



Assistenza farmaceutica territoriale

Il servizio svolto dall'assistenza farmaceutica è quello di promuovere la salute pubblica attraverso l'utilizzo e l'equo accesso da parte di tutti i cittadini di farmaci sicuri ed efficaci.

Il settore farmaceutico, proprio per la sua rilevanza sulla salute dei cittadini, è una delle aree dei servizi sanitari maggiormente regolate: ogni farmaco, prima di poter essere utilizzato, ha bisogno di ottenere una autorizzazione che viene rilasciata dopo la realizzazione di studi tossicologici, farmacologici e clinici, a cui seguono le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo, fino alla fase di effettiva commercializzazione con la vigilanza sulla qualità dei processi produttivi e sulla sicurezza clinica, il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

Il processo è altamente standardizzato. A livello globale, il Progetto *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (1) riunisce le Autorità preposte alla regolamentazione dei farmaci in Europa, Giappone e Stati Uniti ed esperti dell'industria farmaceutica per discutere gli aspetti tecnici e scientifici della registrazione dei prodotti farmaceutici. Attraverso una serie di Linee Guida di buona pratica clinica (*Good Clinical Practice*) l'armonizzazione ha come obiettivi: un utilizzo più economico delle risorse umane, animali e materiali; l'eliminazione di ritardi non necessari nella disponibilità di nuove medicine; la salvaguardia di qualità, sicurezza ed efficacia; la creazione di vincoli per proteggere la salute pubblica.

Sono, tuttavia, presenti nella letteratura scientifica, in particolare a partire dal 1990 dopo la pubblicazione dell'*Harvard Study* (2), vari Report in cui si analizzano i problemi collegati all'utilizzo dei farmaci (*medication-related problems*) tra i quali: sovra e sottoconsumo, prescrizioni di farmaci a pazienti che non ne hanno necessità e pluri-prescrizioni di farmaci in pazienti anziani con patologie croniche (3-5).

Più recentemente, in Italia, è stato eseguito uno studio che, utilizzando i dati della Tessera Sanitaria e sulla base di indicatori predefiniti, ha valutato l'appropriatezza prescrittiva su tutta la popolazione italiana anziana (65 anni ed oltre) dimostrando una elevata frequenza di utilizzo non ottimale dei farmaci (6).

Per tali motivi, diventa estremamente importante monitorare, sia a livello nazionale che regionale ed anche sub-regionale, il consumo dei farmaci e la spesa che ne deriva per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, poiché non esistono dei valori standard di riferimento del consumo appropriato, è anche molto importante effettuare dei confronti geografici in maniera da poter valutare le eventuali differenze tra aree tenendo conto delle differenze demografiche, socio-economico-culturali e di diffusione delle patologie.

Nel nostro Paese, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale (nel 2016 sono state prescritte 587 milioni di ricette a carico del SSN per un totale di oltre 1,1 miliardi di confezioni, in lieve riduzione rispetto al 2015) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

A livello nazionale, regionale ed in molte Aziende Sanitarie Locali (ASL), il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale è costantemente monitorato attraverso un 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 approccio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei per capacità di monitorare, in maniera analitica ed in tempo reale, l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Al fine di contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica nel nostro Paese, sono previste delle forme di compartecipazione alla spesa, o *co-payment*. Nel 2016, l'incidenza della compartecipazione a carico del cittadino (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) sulla spesa convenzionata lorda mostra un leggero aumento rispetto al 2015, passando dal 14,0% al 14,5% nel 2016. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.540 milioni di € in aumento, anche se contenuto, rispetto all'anno precedente, del +1,2%. Resta costante la riduzione del ticket fisso per ricetta (-1,2%), mentre è stato evidenziato un incremento della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto (+2,5%). L'incidenza percentuale della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è pari al 66,4%, con un valore di spesa pari a 1.022 milioni di €, mentre il ticket per confezione ha pesato per il 33,6%, con un valore di spesa di 518 milioni di €.





In questo Capitolo sono descritti i consumi e la spesa farmaceutica per regione, classi di età e classi terapeutiche al I livello del sistema di classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico, che è lo standard raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la classificazione dei farmaci e la descrizione dei consumi.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.ich.org/about/mission.html.

(2) Leape LL. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991, 324: 377-84.

(3) Kara O et al. Potentially inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria for older adults. *Aging Clin Exp Res* 2015.

(4) Dalleur O et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging* 2012, 29: 829-37.

(5) Hill-Taylor B et al. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther* 2013, 38: 360-72.

(6) Onder et al. High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014 Apr; 69 (4): 430-7.





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 (*Defined Daily Dose-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

abitanti. L'indicatore consente di:

- sommare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, indipendentemente dalla classe e categoria farmaceutica, in quanto non considera le differenze legate al tipo di confezione e alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (Stato, regione e Azienda Sanitaria Locale);
- realizzare confronti fra realtà territoriali;
- effettuare confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci in } \textit{Defined Daily Dose}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata per età x 365}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) 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 validità e limiti dell'indicatore “Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale”.

La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, genere ed epidemiologia degli stati morbosi). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e genere e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono pesati utilizzando il sistema di pesi, predisposto dal Ministero della Salute e costituito da sette fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 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 aggregata dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito. Valori di consumo più bassi potrebbero indicare una maggiore appropriatezza prescrittiva e una razionalizzazione dei consumi, ma potrebbero anche essere indice di forme di razionamento, fuorviando l'analisi.

Descrizione dei risultati

Nel 2016, sono state dispensate 1.134 dosi di farmaco al giorno per 1.000 abitanti (Tabella 1), nel 2001 era-

no 674 dosi e, nel 2015, 1.115 (incremento rispetto all'anno precedente dell'1,7%). Nelle farmacie pubbliche e private sono state erogate, complessivamente, circa 1,8 miliardi di confezioni (in media, 18,3 confezioni per ogni cittadino), di cui 1,3 miliardi a carico del SSN. Con riferimento ai farmaci erogati a carico del SSN, che è l'oggetto di questo elaborato, si assiste, rispetto al 2014, ad un aumento generalizzato dei consumi in quasi tutte le regioni, variabile dal +0,1% della Sardegna al +4,1% della Campania; fanno eccezione il Molise (-0,4%) e la Valle d'Aosta (-7,6%). Permane una notevole variabilità regionale nei consumi che oscilla tra i valori massimi di 1.264 DDD/1.000 ab die della Puglia e i valori minimi di 951 DDD/1.000 ab die della Liguria (escludendo la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta che potrebbero rappresentare, per via del loro statuto autonomo, una realtà non direttamente comparabile con quella di altre regioni). Si osserva un evidente gradiente regionale: quasi tutte le regioni del Meridione (Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna e Calabria, con esclusione di Molise e Basilicata), l'Umbria ed il Lazio presentano valori al di sopra del dato nazionale (1.134 DDD /1.000 ab die). La Toscana, le Marche e tutte le regioni del Nord presentano, invece, consumi inferiori al valore nazionale.

L'analisi dei consumi suddivisi per I livello Anatomico, Terapeutico e Chimico (ATC) (Tabella 2) mostra che, anche nel 2016, sono i farmaci del sistema cardiovascolare a mantenere il primato (Classe ATC C - Apparato cardiovascolare) (468,1 DDD/1.000 ab die), assestandosi a circa il 41% del consumo totale di farmaci, con un consumo in leggerissimo aumento rispetto all'anno precedente (+0,5%), mentre nel periodo 2010-2016 le dosi consumate sono aumentate di circa il 4%. Seguono i farmaci dell'apparato



gastrointestinale e metabolismo (Classe ATC A - Apparato gastrointestinale e metabolismo, compresi i farmaci antidiabetici) che, nel 2016, risultano essere pari a circa il 22% delle quantità consumate, espresse in DDD/1.000 ab die, con un aumento di circa il 6% rispetto al 2015. Di particolare rilievo è l'andamento dei farmaci ematologici (appartenenti alla Classe ATC B - Sangue ed organi ematopoietici) che, anche a seguito dell'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali, alternativi al warfarin, hanno avuto negli ultimi

anni una esplosione dei consumi, con un aumento del 65,9% nel periodo 2010-2016. Rispetto all'anno precedente, invece, i consumi di questa classe di farmaci hanno presentato un lieve aumento (2,6%).

Nell'insieme, le prime quattro classi terapeutiche (Cardiovascolare, Gastrointestinale e metabolismo, Ematologici e Sistema Nervoso Centrale) coprono circa il 76% dei consumi totali erogati nel 2016 a carico del SSN. Nell'insieme la situazione rimane sostanzialmente immutata nel corso degli anni.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2006-2016

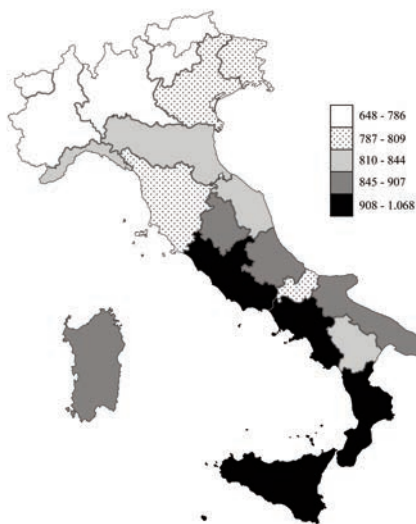
Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2006-2016)	Δ % (2015-2016)	Δ % (2014-2015)
Piemonte	747	786	839	857	883	899	915	967	973	1.033	1.042	39,5	0,9	6,2
Valle d'Aosta	786	816	843	859	885	894	896	947	966	1.016	939	19,5	-7,6	5,2
Lombardia	748	777	816	816	844	870	903	953	959	1.052	1.072	43,3	1,9	9,7
Bolzano-Bozen	648	669	691	678	711	729	743	757	765	908	936	44,4	3,1	18,7
Trento	709	748	784	791	817	837	865	955	978	1.070	1.102	55,4	3,0	9,4
Veneto	787	823	863	864	893	907	933	961	948	1.087	1.102	40,0	1,4	14,7
Friuli Venezia Giulia	801	837	873	872	908	930	938	989	995	1.067	1.087	35,7	1,9	7,2
Liguria	828	855	892	890	910	919	882	898	879	942	951	14,9	1,0	7,2
Emilia-Romagna	828	866	903	907	934	948	940	972	976	1.063	1.065	28,6	0,2	8,9
Toscana	809	852	898	901	935	951	947	982	985	1.065	1.086	34,2	2,0	8,1
Umbria	864	902	946	960	1.000	1.031	1.051	1.107	1.095	1.161	1.191	37,8	2,6	6,0
Marche	811	856	902	903	933	959	962	1.013	1.037	1.100	1.131	39,5	2,8	6,1
Lazio	1.068	1.019	1.032	1.010	1.034	1.056	1.097	1.190	1.188	1.249	1.263	18,3	1,1	5,1
Abruzzo	860	879	933	933	964	968	978	1.034	1.063	1.155	1.183	37,6	2,4	8,7
Molise	807	838	898	917	929	949	945	958	1.013	1.065	1.061	31,5	-0,4	5,1
Campania	937	945	1.003	1.021	1.023	988	1.037	1.079	1.121	1.190	1.239	32,2	4,1	6,2
Puglia	907	949	1.019	1.044	1.081	1.055	1.082	1.135	1.160	1.236	1.264	39,4	2,3	6,6
Basilicata	844	887	941	964	955	971	957	990	1.008	1.064	1.078	27,7	1,3	5,6
Calabria	951	977	1.054	1.017	1.021	1.032	1.073	1.146	1.192	1.201	1.217	28,0	1,3	0,8
Sicilia	992	999	1.034	1.034	1.067	1.086	1.110	1.141	1.112	1.139	1.157	16,6	1,6	2,4
Sardegna	887	920	964	974	1.017	1.042	1.082	1.111	1.143	1.219	1.220	37,5	0,1	6,6
Italia	857	880	924	926	952	963	985	1.032	1.039	1.115	1.134	32,3	1,7	7,3

Nota: il dato del consumo italiano dell'anno 2012 nel Rapporto OsMed 2013 è stato modificato in aumento da 985 a 1.007 DDD/1.000 ab die; il dato del consumo italiano dell'anno 2014 nel Rapporto OsMed 2015 è stato modificato in aumento da 1.039 a 1.096 DDD/1.000 ab die; il valore di +7,3% si riferisce alla variazione rispetto al valore del 2014 di 1.039 DDD/1.000 ab die. Tenendo, invece, in considerazione il successivo valore di 1.096 DDD/1.000 ab die la variazione percentuale ammonta a 1,7%.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2016. Anno 2017.



Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2006



Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2016

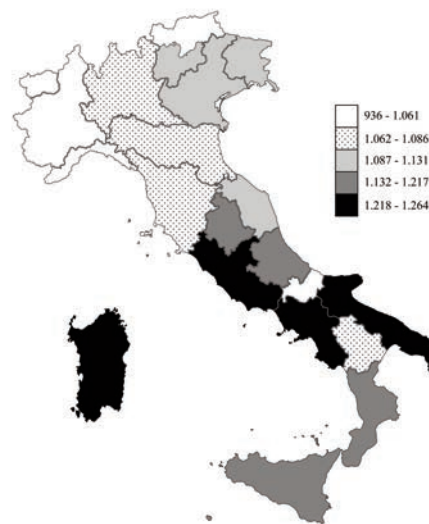


Tabella 2 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die e valori per 100) farmaceutico territoriale di farmaci di classe A-SSN e variazione (valori per 100) per I livello Anatomico Terapeutico Clinico - Anni 2010, 2013-2016

I livello Anatomico Terapeutico Clinico	2010		2013		2014		2015		2016		Δ % (2010-2016)	Δ % (2015-2016)
	DDD/1.000 ab die	%	DDD/1.000 ab die	%	DDD/1.000 ab die	%	DDD/1.000 ab die	%	DDD/1.000 ab die	%		
C - Cardiovascolare	451,7	47,4	468,0	45,4	467,6	45,0	465,6	41,8	468,1	41,3	3,6	0,5
A - Gastrointestinale e metabolismo	133,4	14,0	152,2	14,8	152,7	14,7	232,3	20,8	247,0	21,8	85,2	6,3
B - Ematologici	89,1	9,4	130,8	12,7	142,2	13,7	144,0	12,9	147,8	13,0	65,9	2,6
N - Nervoso centrale	57,3	6,0	60,4	5,9	60,5	5,8	61,6	5,5	62,9	5,5	9,8	2,1
R - Respiratorio	50,0	5,3	48,5	4,7	48,3	4,6	46,4	4,2	45,4	4,0	-9,2	-2,2
M - Muscolo-scheletrico	44,6	4,7	42,4	4,1	41,2	4,0	39,6	3,6	41,7	3,7	-6,5	5,3
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	40,9	4,3	42,3	4,1	41,9	4,0	42,6	3,8	38,3	3,4	-6,4	-10,1
H - Ormoni sistemici	33,1	3,5	34,4	3,3	33,7	3,2	34,0	3,0	34,0	3,0	2,7	0,0
J - Antimicrobici	23,8	2,5	23,2	2,2	22,6	2,2	22,1	2,0	21,3	1,9	-10,5	-3,6
S - Organi di senso	19,0	2,0	19,5	1,9	19,5	1,9	18,7	1,7	19,0	1,7	0,0	1,6
L - Antineoplastici	4,3	0,5	4,6	0,4	4,4	0,4	4,8	0,4	5,7	0,5	32,6	18,8
D - Dermatologici	4,2	0,4	4,3	0,4	4,2	0,4	2,3	0,2	2,3	0,2	-45,2	0,0
P - Antiparassitari	0,7	0,1	0,8	0,1	0,8	0,1	0,8	0,1	0,9	0,1	28,6	12,5
V - Vari*	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Totale	952,2	100,0	1.031,5	100,0	1.039,4	100,0	1.114,9	100,0	1.134,2	100,0	19,1	1,7

*Il dato non è comprensivo del valore dell'ossigeno.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2016. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, esiste una notevole variabilità geografica sia nei consumi che nel tasso di crescita dei farmaci erogati a carico del SSN, anche dopo l'aggiustamento degli stessi per età e genere, sulla base dei pesi predisposti dal Ministero della Salute.

Questa situazione si protrae, sostanzialmente immutata, da numerosi anni e l'elevato tasso di crescita di alcune regioni con elevati consumi fa supporre che continuerà ancora ad aumentare se non intervengono misure correttive.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio, sviluppando strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica, soprattutto nella popolazione anziana che è molto spesso polimedicata e, pertanto, particolarmente soggetta a rischi derivanti da un utilizzo non appropriato.

Parallelamente, tutte le regioni dovrebbero implementare misure volte a garantire l'uso corretto ed appropriato dei farmaci.





Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2012.
(2) Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso

dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2016.
(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 del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla 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. Pur con i limiti citati, l'indicatore permette di effettuare un confronto dei dati di spesa tra le diverse regioni, tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nell'indicatore "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale" 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. Infatti, la scelta dei valori di riferimento minori che potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi ed un efficientamento della spesa, al tempo stesso potrebbero essere indice di una qualche forma di razionamento, fuorviando l'analisi.

Descrizione dei risultati

Nel 2016, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN (Tabella 1) è diminuita del 2,2% rispetto al 2015. La Campania, la Puglia, la Calabria e l'Abruzzo sono le regioni con la spesa pubblica per farmaci più elevata. Queste regioni, inclusa l'Umbria, il Lazio e la Sardegna, sono le stesse che nell'indicatore "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale" avevano i consumi più elevati. Le regioni con il valore più basso (escludendo la PA di Bolzano), invece, sono l'Emilia-Romagna con 132,6€ pro capite e la Toscana con 141,6€ pro capite. Nell'arco temporale 2001-2016, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite. A livello nazionale la riduzione è pari al -16,9% (209,9€ vs 174,4€). In particolare, la Liguria, la Sicilia, l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Lazio, hanno avuto nel periodo riduzioni di spesa media pro capite >20%. Le regioni con la minore riduzione di spesa, nel periodo considerato, sono il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia con una riduzione, rispettivamente, del -7,4% e del -7,5%.

Per quanto riguarda, infine, le variazioni rispetto all'anno precedente, si osserva che la PA di Trento, la Basilicata, l'Umbria e l'Abruzzo, regioni che nel 2015 registravano un incremento della spesa pro capite, nel 2016 presentano, invece, una riduzione/stabilità del dato.



Tabella 1 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2006-2016

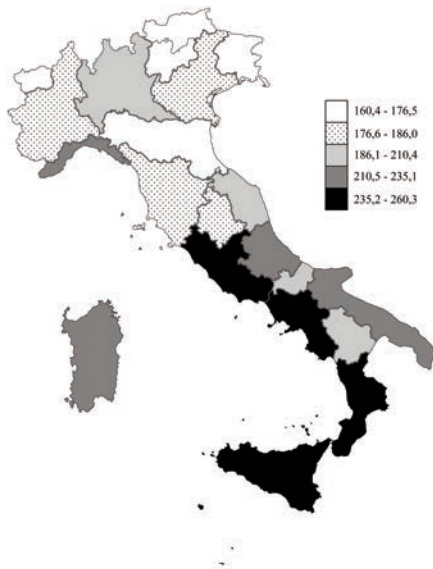
Regioni	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2001-2016)	Δ % (2013-2014)	Δ % (2014-2015)	Δ % (2015-2016)
Piemonte	183,2	195,9	195,0	197,2	202,0	194,0	182,0	170,3	166,7	160,5	155,9	151,5	17,3	-3,7	-2,9	-2,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	176,5	185,7	182,4	176,8	182,0	185,9	175,7	167,9	163,7	158,5	154,1	141,8	19,7	-3,2	-2,8	-8,0
Lombardia	187,1	203,4	197,5	195,2	197,6	198,4	191,9	185,1	179,4	171,9	174,9	173,1	7,5	-4,2	1,7	-1,0
Bolzano-Bozen*	160,4	160,1	151,6	149,1	149,0	152,8	149,0	132,5	129,1	129,8	129,0	129,0	19,8	0,5	-0,4	-0,5
Trento*	160,4	172,3	168,3	164,1	166,0	167,9	162,2	153,9	147,1	145,2	145,0	145,0	9,3	-1,3	0,1	0,1
Veneto	179,3	191,6	188,4	185,4	189,1	189,2	177,6	168,6	162,1	156,1	151,3	147,5	17,7	-3,7	-3,1	-2,5
Friuli Venezia Giulia	170,2	195,2	191,4	185,5	185,8	193,7	187,2	171,4	164,7	160,5	158,6	157,6	7,4	-2,6	-1,2	-0,6
Liguria	213,4	220,3	203,0	200,6	199,9	197,8	188,3	166,8	160,6	153,7	151,7	148,6	30,4	-4,3	-1,3	-2,0
Emilia-Romagna	176,0	187,6	182,8	177,4	179,3	179,4	170,2	153,3	145,4	139,2	136,6	132,6	24,7	-4,3	-1,9	-2,9
Toscana	181,6	182,5	177,5	175,2	174,8	176,6	167,7	153,4	148,6	143,7	143,0	141,6	22,0	-3,3	-0,5	-1,0
Umbria	186,0	194,6	187,8	183,0	185,3	187,1	180,9	172,3	170,9	164,0	165,4	165,7	10,9	-4,0	0,9	0,2
Marche	194,4	200,0	198,9	195,2	197,4	197,3	190,0	176,5	178,8	179,0	178,8	177,4	8,8	0,1	-0,1	-0,8
Lazio	249,7	306,9	259,4	250,9	248,2	248,5	234,4	220,1	216,2	205,4	203,3	198,1	20,7	-5,0	-1,0	-2,6
Abruzzo	221,6	227,7	215,3	220,2	223,7	230,5	221,9	206,5	204,3	203,3	205,1	201,3	9,2	-0,5	0,9	-1,9
Molise	196,5	221,2	212,1	217,5	222,1	207,9	206,1	190,3	186,0	178,9	177,1	165,9	15,6	-3,8	-1,0	-6,3
Campania	257,8	249,8	235,7	239,8	242,6	241,0	232,0	231,2	228,0	224,0	222,5	217,6	15,6	-1,8	-0,7	-2,2
Puglia	235,1	265,3	238,6	248,2	257,8	257,4	235,0	220,3	219,2	218,0	214,8	213,1	9,4	-0,5	-1,5	-0,8
Basilicata	210,4	213,2	208,7	210,2	217,7	205,2	197,1	180,3	179,2	179,7	180,2	178,7	15,1	0,3	0,3	-0,9
Calabria	237,7	284,9	270,3	277,0	275,1	267,8	231,2	223,0	216,6	213,3	208,9	204,5	14,0	-1,5	-2,1	-2,1
Sicilia	260,3	301,3	272,3	265,0	262,1	266,0	258,1	245,2	235,9	207,5	197,0	188,9	27,4	-12	-5,1	-4,1
Sardegna	219,9	248,0	225,9	223,6	228,6	234,5	229,0	229,4	209,1	203,6	202,5	188,7	14,2	-2,6	-0,5	-6,8
Italia	209,9	228,8	215,0	213,4	215,0	215,1	204,3	193,0	187,7	180,4	178,3	174,4	16,9	-3,9	-1,2	-2,2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001. Il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

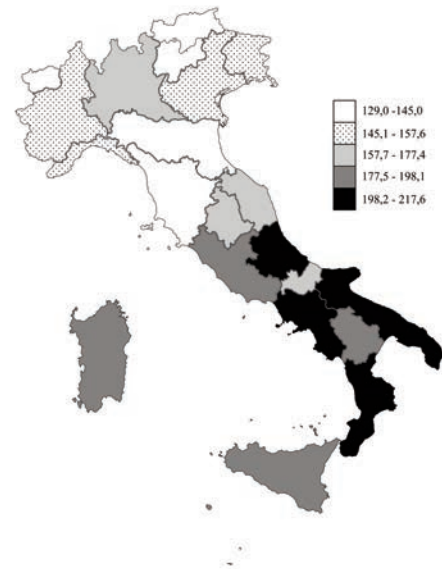
Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2016. Anno 2017.



Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale pesata per età a carico del SSN per regione. Anno 2001



Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale pesata per età a carico del SSN per regione. Anno 2016



Raccomandazioni di Osservasalute

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

Le ampie differenze tra le regioni nei valori attuali e nei trend di spesa fanno presupporre che, in alcune

realità, siano ancora perseguibili larghi margini di efficienza.

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 2012.
- (2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.

