



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 a 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 in un processo altamente standardizzato. Ogni farmaco, infatti, prima di poter essere utilizzato, ha bisogno di ottenere una autorizzazione che viene rilasciata dopo la realizzazione di studi tossicologici, farmacologici e clinici; a questi, seguono le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo. In ultima analisi vi è la fase di effettiva commercializzazione che prevede la vigilanza sulla qualità dei processi produttivi e sulla sicurezza clinica, il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

A livello globale, l'*International Council for Harmonisation of technical requirements for pharmaceuticals for human use* (ICH) (1) riunisce le Autorità preposte alla regolamentazione dei farmaci in Europa, Giappone e Stati Uniti ed esperti dell'industria farmaceutica per raggiungere una doverosa armonizzazione a livello internazionale sugli aspetti tecnici e scientifici della registrazione dei prodotti farmaceutici. Attraverso una serie di Linee Guida di buona pratica clinica (*Good Clinical Practice*) l'ICH ha come obiettivi: un utilizzo più economico delle risorse umane, animali e dei materiali; l'eliminazione di ritardi nella disponibilità di nuove medicine; la salvaguardia di qualità, sicurezza ed efficacia dei farmaci; 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, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha 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).

Il controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci va di pari passo con una buona *governance* della spesa farmaceutica; quest'ultima, rappresentando una parte rilevante delle risorse che lo Stato annualmente impegna per la sanità, va controllata in questa delicata fase di crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), garantendo ai cittadini farmaci con il miglior profilo beneficio-rischio.

Nel nostro Paese, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale e l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Con il termine "farmaceutica territoriale" si intende l'erogazione di medicinali a carico del SSN da parte delle farmacie pubbliche e private presenti sul territorio. La dispensazione, che avviene previa presentazione della prescrizione medica su ricettario del SSN, riguarda i medicinali compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (Classe A). Le prescrizioni relative alla popolazione residente e iscritta negli elenchi del SSN sono registrate a livello regionale in un Sistema Informativo Sanitario (SIS) dedicato. Questo sistema di monitoraggio è in grado di produrre informazioni aggiornate sull'utilizzo e la spesa per i farmaci, con la possibilità di disaggregare i dati dalle varie classi terapeutiche alle singole confezioni e, geograficamente, dal livello nazionale a quello di singola Azienda Sanitaria Locale (ASL). Il SIS, per il flusso dati sul consumo dei farmaci, 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. Un limite del sistema è la variabilità dell'organizzazione del flusso informativo tra Regioni (7).

Nel 2017 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 21.715 milioni di € ed è diminuita rispetto all'anno precedente dell'1,4%.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di Classe A, è stata di 12.909 milioni di €, ossia il 59,4% della spesa farmaceutica territoriale. Tale spesa ha registrato, rispetto all'anno precedente, una sensibile riduzione del 6,5%, principalmente determinata dalla diminuzione della spesa per i farmaci in Distribuzione Diretta e Distribuzione per Conto (-13,7%), mentre è stato registrato un contenuto decremento della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,7%).

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di Classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di Classe C, ha registrato un aumento del 7,1% rispetto





al 2016. A influire sulla variazione è stato l'aumento della spesa per i medicinali di automedicazione (+12,4%) e per i medicinali di Classe C con ricetta (+8,8%), mentre rimane pressoché stabile la spesa per l'acquisto privato di medicinali di Classe A (+0,6%) e la compartecipazione del cittadino (+0,6%) (8).

In questo Capitolo vengono presentati e commentati i dati forniti annualmente dall'AIFA sul consumo dei farmaci e la spesa che ne deriva per il SSN sia a livello nazionale che regionale e per 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. Ciò permette di effettuare, per i due indicatori proposti, dei confronti geografici che risultano di fondamentale importanza soprattutto considerando il fatto che non esistono dei valori standard di riferimento del consumo appropriato dei farmaci. Le eventuali differenze tra aree rappresentano la realtà in termini di differenze di politiche sanitarie regionali, demografiche, socio-economico-culturali e di diffusione delle patologie.

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.
- (7) Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (2) suppl 1. Disponibile sul sito: www.epiprev.it/esiti2011/capitolo-38.
- (8) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OSMED). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018.





Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 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, non considerando 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

Numeratore	Consumo farmaceutico in <i>Defined Daily Dose</i> a carico del Servizio Sanitario Nazionale
	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata per età x 365

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” che segue.

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. I dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici (2, 3).

La metodologia adottata per porre a confronto il consumo dei farmaci è denominata *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* e DDD. L'uso delle DDD evita l'introduzione di distorsioni indotte dal cambiamento di confezione di alcune specialità presenti nell'anno precedente con un diverso numero di DDD per singolo pezzo. La classificazione ATC e le DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaborativo per le Statistiche sui Farmaci di Oslo dell'OMS, che pubblica annualmente la lista ufficiale dei farmaci classificati secondo l'ATC in DDD.

In Italia, il centro di riferimento per il sistema ATC/DDD è il *Drug Utilization Research Group (DURG)*-Italia, una Associazione scientifica affiliata

all'*European DURG* che dal 1995 mantiene e distribuisce un archivio dei farmaci in commercio in Italia con ATC e DDD. L'ATC individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche.

I dati di consumo dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono raccolti dalla Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia. Sebbene siano flussi di dati amministrativi raccolti a scopo contabile, sono da considerarsi la migliore fonte attualmente disponibile e consolidata da anni e si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del SSN.

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

Descrizione dei risultati

Complessivamente, tra farmaci a carico del SSN e acquistati direttamente dal cittadino, in Italia nel 2017 sono state consumate oltre 1.700 dosi giornaliere di medicinali ogni 1.000 abitanti. Di queste, il 66,2% sono erogate a carico del SSN distribuite sia sotto forma di assistenza convenzionata (la maggior parte, ben 972,8 DDD/1.000 ab die) che da strutture pubbliche (2).

A livello nazionale (Tabella 1), la categoria di farmaci che viene consumata maggiormente è rappresentata dai cardiovascolari, che da soli determinano poco meno della metà del consumo delle dosi giornaliere di farmaco per 1.000 abitanti (466,8 DDD/1.000 ab die), con una spesa pro capite pari a 53,6€ (2).

Nell'analisi dei consumi, seguono a distanza i farmaci destinati all'apparato gastrointestinale e metaboli-



simo (152,0 DDD/1.000 ab die), quelli del sangue e organi emopoietici (86,4 DDD/1.000 ab die), i farmaci per il sistema nervoso (63,3 DDD/1.000 ab die) ed, infine, quelli per il sistema respiratorio (41,2 DDD/1.000 ab die).

Si propone di seguito una analisi più dettagliata delle principali classi terapeutiche di farmaci per consumo, cui si associano anche alcuni dati di spesa (non riportati nelle tabelle ma reperibili in bibliografia).

Per quanto riguarda i farmaci cardiovascolari, a livello regionale, i livelli di consumo più elevati si riscontrano nel Centro, nel Sud e nelle Isole, con l'Umbria che fa registrare il valore più elevato (555,6 DDD/1.000 ab die), seguita da Campania (505,6 DDD/1.000 ab die), Sicilia (497,7 DDD/1.000 ab die) e Puglia (492,2 DDD/1.000 ab die). Nel computo complessivo di spesa a carico del SSN i cardiovascolari rappresentano la seconda categoria per spesa con 58,6€ pro capite, dei quali ben 53,6€ derivanti dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2).

Entrando più nel dettaglio (dati non riportati in tabella), i principali sottogruppi di farmaci cardiovascolari per consumo sono gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina non associati (84,8 DDD/1.000 ab die), gli inibitori della idrossimetilglutaril-CoA reductasi (72,4 DDD/1.000 ab die) e gli antagonisti dell'angiotensina II non associati (55,7 DDD/1.000 ab die). Si tratta di consumi in larga parte attribuibili a patologie associate a stili di vita non salutari e ad una alimentazione scorretta.

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo presentano, anche in questo caso, dei valori di consumo superiori nelle regioni del Sud e nelle Isole, in particolare in Campania (185,5 DDD/1.000 ab die), Sicilia (180,1 DDD/1.000 ab die), Calabria (177,4 DDD/1.000 ab die) e Puglia (176,7 DDD/1.000 ab die). In termini di spesa pro capite per il SSN si collocano al quarto posto, dopo gli antimicrobici (2), e la tipologia a maggior consumo (67,5 DDD/1.000 ab die) sono gli inibitori della pompa protonica.

In generale, per quasi tutte le classi terapeutiche riportate in Tabella 1, i valori più alti di consumo si registrano nelle regioni del Sud e nelle Isole, ad eccezione dei farmaci della categoria sangue e organi emopoietici, del sistema nervoso e per gli antineoplastici e immunomodulatori.

La Campania, ad esempio, si pone al primo posto per consumo di farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (185,5 DDD/1.000 ab die), del sistema respiratorio (57,7 DDD/1.000 ab die), di farmaci antimicrobici (29,4 DDD/1.000 ab die) e, infine, di farmaci dermatologici (6,8 DDD/1.000 ab die); l'Abruzzo come maggior consumatore di farmaci del sangue e organi ematopoietici (110,2 DDD/1.000 ab die); la Toscana per i farmaci del sistema nervoso (78,1 DDD/1.000 ab die); la Puglia per i farmaci del sistema muscolo-scheletrico (58,9 DDD/1.000 ab die); le Marche per i farmaci del sistema genito-urinario e ormoni sessuali (47,4 DDD/1.000 ab die) e per i farmaci relativi agli organi di senso (28,8 DDD/1.000 ab die); la Sardegna per i preparati ormonali sistemici (43,2 DDD/1.000 ab die) e, infine, la Lombardia per i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (8,4 DDD/1.000 ab die).

In termini di spesa pro capite per il SSN (assistenza convenzionata e da strutture sanitarie pubbliche insieme), la distribuzione dei farmaci per ordine di spesa vede al primo posto gli antineoplastici e immunomodulatori (83,6€ pro capite), seguiti dai cardiovascolari (58,6€ pro capite), dagli antimicrobici (57,5€ pro capite) e dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (45,4€ pro capite) (2). Interessante notare come della categoria che determina in assoluto la maggior spesa, gli antineoplastici, solo 3,9€ pro capite sono attribuibili all'assistenza convenzionata, dato che si allinea al basso consumo (4,1 DDD/1.000 ab die) riscontrato (Tabella 1). Per gli antimicrobici, invece, meno di un quarto del totale della sopracitata spesa per il SSN pro capite è attribuibile all'assistenza convenzionata (13,1€ pro capite) (2). Ciò a fronte di un consumo in regime di assistenza convenzionata che risulta piuttosto basso (20,7 DDD/1.000 ab die) e che, anche in questo caso, vede le regioni del Sud e le Isole quali maggiori consumatrici. In ordine decrescente troviamo la Campania (29,4 DDD/1.000 ab die), la Calabria (27,3 DDD/1.000 ab die), la Puglia (27,2 DDD/1.000 ab die) e l'Abruzzo (24,9 DDD/1.000 ab die).

Per quanto riguarda, invece, le molecole si registra un maggior consumo per le penicilline (inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi), i macrolidi e i fluorochinoloni (2).

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

437

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die pesate) farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A, I livello Anatomical Therapeutic Chemical, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2017

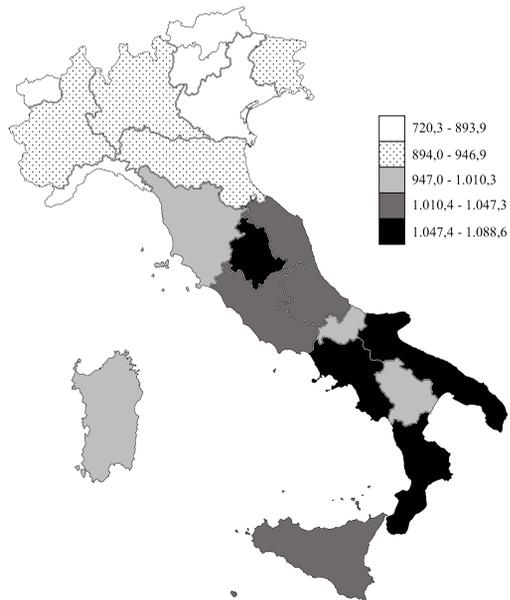
Regioni	C -	A -	B -	N -	R -	M -	G -	H -	J -	S -	L -	D -	P -	V -	Totale
Piemonte	436,8	135,4	83,7	68,5	34,2	32,2	38,8	32,8	16,3	22,3	6,0	3,2	0,8	0,0	911,0
Valle d'Aosta	379,0	128,0	67,7	58,2	37,3	34,0	37,9	27,7	15,9	19,6	5,3	2,6	0,8	0,0	814,0
Lombardia	450,1	147,2	75,9	65,8	37,0	27,2	37,0	25,2	17,7	16,7	8,4	2,8	1,1	0,2	912,3
Bolzano-Bozen	347,8	94,2	61,4	70,1	28,6	24,4	30,3	28,3	11,1	15,3	5,5	2,6	0,7	0,0	720,3
Trento	405,3	137,3	101,3	61,1	38,9	30,1	36,4	38,8	17,6	15,9	6,2	3,9	1,1	0,0	893,9
Veneto	460,4	130,1	61,5	57,8	33,1	27,9	35,0	28,8	15,0	18,0	6,4	3,3	1,0	0,0	878,3
Friuli Venezia Giulia	474,0	137,6	96,1	56,4	34,2	34,3	34,4	34,8	15,7	23,2	1,1	3,9	1,1	0,1	946,9
Liguria	405,2	144,3	60,6	72,1	39,7	28,7	40,2	21,3	14,4	20,3	5,3	3,0	0,5	0,0	855,6
Emilia-Romagna	460,3	117,3	90,7	60,2	34,3	29,0	37,2	38,2	16,6	23,3	2,6	3,3	0,9	0,0	913,9
Toscana	449,2	131,3	92,8	78,1	40,1	33,8	38,3	39,6	19,1	25,6	1,4	4,1	1,1	0,0	954,5
Umbria	555,6	147,6	86,3	72,7	37,1	35,4	43,3	42,3	23,3	23,5	6,0	3,9	1,1	0,1	1.078,2
Marche	479,6	145,6	90,4	67,0	36,2	43,2	47,4	40,7	22,6	28,8	5,8	3,4	0,9	0,1	1.011,7
Lazio	482,0	162,0	108,0	60,8	48,0	44,6	42,9	42,4	23,2	22,0	6,0	4,4	0,9	0,1	1.047,3
Abruzzo	452,6	159,5	110,2	72,1	37,7	47,5	40,3	40,3	24,9	25,8	7,1	4,5	0,7	0,2	1.023,4
Molise	445,2	144,8	102,4	59,9	33,9	42,7	37,0	42,3	22,8	15,8	5,3	4,3	0,4	0,1	956,9
Campania	505,6	185,5	77,3	54,8	57,7	44,4	42,4	32,1	29,4	17,3	5,4	6,8	0,7	0,1	1.059,5
Puglia	492,2	176,7	109,7	58,6	50,6	58,9	42,8	42,3	27,2	18,6	6,0	4,4	0,5	0,1	1.088,6
Basilicata	453,3	164,0	96,0	56,3	44,7	46,6	43,8	39,9	23,8	19,5	5,1	4,6	0,5	0,1	998,2
Calabria	488,4	177,4	100,9	62,8	42,1	52,2	41,3	37,1	27,3	19,1	5,5	5,5	0,8	0,1	1.060,5
Sicilia	497,7	180,1	83,7	56,5	43,2	43,6	40,5	33,8	24,7	16,5	5,7	5,3	0,7	0,1	1.032,1
Sardegna	454,7	166,2	87,4	71,3	46,5	49,1	40,1	43,2	19,5	19,5	7,0	4,7	1,0	0,1	1.010,3
Italia	466,8	152,0	86,4	63,3	41,2	39,5	37,6	34,4	20,7	20,0	4,1	5,8	0,1	0,9	972,8

Legenda: C=Cardiovascolare, A=Gastrointestinale e metabolismo, B=Sangue e organi emopoietici, N=Nervoso, R=Respiratorio, M=Muscolo-scheletrico, G=Genito-urinario e ormoni sessuali, H=Preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali, J=Antimicrobici, S=Organi di senso, L=Farmaci antineoplastici e immunomodulatori, D=Dermatologici, P=Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti, V=Vari.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2018.



Consumo (valori in DDD/1.000 ab die pesate) farmaceutico territoriale totale di farmaci di Classe A-SSN (I livello *Anatomical Therapeutic Chemical*) per regione. Anno 2017



Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di prodotti farmaceutici rappresenta una importante quota di spesa per il SSN. Per i farmaci di Classe A, la distribuzione può essere di due tipologie: tramite strutture sanitarie pubbliche o mediante assistenza farmaceutica territoriale convenzionata.

L'analisi sopra proposta ha analizzato questa seconda modalità di distribuzione sulla quale eventuali misure correttive potrebbero essere efficaci in quanto insistono su comportamenti dei singoli cittadini.

Esiste, in Italia, una notevole variabilità geografica in termini di consumo, con evidente gradiente Nord-Sud ed Isole.

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 nel-

la 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, anche mediante sensibilizzazione ed educazione della popolazione e campagne di prevenzione volte alla correzione degli stili di vita.

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 (OSMED). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018.
- (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) 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 a carico 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 precedente, "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.

Descrizione dei risultati

Nel 2017, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN (Tabella 1) è diminuita dell'1,4% rispetto al 2016.

La Campania, la Puglia, l'Abruzzo e la Calabria sono le regioni con la spesa pubblica per farmaci più elevata, mentre la Puglia, la Calabria, la Campania e l'Umbria sono le regioni con i consumi (in *Defined Daily Dose/1.000* ab die pesate) più elevati (3).

Le regioni con il valore più basso (escludendo la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la PA di Trento), invece, sono l'Emilia-Romagna (130,9€ pro capite), il Veneto (144,0€ pro capite) e la Toscana (144,7€ pro capite). Nell'arco temporale 2001-2017, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite. A livello nazionale la riduzione è stata pari al 18,1% (da 209,9€ del 2001 a 172,0€ del 2017). In particolare, la Sicilia, la Liguria, l'Emilia-Romagna, la PA di Bolzano, il Lazio, la Valle d'Aosta, la Campania e la Toscana hanno avuto riduzioni di spesa pro capite >20%, mentre le regioni con la minore riduzione di spesa sono state la Lombardia ed il Friuli Venezia Giulia con, rispettivamente, il -6,3% e il -6,9%.

Per quanto riguarda, infine, le variazioni rispetto all'anno precedente, si osserva che le regioni che presentano maggiore diminuzione percentuale della spesa sono la Campania (-6,2%), la Puglia (-4,4%) e la Sicilia (-4,4%).



Tabella 1 - Spesa (valori pro capite in €) farmaceutica territoriale* lorda pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2007-2017

Regioni	2001	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % (2001-2017)	Δ % (2014-2015)	Δ % (2015-2016)	Δ % (2016-2017)
Piemonte	183,2	195,0	197,2	202,0	194,0	182,0	170,3	166,7	160,5	155,9	151,5	151,4	-17,3	-2,9	-2,8	-0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	176,5	182,4	176,8	182,0	185,9	175,7	167,9	163,7	158,5	154,1	141,8	139,2	-21,1	-2,8	-8,0	-1,8
Lombardia	187,1	197,5	195,2	197,6	198,4	191,9	185,1	179,4	171,9	174,9	173,1	175,3	-6,3	1,7	-1,0	1,3
Bolzano-Bozen ^o	160,4	151,6	149,1	148,5	152,8	149,0	132,5	129,1	129,8	129,3	128,7	123,3	-23,1	-0,4	-0,5	-4,2
Trento ^o	160,4	168,3	164,1	166,2	167,9	162,2	153,9	147,1	145,2	145,3	145,4	144,0	-10,2	0,1	0,1	-1,0
Veneto	179,3	188,4	185,4	189,1	189,2	177,6	168,6	162,1	156,1	151,3	147,5	144,0	-19,7	-3,1	-2,5	-2,4
Friuli Venezia Giulia	170,2	191,4	185,5	185,8	193,7	187,2	171,4	164,7	160,5	158,6	157,6	158,4	-6,9	-1,2	-0,6	0,6
Liguria	213,4	203,0	200,6	199,9	197,8	188,3	166,8	160,6	153,7	151,7	148,6	152,5	-28,5	-1,3	-2,0	2,6
Emilia-Romagna	176,0	182,8	177,4	179,3	179,4	170,2	153,3	145,4	139,2	136,6	132,2	130,9	-25,6	-1,9	-2,9	-0,9
Toscana	181,6	177,5	175,2	174,8	176,6	167,7	153,4	148,6	143,7	143,0	141,6	144,7	-20,3	-0,5	-1,0	2,2
Umbria	186,0	187,8	183,0	185,3	187,1	180,9	172,3	170,9	164,0	165,4	165,7	168,3	-9,5	0,9	0,2	1,5
Marche	194,4	198,9	195,2	197,4	197,3	190,0	176,5	178,8	179,0	178,8	177,4	177,0	-9,0	-0,1	-0,8	-0,2
Lazio	249,7	259,4	250,9	248,2	248,5	234,4	220,1	216,2	205,4	203,3	198,1	194,6	-22,1	-1,0	-2,6	-1,8
Abruzzo	221,6	215,3	220,2	223,7	230,5	221,9	206,5	204,3	203,3	205,1	201,3	201,8	-8,9	0,9	-1,9	0,2
Molise	196,5	212,1	217,5	222,1	207,9	206,1	190,3	186,0	178,9	177,1	165,9	169,2	-13,9	-1,0	-6,3	2,0
Campania	257,8	235,7	239,8	242,6	241,0	232,0	231,2	228,0	224,0	222,5	217,6	204,1	-20,8	-0,7	-2,2	-6,2
Puglia	235,1	238,6	248,2	257,8	257,4	235,0	220,3	219,2	218,0	214,8	213,1	203,7	-13,4	-1,5	-0,8	-4,4
Basilicata	210,4	208,7	210,2	217,7	205,2	197,1	180,3	179,2	179,7	180,2	178,7	181,7	-13,7	0,3	-0,9	1,7
Calabria	237,7	270,3	277,0	275,1	267,8	231,2	223,0	216,6	213,3	208,9	204,5	199,8	-16,0	-2,1	-2,1	-2,3
Sicilia	260,3	272,3	265,0	262,1	266,0	258,1	245,2	235,9	207,5	197,0	188,9	180,6	-30,6	-5,1	-4,1	-4,4
Sardegna	219,9	225,9	223,6	228,6	234,5	229,0	229,4	209,1	203,6	202,5	188,7	181,6	-17,4	-0,5	-6,8	-3,8
Italia	209,9	215,0	213,4	215,3	215,1	204,3	193,0	187,7	180,4	178,3	174,4	172,0	-18,1	-1,2	-2,2	-1,4

*Esclusa la DD e la DpC.

^oI 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.

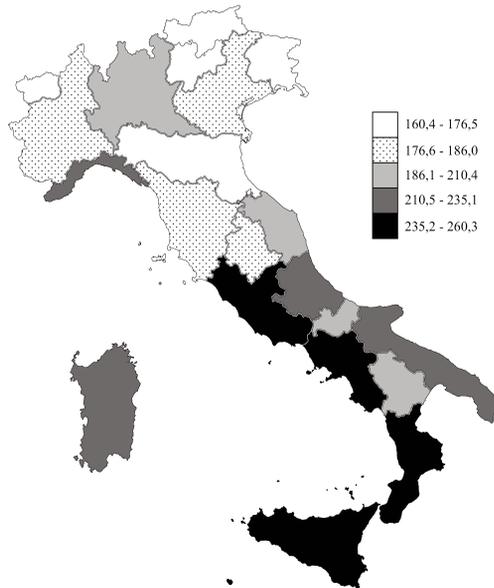
Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017. Anno 2018.



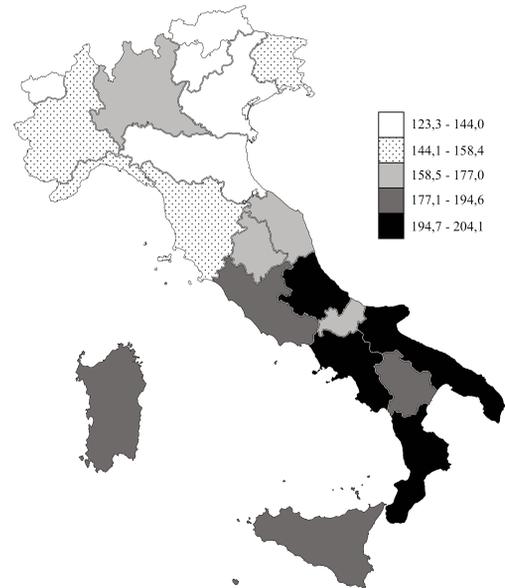
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

441

Spesa (valori pro capite in €) farmaceutica territoriale pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2001



Spesa (valori pro capite in €) farmaceutica territoriale pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2017



Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni hanno l'obbligo di contenere la spesa farmaceutica entro il limite del tetto della 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 realtà, 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.
- (3) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OSMED). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018.

