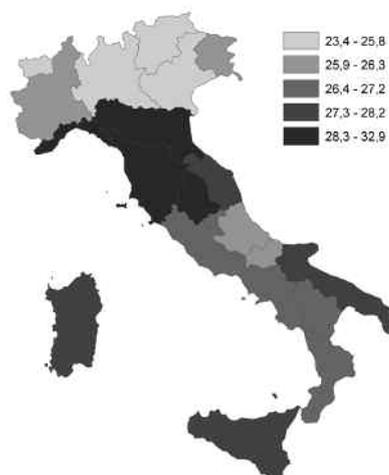
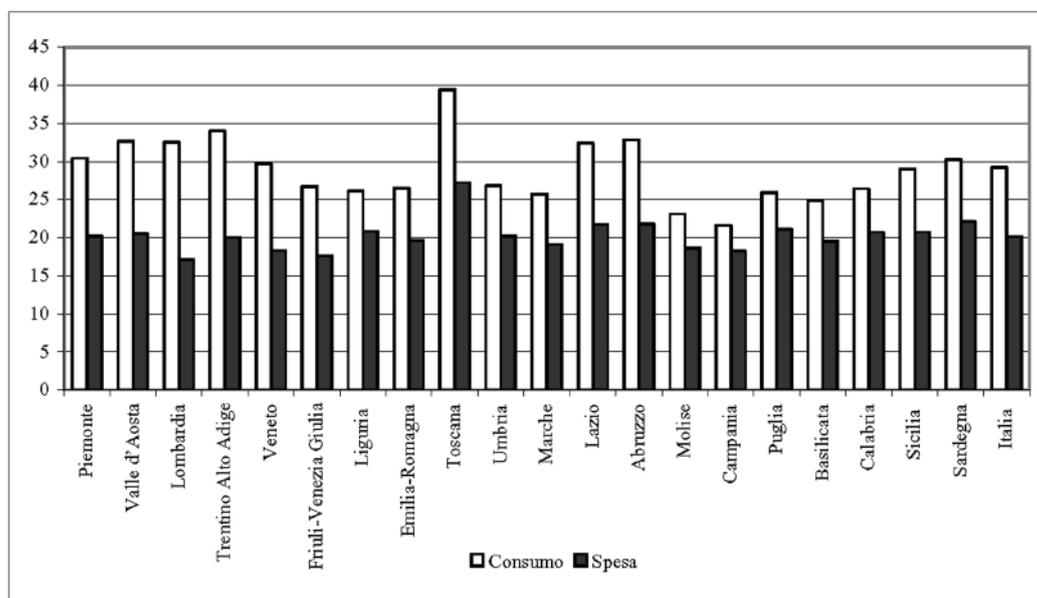


Grafico 1 - Variazioni assolute delle percentuali di consumo e spesa di farmaci a brevetto scaduto, per regione - Anni 2002, 2008



Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito del limite di spesa prefissato, le regioni dovrebbero considerare le politiche di incentivo all'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti quale valida opportunità per impiegare

con efficienza le risorse disponibili. I farmaci equivalenti offrono, infatti, il vantaggio di erogare terapie consolidate a prezzi competitivi, generando al contempo la liberazione di quote di risorse utilizzabili per l'accesso dei cittadini alle terapie innovative.

Consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come Dosi Definite Giornaliere (DDD), che rappresentano “la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti” (1).

Il consumo in DDD è generalmente espresso come “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abi-

tanti.

L'indicatore consente di:

- sommare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, indipendentemente dalla classe e categoria farmaceutica, in quanto depura le differenze legate alle confezioni ed alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (nazione, regione, ASL);
- realizzare confronti fra realtà territoriali diverse, nazionali ed internazionali;
- condurre confronti nel tempo.

Consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere erogati dalle strutture pubbliche del SSN	
Denominatore	Popolazione residente (pesata per età) x 365	x 1.000

Validità e limiti. I dati presentati includono il consumo ospedaliero di farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e si riferiscono sia ai farmaci somministrati ai pazienti in regime di ricovero ospedaliero che ai farmaci erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, etc.): primo ciclo di terapia farmacologica all'atto della dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale; erogazione di farmaci ai pazienti la cui patologia richiede un controllo ricorrente ed una sua presa in carico della struttura; distribuzione dei farmaci, acquistati dalle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private (cosiddetta “distribuzione per conto”).

La variabilità dei consumi ospedalieri è strettamente dipendente non solo dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi), ma anche dalla struttura organizzativa dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) e dai tassi di ospedalizzazione delle singole regioni, nonché dalla mobilità dei pazienti da regione a regione.

L'utilizzo al denominatore della popolazione residente presenta il limite di non tener conto delle diverse modalità organizzative dei SSR, in termini ad esempio di numerosità delle strutture sanitarie pubbliche rispetto all'assistenzialità privata e privata/convenzionata nonché in termini di un maggiore ricorso a particolari modalità distributive di farmaci (ad esempio la distribuzione per conto). D'altra parte l'utilizzo al denominatore delle giornate di ricovero o del numero di ricoveri, anche se più adatto a valutare il consumo dei farmaci somministrati ai pazienti sarebbe sta-

to meno adatto a valutare l'insieme dei farmaci erogati dalle strutture pubbliche. Inoltre, esiste un disallineamento nella disponibilità dei dati sulla farmaceutica (aggiornati al 2008) e di quelli sui ricoveri (per i quali non sono ancora disponibili i dati del 2008). Queste considerazioni rendono necessaria una notevole cautela nella lettura dei dati, soprattutto laddove si cerca di effettuare un confronto tra le diverse regioni, mentre il confronto temporale all'interno di una stessa regione è sicuramente più affidabile.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore e dei suoi limiti non è possibile suggerire un valore di riferimento definito.

Descrizione dei risultati

Il consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN ha evidenziato, nel 2008 rispetto al 2007, una riduzione pari a -3,2% delle dosi consumate ogni 1.000 ab die. Nel 2008, infatti, le strutture sanitarie pubbliche hanno erogato 112,97 dosi di farmaco ogni 1.000 ab die (erano 116,70 nel 2007).

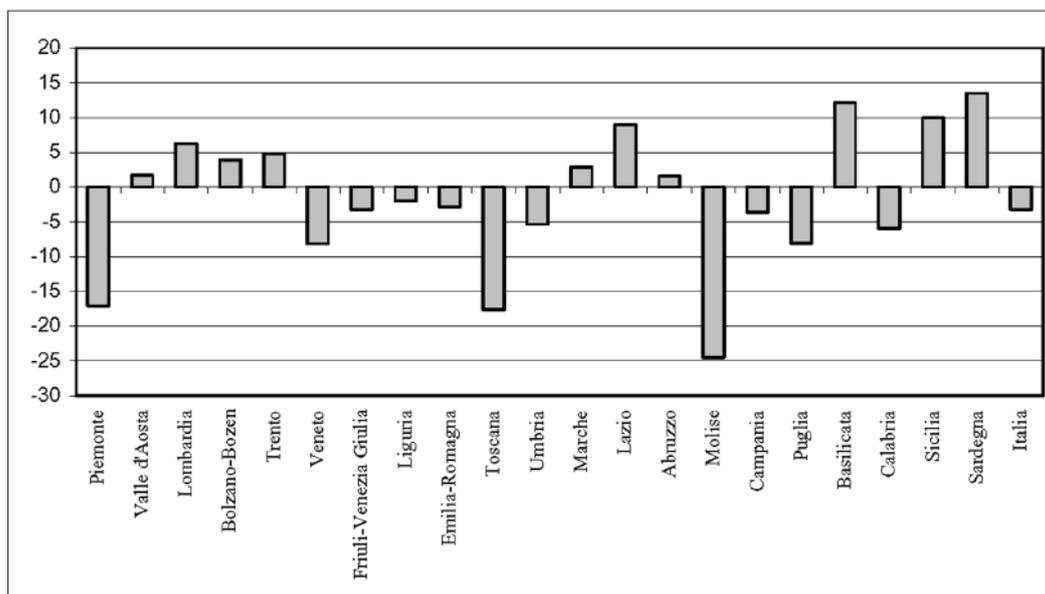
La variabilità a livello regionale appare notevolmente diversificata, rispetto all'andamento medio nazionale (-3,2%): il range di oscillazione varia dal +13,5% della Sardegna al -24,5% del Molise.

La riduzione dei consumi di farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN può essere spiegata tanto da una razionalizzazione nell'impiego dei farmaci stessi quanto da politiche più generali di governo dell'appropriatezza dei ricoveri e dei trattamenti sanitari.

Tabella 1 - Consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche a carico del SSN (DDD/1.000 ab die) e variazioni percentuali, per regione - Anni 2007-2008

Regioni	2007	2008	Δ % 2007-2008
Piemonte	130,61	108,28	-17,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	118,49	120,52	+1,7
Lombardia	81,84	86,97	+6,3
Bolzano-Bozen	116,67	121,23	+3,9
Trento	118,38	123,96	+4,7
Veneto	163,49	150,17	-8,1
Friuli-Venezia Giulia	132,16	127,84	-3,3
Liguria	138,48	135,73	-2,0
Emilia-Romagna	216,30	210,13	-2,9
Toscana	174,27	143,51	-17,7
Umbria	196,32	185,86	-5,3
Marche	121,30	124,76	+2,9
Lazio	83,03	90,52	+9,0
Abruzzo	122,62	124,57	+1,6
Molise	79,28	59,86	-24,5
Campania	59,20	57,08	-3,6
Puglia	123,67	113,68	-8,1
Basilicata	130,27	146,11	+12,2
Calabria	42,11	39,62	-5,9
Sicilia	88,53	97,37	+10,0
Sardegna	93,97	106,64	+13,5
Italia	116,70	112,97	-3,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. Progetto Tracciabilità del Farmaco. Anni 2007, 2008.

Grafico 1 - Variazione percentuale del consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche a carico del SSN (DDD/1.000 ab die) per regione - Anni 2007-2008

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. Progetto Tracciabilità del Farmaco. Anni 2007, 2008.

Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2007. Prex Milano. 2008.

Spesa dei farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica pro capite per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta la spesa relativa ai farmaci a carico del SSN ed erogati dalle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, etc.). In particolare, la spesa si riferisce sia ai farmaci somministrati ai pazienti in regime di ricovero ospedaliero sia

ai farmaci erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche ai pazienti all'atto della dimissione ospedaliera per la copertura del primo ciclo di terapia, o dopo visita ambulatoriale. La spesa farmaceutica ospedaliera si riferisce al costo sostenuto dalle strutture sanitarie pubbliche per l'acquisto di farmaci ed è valorizzata al reale prezzo d'asta.

Spesa lorda pro capite per farmaci erogati dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore Spesa per farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN

Denominatore Popolazione residente (pesata per età)

Validità e limiti. I dati presentati includono la spesa per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN e si riferiscono all'assistenza farmaceutica relativa sia ai farmaci somministrati ai pazienti in regime di ricovero ospedaliero sia ai farmaci erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, etc.): il primo ciclo di terapia farmacologica all'atto della dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale; erogazione di farmaci ai pazienti la cui patologia richiede un controllo ricorrente ed una sua presa in carico dalla struttura; distribuzione dei farmaci, acquistati dalle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private (cosiddetta "Distribuzione per Conto").

La variabilità dei consumi ospedalieri è strettamente dipendente non solo dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi), ma anche dalla struttura organizzativa dei servizi sanitari regionali e dai tassi di ospedalizzazione delle singole regioni, nonché dalla mobilità dei pazienti da regione a regione.

L'utilizzo al denominatore della popolazione residente presenta il limite di non tener conto delle diverse modalità organizzative dei Servizi Sanitari Regionali, in termini ad esempio di numerosità delle strutture sanitarie pubbliche rispetto all'assistenzialità privata e privata/convenzionata, nonché in termini di un maggiore ricorso a particolari modalità distributive di farmaci (ad esempio la distribuzione per conto). Queste considerazioni rendono necessaria una notevole cautela nella lettura dei dati, soprattutto laddove si cerca di effettuare un confronto tra le diverse regioni, mentre il confronto temporale all'interno di una stessa regione è sicuramente più affidabile.

Infine, nel confronto tra i dati di spesa delle diverse regioni è opportuno considerare che la spesa ospedaliera per l'acquisto di farmaci è valorizzata al reale prezzo d'asta; tale prezzo è dipendente dalle quantità acquistate da una determinata struttura/regione, dalla presenza sul territorio di centri unificati di acquisto che permettono di ottenere maggiori riduzioni di prezzo sui farmaci acquistati e dai minori tempi di pagamento che la regione è in grado di garantire.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore non è possibile indicare un valore di riferimento definito.

Descrizione dei risultati

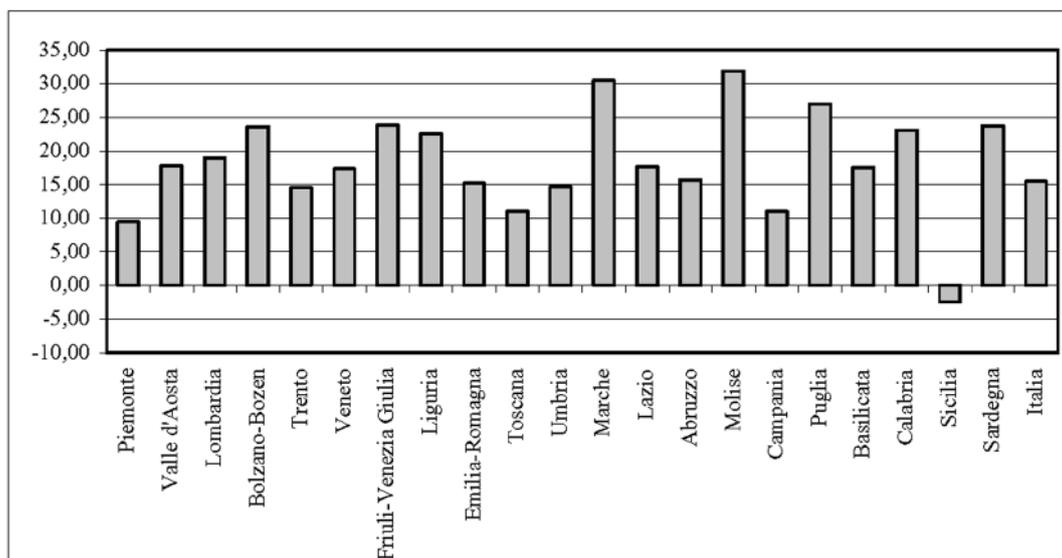
La spesa relativa ai farmaci erogati attraverso le strutture sanitarie pubbliche ha mostrato, nel 2008 rispetto al 2007, un aumento pari al 15,5%. Nel 2008, infatti, la spesa farmaceutica pro capite per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN è stata pari a 94,13 € (erano 81,51 € nel 2007).

In tutte le regioni, ad eccezione della Sicilia, la spesa farmaceutica ospedaliera risulta in aumento, con tassi di variazione molto diversi; in particolare il *range* di oscillazione varia dal +9,4% del Piemonte al +31,9% del Molise. La crescita della spesa può essere spiegata da numerosi fattori: da un lato l'adozione, da parte delle regioni, di provvedimenti finalizzati ad un ricorso più ampio a modalità di erogazione di farmaci alternative alla convenzionale; dall'altro la presenza sul mercato di farmaci innovativi di prevalente o esclusivo uso ospedaliero a costo sempre più elevato determina un aggravio di spesa.

Tabella 1 - Spesa lorda pro capite per farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN (€) pesata per età e variazioni percentuali, per regione - Anni 2007-2008

Regioni	2007	2008	Δ % 2007-2008
Piemonte	81,92	89,65	+9,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	68,91	81,16	+17,8
Lombardia	61,06	72,62	+18,9
Bolzano-Bozen	78,86	97,42	+23,5
Trento	67,81	77,65	+14,5
Veneto	79,22	92,94	+17,3
Friuli-Venezia Giulia	82,35	101,91	+23,8
Liguria	84,10	103,04	+22,5
Emilia-Romagna	94,71	109,13	+15,2
Toscana	100,80	111,89	+11,0
Umbria	90,86	104,19	+14,7
Marche	75,46	98,50	+30,5
Lazio	79,76	93,81	+17,6
Abruzzo	86,83	100,46	+15,7
Molise	57,75	76,14	+31,9
Campania	91,48	101,56	+11,0
Puglia	86,36	109,63	+26,9
Basilicata	87,24	102,50	+17,5
Calabria	57,93	71,27	+23,0
Sicilia	88,47	86,29	-2,5
Sardegna	95,59	118,23	+23,7
Italia	81,51	94,13	+15,5

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. Progetto Tracciabilità del Farmaco. Anni 2007, 2008.

Grafico 1 - Variazione percentuale della spesa lorda pro capite per farmaci erogati dalle strutture pubbliche del SSN, per regione - Anni 2007-2008

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. Progetto Tracciabilità del Farmaco. Anni 2007, 2008.

Spesa farmaceutica privata pro capite

Significato. La spesa farmaceutica privata comprende la spesa sostenuta privatamente dal cittadino per i farmaci non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (farmaci di fascia C) e per i farmaci rimborsati dal SSN (farmaci di fascia A), ma acquistati privatamente. I farmaci non rimborsati dal SSN comprendono alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica (ad

esempio ipnotici), i farmaci di automedicazione (Otc) e i farmaci Senza Obbligo di Prescrizione (SOP).

L'indicatore esprime la percentuale di spesa farmaceutica privata (sostenuta direttamente dal cittadino) ed è influenzato da due fattori principali: il reddito e la copertura di farmaci da parte del SSN.

Percentuale di spesa farmaceutica privata pro capite

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Spesa farmaceutica privata pro capite pesata}}{\text{Spesa farmaceutica totale pro capite (pubblica e privata) pesata per età}} \times 100$$

Validità e limiti. Le analisi sulla spesa farmaceutica privata sono eseguite dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMED) utilizzando i dati di *sell-in* forniti da IMS Health all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). I dati di *sell-in* coprono il flusso di farmaci dai grossisti alle farmacie e possono, pertanto, presentare, soprattutto nel breve periodo, dei disallineamenti rispetto all'effettivo consumo e spesa.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore nazionale (32,4% nel 2008) può costituire un utile valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

L'Italia è uno dei Paesi europei che garantisce la più elevata copertura di farmaci (poco meno del 70% circa della spesa farmaceutica è a carico del SSN), uguale o superiore ad altri Paesi con consolidati sistemi di

welfare, quali i Paesi scandinavi.

Analogamente al periodo precedente, anche nel 2008 la spesa privata si è mantenuta sostanzialmente stabile, superando di poco il 30% della spesa farmaceutica totale, con un aumento di appena lo 0,2% rispetto al 2007. Nel 2008 si osserva, tuttavia, il valore maggiore in termini percentuali nel periodo considerato.

Nella maggior parte delle regioni la spesa privata pro capite è cresciuta modestamente. L'incremento massimo, pari all'1%, si registra nel Lazio e in Liguria. Nel 2008 i valori più elevati di spesa privata sono osservabili in Valle d'Aosta (40,7%), Liguria (40,0%) e Toscana (39,9%). Tutte le regioni settentrionali hanno valori superiori alla media nazionale (32,4%) e tutte le regioni meridionali valori inferiori con un minimo di 22,9% in Calabria, che è anche una delle regioni con la spesa pubblica al di sopra della media nazionale.

Tabella 1 - Spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) lorda pro capite (€ e pesata per età) e percentuale di spesa farmaceutica privata pro capite (in percentuale della spesa farmaceutica totale), per regione - Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002		2007		2008	
	Spesa lorda pro capite totale (€)	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale (€)	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale (€)	Spesa privata (% della spesa totale)
Piemonte	277,8	32,5	301,40	35,3	301,40	34,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	285,2	34,7	300,30	39,3	298,00	40,7
Lombardia	305,1	33,7	308,90	36,1	305,80	36,2
Bolzano-Bozen*	262,8	34,4	241,20	37,2	240,10	37,9
Trento*	262,8	34,4	272,90	38,3	267,50	38,7
Veneto	278,3	32,3	288,90	34,8	287,40	35,5
Friuli-Venezia Giulia	266,1	31,8	284,00	32,6	275,40	32,6
Liguria	328,1	32,7	333,20	39,1	334,60	40,0
Emilia-Romagna	298,5	37,1	299,00	38,9	292,30	39,3
Toscana	286,8	35,8	294,30	29,6	291,60	39,9
Umbria	269,5	29,4	285,00	34,1	279,80	34,6
Marche	291,8	29,2	302,10	34,2	300,00	34,9
Lazio	350,3	25,9	367,90	29,5	360,30	30,5
Abruzzo	315,1	26,3	307,10	29,9	311,30	29,3
Molise	271,7	19,6	278,00	23,7	287,30	24,3
Campania	325,2	22,1	328,30	28,2	330,50	27,4
Puglia	314,1	23,4	320,60	25,6	330,30	24,9
Basilicata	280,2	18,6	273,20	23,6	274,20	23,3
Calabria	313,4	20,8	351,60	23,1	359,40	22,9
Sicilia	348,5	21,4	362,80	24,9	357,50	25,9
Sardegna	311,3	27,4	321,00	29,6	316,40	29,3
Italia	307,6	28,9	317,20	32,2	315,50	32,4

*I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili per il periodo 2001-2004, il dato riportato in tabella va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

Percentuale della spesa farmaceutica privata pro capite (in percentuale della spesa farmaceutica totale) per regione. Anno 2008

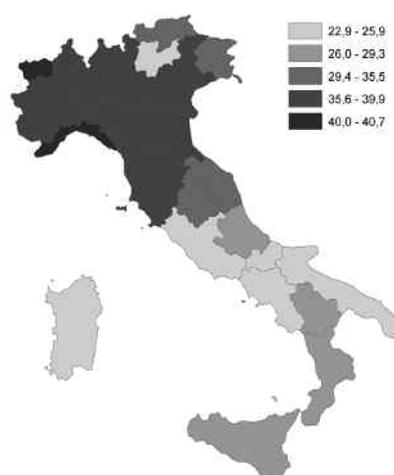
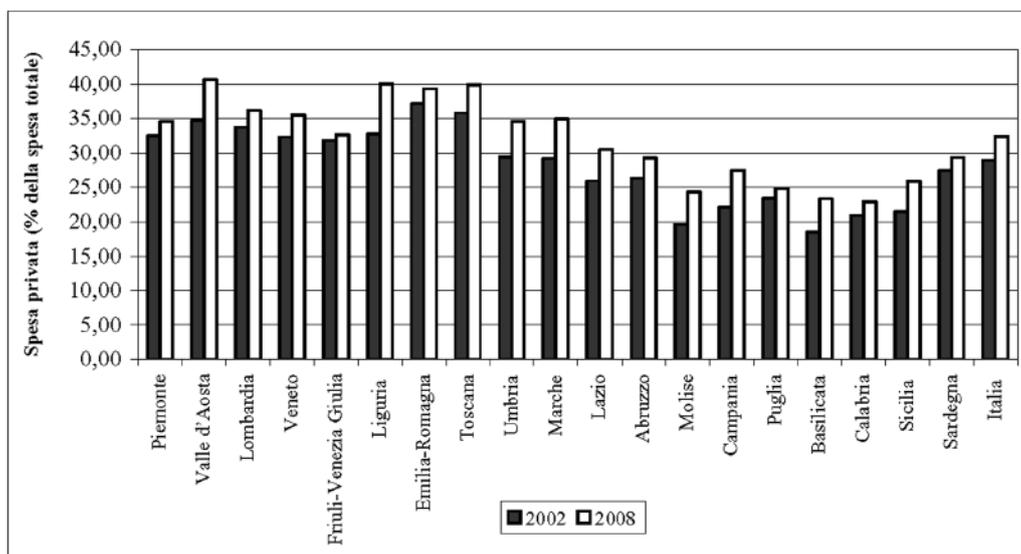
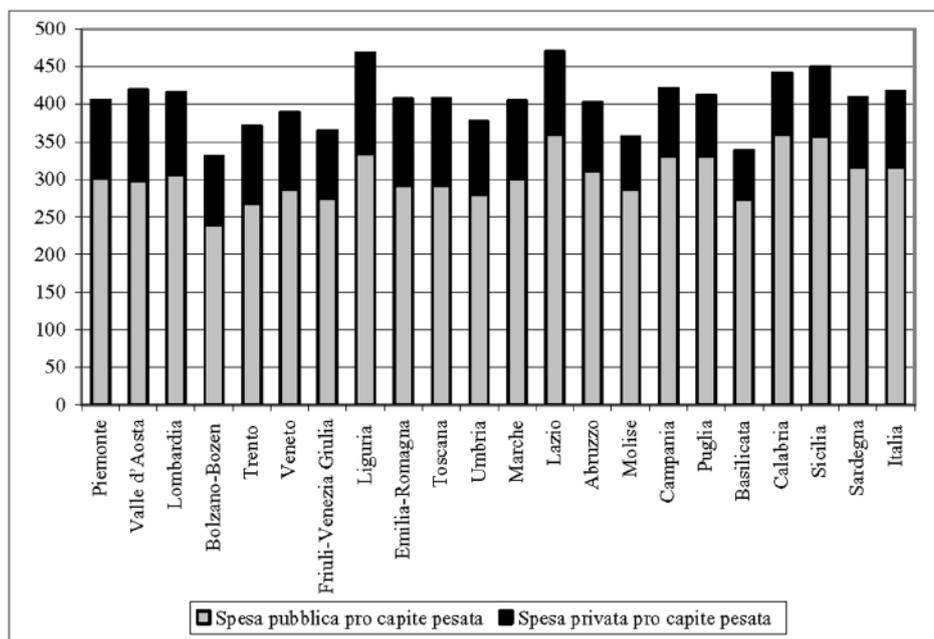


Grafico 1 - Percentuale di spesa farmaceutica privata pro capite (in percentuale della spesa farmaceutica totale) per regione - Anni 2002, 2008



Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2008.

Grafico 2 - Composizione della spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) lorda pro capite (€ e pesata per età) per regione - Anno 2008



Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La spesa farmaceutica privata oscilla in Italia intorno al 30% della spesa farmaceutica totale, valore che può ormai essere considerato fisiologico.

Consumo di farmaci antibiotici a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. L'uso estensivo di antibiotici, non solo in terapia umana, ma anche in zootecnia e in medicina veterinaria, ha fatto sì che un numero crescente di popolazioni batteriche resistenti agli antibiotici si sia diffuso rapidamente negli ultimi decenni.

L'antibiotico-resistenza è divenuta un problema di Sanità Pubblica al punto tale che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Unione Europea hanno indicato dei provvedimenti specifici per la promozione di un uso appropriato degli antimicrobici. Esiste la concreta possibilità (definita dall'OMS come

“il pericolo microbico”) che questi ceppi resistenti si sviluppino ulteriormente con il rischio di un ritorno alle condizioni dell'era pre-antibiotica.

Uno dei principali fattori, anche se non l'unico, implicato nello sviluppo delle resistenze batteriche è costituito dall'utilizzo eccessivo ed improprio di antibiotici. È, inoltre, dimostrato che la riduzione dei consumi riduce anche le resistenze. Per tale motivo l'utilizzo dei farmaci antibiotici deve essere attentamente valutato nelle realtà regionali.

Consumo di farmaci antibiotici a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Consumo territoriale di antibiotici in Dosi Definite Giornaliere	
Denominatore	Popolazione residente (pesata per età) x 365	x 1.000

Validità e limiti. Il consumo di farmaci antibiotici a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata, con esclusione, quindi, dei consumi ospedalieri e della Distribuzione Diretta (DD), ovvero la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche in alternativa a quelle convenzionali, e della Distribuzione per Conto (DpC). La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi), pertanto, per ridurre tali differenze, i consumi sono stati pesati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Valore di riferimento/Benchmark. In Italia la Provincia Autonoma di Bolzano e il Friuli-Venezia Giulia mostrano un consumo rispettivo di 12,9 e 15,6 DDD/1.000 ab die che possono essere ritenuti ottimali valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

L'Italia presenta un consumo totale di farmaci antibiotici a carico del SSN pari nel 2008 a 23,9 DDD/1.000 ab die, tra i più alti dell'Unione Europea. La variabilità regionale è molto ampia e mostra comportamenti estremamente disomogenei. La regione con il maggior consumo di antibiotici è, infatti, la Campania con un valore di 35,8 DDD/1.000 ab die, quasi triplo rispetto alla Provincia Autonoma di Bolzano che presenta un valore di 12,9 DDD/1.000 ab die.

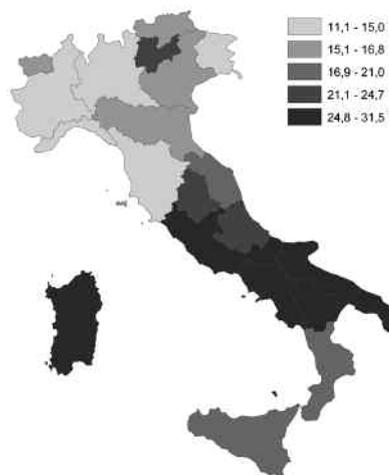
Inoltre, a livello nazionale e in tutte le regioni, si osserva un trend di crescita dei consumi, sia nei singoli anni del periodo considerato sia nel confronto tra il 2008 ed il 2000. Il trend di crescita, per l'intero periodo, è del 2,1% a livello nazionale con valori limite in Lombardia (+1,2%) e Calabria (+3,3%).

Tabella 1 - Consumo di farmaci antibiotici a carico del SSN pesato per età (DDD/1.000 ab die) e variazioni percentuali, per regione - Anni 2000, 2007, 2008

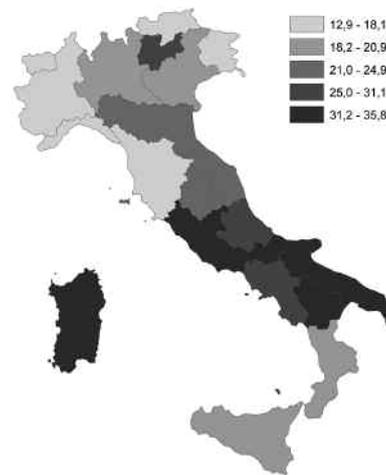
Regioni	2000	2007	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	15,0	17,4	18,5	2,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,4	18,2	18,0	1,7
Lombardia	16,5	18,1	18,4	1,2
Bolzano-Bozen	11,1	12,8	12,9	1,7
Trento	14,8	17,6	18,1	2,3
Veneto	15,1	17,6	17,9	2,0
Friuli-Venezia Giulia	11,9	15,0	15,6	3,0
Liguria	13,9	17,3	17,4	2,5
Emilia-Romagna	14,7	18,9	19,5	3,1
Toscana	16,8	20,9	22,0	3,1
Umbria	21,2	23,8	24,9	1,8
Marche	18,8	22,6	23,8	2,7
Lazio	22,3	27,2	27,2	2,3
Abruzzo	22,8	24,9	25,9	1,4
Molise	21,0	26,0	26,8	2,8
Campania	31,5	34,2	35,8	1,4
Puglia	25,4	30,6	31,8	2,6
Basilicata	24,2	28,6	28,8	2,0
Calabria	24,7	32,1	33,0	3,3
Sicilia	26,1	31,5	31,1	1,9
Sardegna	17,1	20,7	20,9	2,3
Italia	19,8	23,3	23,9	2,1

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2002, 2007, 2008.

Consumo di farmaci antibiotici a carico del SSN pesato per età (DDD/1.000 ab die) per regione. Anno 2000



Consumo di farmaci antibiotici a carico del SSN pesato per età (DDD/1.000 ab die) per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di antibiotici in Italia è tra i più alti dell'Unione Europea con un trend in crescita, mostrando, quindi, la necessità di avviare azioni ed interventi di promozione di un uso più appropriato

degli antibiotici sia a livello nazionale sia a livello regionale, particolarmente in quelle regioni ove si assiste sia ad un consumo più elevato che ad una crescita più elevata.

Consumo di chinoloni, cefalosporine e amino glicosidi a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Le cefalosporine, gli aminoglicosidi e i chinoloni sono classi terapeutiche principalmente indicate nel trattamento di infezioni severe o mediate da germi resistenti ad altre classi di antibiotici. L'uso di questi farmaci, pertanto, alcuni dei quali a preva-

lente o esclusivo uso iniettivo, dovrebbe risultare esiguo in medicina generale. Il relativo consumo nella distribuzione convenzionata può, quindi, essere considerato un possibile indice della qualità e dell'appropriatezza della prescrizione in medicina generale.

Consumo di chinoloni, cefalosporine e amino glicosidi

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo territoriale di chinoloni o cefalosporine o amino glicosidi in Dosi Definite Giornaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente regionale (pesata per età) x 365}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Il consumo di farmaci antibiotici a carico del Servizio Sanitario Nazionale si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata, con esclusione, quindi, dei consumi ospedalieri e della Distribuzione Diretta (DD), ovvero la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche in alternativa a quelle convenzionali, e della Distribuzione per Conto (DpC). La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi), pertanto per ridurre tali differenze, i consumi sono stati pesati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Valore di riferimento/Benchmark. La Provincia Autonoma di Bolzano e il Friuli-Venezia Giulia presentano un consumo totale delle tre categorie di 3,35 e 3,45 DDD/1.000 ab die e questi valori, pur eccedendo la media dei Paesi europei, possono essere considerati utili standard di riferimento a livello nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2008 e nel 2007 i consumi generati dalle tre classi considerate rappresentano oltre il 25% dei consumi totali di antibiotici sul territorio nazionale e tale consumo è tra i più elevati dell'Unione Europea. In Italia, la più prescritta delle tre classi risulta essere quella dei chinoloni, con un valore di consumi nel

2008 pari a 3,43 DDD/1.000 ab die. Le differenze regionali nei consumi di chinoloni sono molto ampie, con i valori minori della Provincia Autonoma di Bolzano e del Friuli-Venezia Giulia, pari rispettivamente a 1,72 e 2,29 DDD/1.000 ab die e i valori oltre che doppi della Sicilia e della Puglia, pari a 4,87 e 4,59 DDD/1.000 ab die.

Nel 2008 i consumi nazionali della classe delle cefalosporine sono leggermente in crescita rispetto al 2007, assestandosi su valori pari a 2,59 DDD/1.000 ab die. La variabilità regionale mostra valori minimi di 1,15 e 1,33 DDD/1.000 ab die nel Friuli-Venezia Giulia e Lombardia e valori massimi in Sicilia e Puglia, pari rispettivamente a 4,39 e 4,29 DDD/1.000 ab die.

Il consumo di aminoglicosidi è modesto e sostanzialmente stabile in tutte le regioni, con lievi scostamenti in riduzione nel 2008 in Toscana, Marche, Sicilia e Sardegna. La variabilità regionale è estremamente elevata con un valore di consumo minimo pari a 0,00 e 0,01 DDD/1.000 ab die nella PA di Bolzano, in Lombardia, nella PA di Trento, in Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna che si contrappone al valore massimo della Campania pari a 0,12 DDD/1.000 ab die.

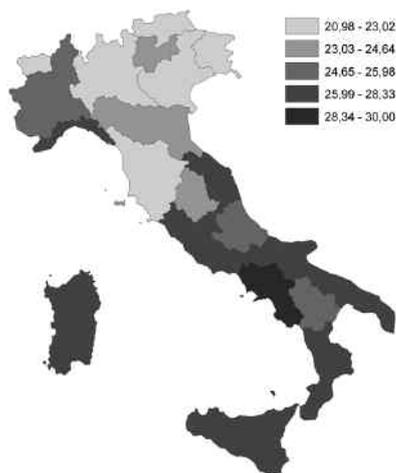
Il confronto temporale dei consumi del 2008 rispetto al 2007 mostra una lieve crescita per i chinoloni e le cefalosporine, mentre gli aminoglicosidi presentano un andamento stabile.

Tabella 1 - Consumo di chinoloni, cefalosporine e aminoglicosidi (DDD/1.000 ab die) pesati per età e percentuale di consumo di chinoloni, cefalosporine e aminoglicosidi (sul totale dei farmaci antibiotici), per regione - Anni 2007-2008

Regioni	Chinoloni J01M		Cefalosporine J01D		Aminoglicosidi J01G		Totale J01+J02+J03		% su totale antibiotici	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Piemonte	2,83	3,02	1,59	1,67	0,02	0,02	4,44	4,71	25,52	25,46
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,49	2,53	1,55	1,52	0,02	0,02	4,06	4,07	22,31	22,61
Lombardia	2,44	2,52	1,33	1,33	0,01	0,01	3,78	3,86	20,88	20,98
Bolzano-Bozen	1,71	1,72	1,60	1,63	0,00	0,00	3,31	3,35	25,86	25,97
Trento	2,33	2,48	1,39	1,43	0,01	0,01	3,73	3,92	21,19	21,66
Veneto	2,50	2,65	1,49	1,46	0,01	0,01	4,00	4,12	22,73	23,02
Friuli-Venezia Giulia	2,23	2,29	1,15	1,15	0,01	0,01	3,39	3,45	22,60	22,12
Liguria	2,99	2,94	1,69	1,70	0,02	0,02	4,70	4,66	27,17	26,78
Emilia-Romagna	2,78	2,78	1,65	1,63	0,01	0,01	4,44	4,42	23,49	22,67
Toscana	3,19	3,27	2,05	2,13	0,03	0,02	5,27	5,42	25,22	24,64
Umbria	3,55	3,62	2,19	2,22	0,03	0,03	5,77	5,87	24,24	23,57
Marche	3,57	3,71	2,85	2,94	0,05	0,04	6,47	6,69	28,63	28,11
Lazio	3,99	4,05	3,21	3,23	0,07	0,07	7,27	7,35	26,73	27,02
Abruzzo	3,42	3,52	3,03	3,17	0,04	0,04	6,49	6,73	26,06	25,98
Molise	3,87	4,04	3,46	3,56	0,06	0,06	7,39	7,66	28,42	28,58
Campania	4,27	4,56	4,04	4,15	0,11	0,12	8,42	8,83	24,62	24,66
Puglia	4,34	4,59	4,10	4,29	0,07	0,07	8,51	8,95	27,81	28,14
Basilicata	3,89	3,94	3,12	2,97	0,04	0,04	7,05	6,95	24,65	24,13
Calabria	3,99	4,25	3,81	3,88	0,07	0,07	7,87	8,20	24,52	24,85
Sicilia	4,87	4,87	4,46	4,39	0,08	0,07	9,41	9,33	29,87	30,00
Sardegna	2,34	2,40	3,41	3,51	0,02	0,01	5,77	5,92	27,87	28,33
Italia	3,32	3,43	2,55	2,59	0,04	0,04	5,91	6,06	25,36	25,36

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anni 2007, 2008.

Consumo percentuale di chinoloni, cefalosporine e aminoglicosidi (sul totale dei farmaci antibiotici), per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

Esiste un aumento nel consumo di chinoloni, con l'eccezione della PA di Trento e della Liguria, e di cefalosporine nella maggioranza delle regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Veneto, Emilia-Romagna, Basilicata e Sicilia che nel 2008 hanno presentato modeste riduzioni. Tali aumenti devono essere scorag-

giati attraverso interventi attenti di monitoraggio nonché di formazione ed informazione su un corretto impiego degli antibiotici.

Riferimenti bibliografici

(1) Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008.