

XII CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA

Polignano, 21 aprile 2017

***L'equilibrio tra appropriatezza
prescrittiva e sostenibilità economica:
dagli indicatori di consumo agli
indicatori di percorso***

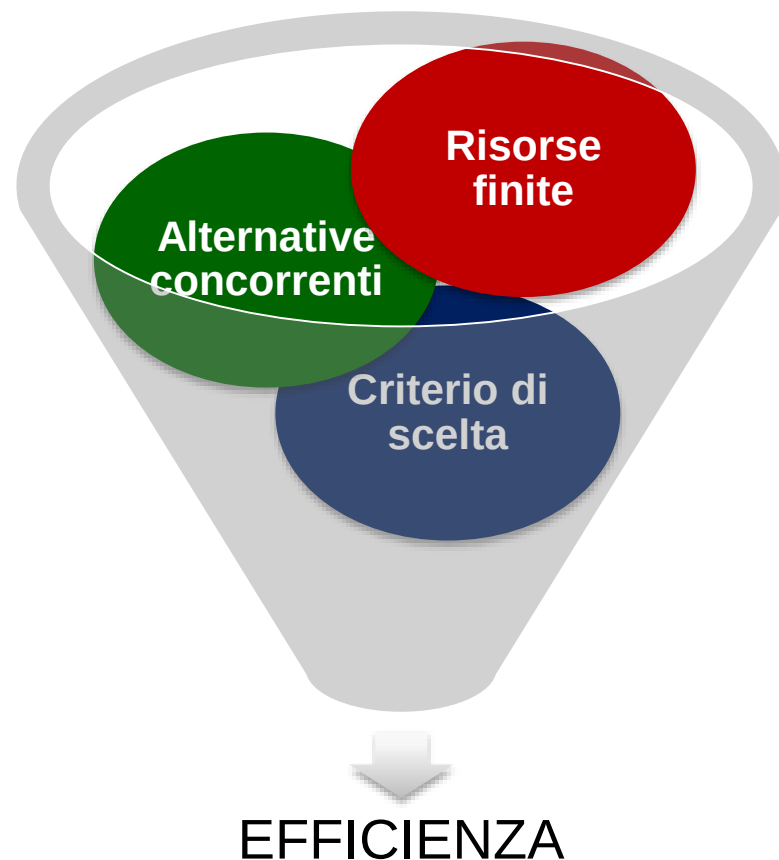
Luca Degli Esposti

CliCon – Health, Economics & Outcomes Research

Principio di efficientamento tra risorse finite, alternative che concorrono allo stesso ammontare di risorse e la necessità di definire un criterio di scelta

L'efficienza si realizza quando l'allocazione delle risorse è tale che non è possibile apportare miglioramenti al sistema, cioè **non si può migliorare la condizione di un soggetto senza peggiorare la condizione di un altro.**

Per contro, analogamente, **ogni allocazione delle risorse per cui si può migliorare la condizione di un soggetto senza peggiorare la condizione di un altro è, quindi, non efficiente.**



Principio di efficientamento tra risorse finite, alternative che concorrono allo stesso ammontare di risorse e la necessità di definire un criterio di scelta

Revisione tetti farmaceutica
A decorrere dal 2017:

Il tetto della spesa farmaceutica complessivo resta invariato, ovvero pari al 14,85%.

Il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera denominato tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, **è rideterminato nella misura del 6,89% (attualmente pari al 3,5%).**

Il tetto della spesa farmaceutica territoriale denominato tetto della spesa farmaceutica convenzionata **è rideterminato nella misura del 7,96% (attualmente pari all'11,35%).**

Fonte: L. 11/12/2016, n. 232. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019. Pubblicata nella Gazz. Uff. 21 dicembre 2016, n. 297, S.O.

Spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera nel periodo gennaio-agosto 2016 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 14,85%

	A=B/14,85%	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/A%
Regione	FSN Gen-ago 2016	Tetto 14,85%	Spesa Territoriale*(#)	Spesa Ospedaliera**	Spesa complessiva (#)	Scostamento assoluto (#)	Inc. %
SARDEGNA	2.015.459.593	299.295.750	300.904.524	108.208.785	409.113.309	109.817.559	20,3%
PUGLIA	4.982.230.486	739.861.227	707.347.678	262.733.859	970.081.537	230.220.310	19,5%
CAMPANIA	7.058.700.877	1.048.217.080	957.265.119	387.675.131	1.344.940.249	296.723.169	19,1%
CALABRIA	2.420.566.503	359.454.126	305.955.643	143.869.427	449.825.070	90.370.945	18,6%
ABRUZZO	1.652.181.180	245.348.905	208.841.023	93.237.330	302.078.353	56.729.448	18,3%
UMBRIA	1.127.666.405	167.458.461	134.285.607	70.219.464	204.505.071	37.046.610	18,1%
TOSCANA	4.728.629.771	702.201.521	513.896.967	329.711.378	843.608.345	141.406.825	17,8%
BASILICATA	723.064.099	107.375.019	88.235.020	40.701.212	128.936.233	21.561.214	17,8%
MARCHE	1.944.880.307	288.814.726	234.036.029	112.368.218	346.404.247	57.589.521	17,8%
LAZIO	7.187.385.298	1.067.326.717	874.613.551	389.562.028	1.264.175.579	196.848.863	17,6%
SICILIA	6.136.805.600	911.315.632	746.127.810	293.727.471	1.039.855.281	128.539.650	16,9%
LIGURIA	2.100.556.468	311.932.636	230.186.987	117.667.113	347.854.100	35.921.465	16,6%
MOLISE	412.016.596	61.184.464	48.794.643	18.167.117	66.961.761	5.777.296	16,3%
LOMBARDIA	12.270.417.230	1.822.156.959	1.348.964.107	615.087.933	1.964.052.041	141.895.082	16,0%
E. ROMAGNA	5.537.620.859	822.336.698	576.727.254	306.763.224	883.490.478	61.153.780	16,0%
PIEMONTE	5.541.930.593	822.976.693	609.997.788	273.849.835	883.847.623	60.870.930	15,9%
FRIULI V.G.	1.521.125.177	225.887.089	168.856.136	72.961.110	241.817.247	15.930.158	15,9%
VENETO	6.048.785.673	898.244.672	618.334.779	299.776.030	918.110.809	19.866.137	15,2%
V. D'AOSTA	156.211.557	23.197.416	14.527.296	7.742.718	22.270.014	-927.402	14,3%
BOLZANO	611.398.350	90.792.655	51.817.149	31.714.866	83.532.015	-7.260.640	13,7%
TRENTO	643.173.232	95.511.225	67.049.991	19.745.817	86.795.808	-8.715.417	13,5%
ITALIA	74.820.805.851	11.110.889.669	8.806.765.106	3.995.490.068	12.802.255.174	1.691.365.505	17,1%

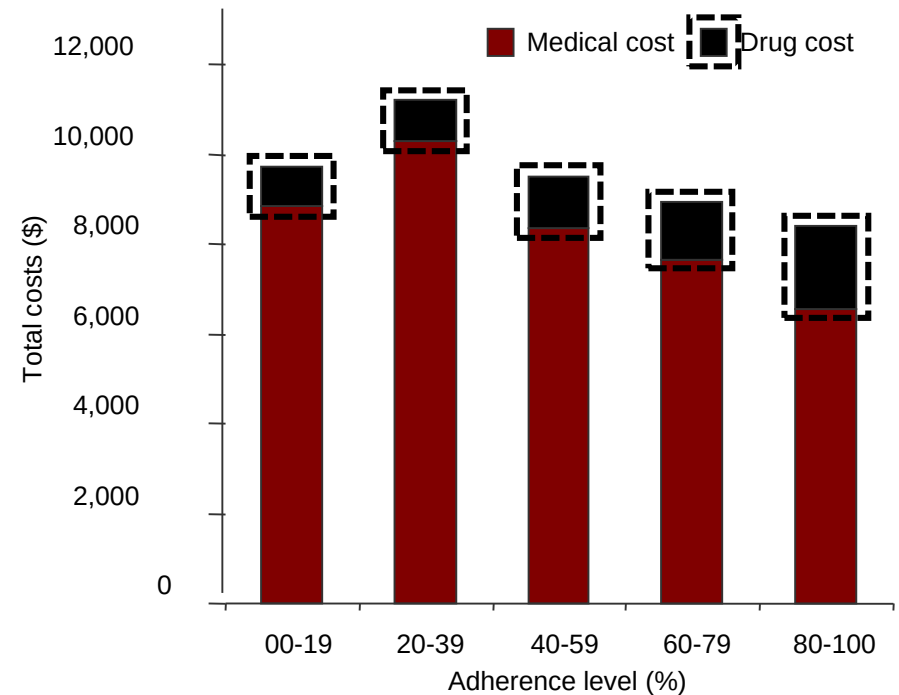
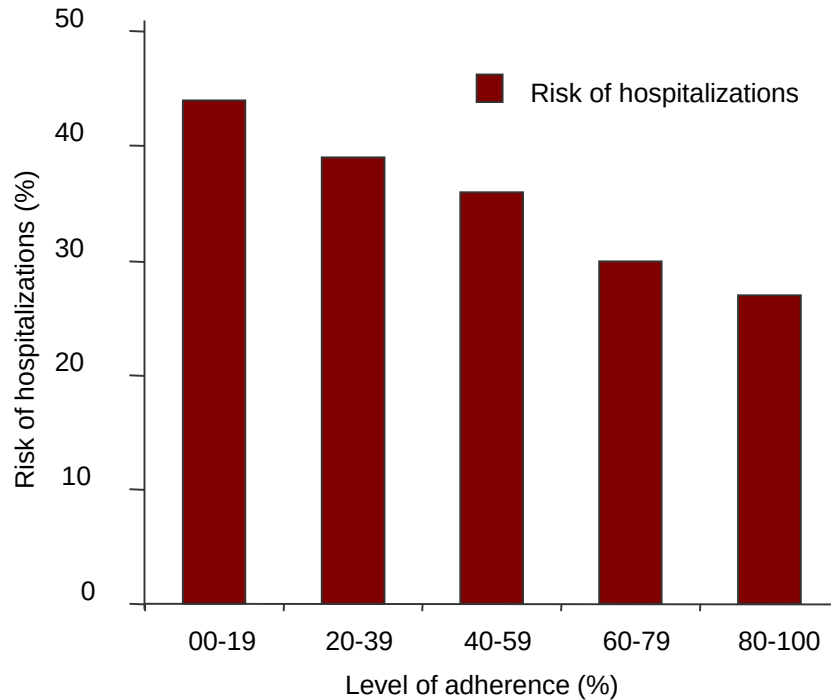
Fonte: Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Agosto 2016 (AIFA).

The Drug Budget Silo Mentality in Europe: An Overview

- The six national systems of health-care financing handle drug spending in various complex ways, **but there is evidence of silo budgeting of pharmaceuticals in all of them.** However, it would be very difficult to quantify the impact in terms of the amounts of inefficient expenditure or of poorer health outcomes.
- Several countries, notably Italy and Spain, have devolved **national health budgets to regional and local authorities, but continue to attempt to manage and control drug spending with central level tools—for example, reference pricing, national spending targets, and positive lists.** Only the Netherlands seems to be looking to use devolution (to sickness funds) to reduce the need for central pharmaceutical controls, replacing them with local incentives to improve the procurement and use of medicines.
- Most of the countries, with the exception of France, are **giving prescribing doctors more information about their expenditure on drugs, linked in several cases to drug budgets for prescribers and to incentive payments for keeping down prescribing expenditure.** However, a number of countries, such as France and the Netherlands, continue to put the **main emphasis on price control rather than looking at utilization and at value for money in terms of efficiency in achieving health outcomes.**
- The use of HTA to help obtain value for money is limited but seems to be increasing in most countries.

Relazione tra aderenza al trattamento, accessi ospedalieri e consumo di risorse sanitarie

La non-aderenza esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di accessi ospedalieri.



Fonte: Sokol MC et al. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Medical Care 2005; 43 (6): 521–530 (modificato da).

Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva all'aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata **all'interno delle indicazioni cliniche** e, in generale, **all'interno delle indicazioni d'uso** (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante **analisi della variabilità prescrittiva** e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti.

Tuttavia, si deve ricordare che “se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza”..., “una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva”.

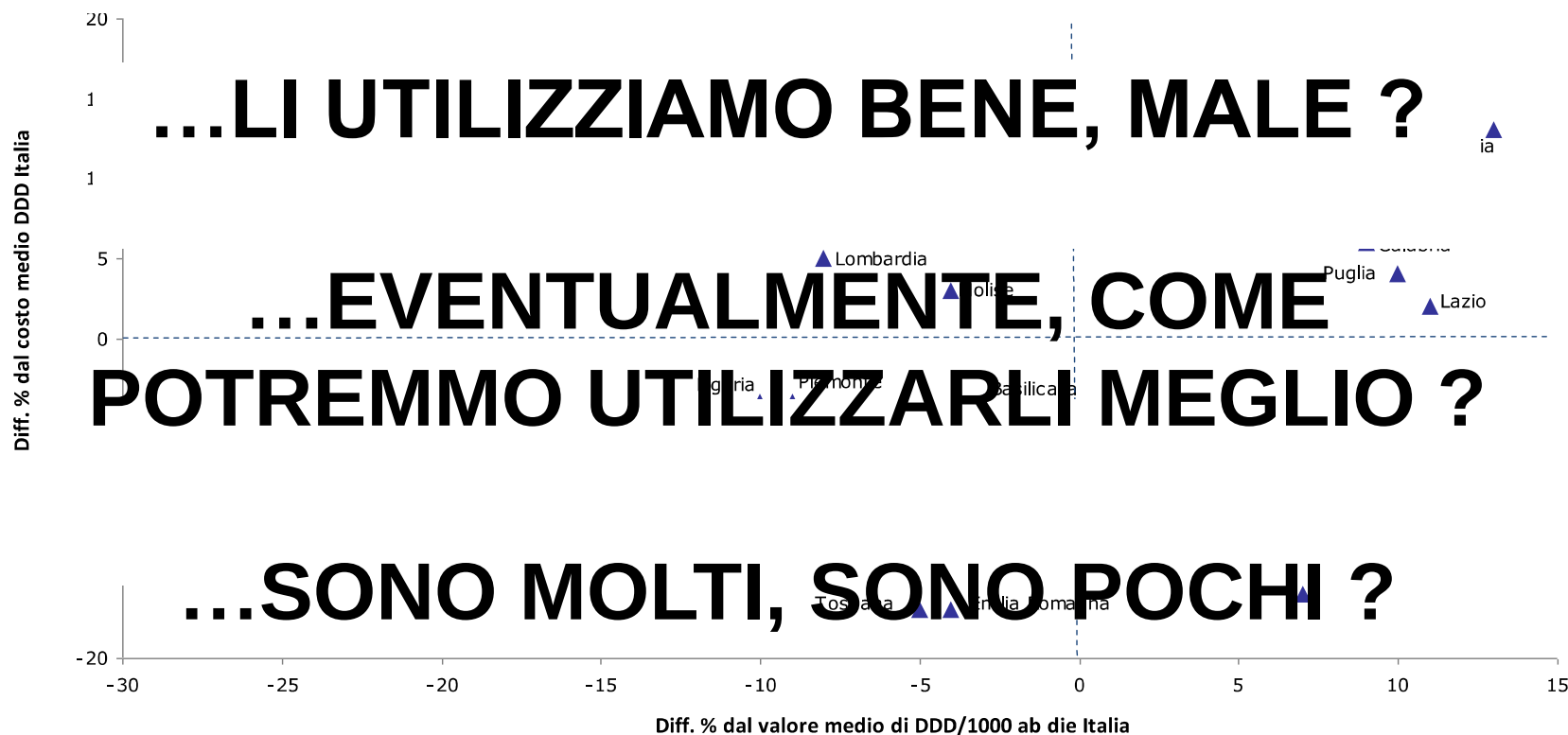
Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Effetto consumi, prezzi e “mix” sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN

ATC I livello	Sottogruppi	Spesa lorda pro capite	DDD/1.000 ab die	Δ% 15-14				Δ% Costo medio DDD
				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
Italia		178,3	1.114,9	-1,1	1,7	-1,9	-0,9	-2,8
C- Sistema cardiovascolare		55,7	465,6	-1,2	-0,3	-1,9	1,1	-0,9
Inibitori della HMG CoA reduttasi		10,5	67,6	-1,1	2,6	-0,4	-3,2	-3,6
Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici		6,1	38,5	-7,3	-2,3	-6,2	1,1	-5,1
Antagonisti dell'angiotensina II, non ass.		6,0	55,5	-0,1	-0,1	-0,9	0,9	-0,0
Derivati diidropiridinici		4,5	51,5	-4,4	-2,4	-2,1	0,0	-2,0
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non ass.		4,3	87,3	-3,6	-1,5	-1,1	-1,0	-2,1
Betabloccanti, selettivi		3,9	35,9	3,8	1,5	-0,8	3,0	2,2
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici		3,4	23,8	-5,0	-4,3	-1,1	0,4	-0,7
Altri ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti		2,9	5,5	0,2	11,7	-8,9	-1,4	-10,3
Inibitori HMG CoA reduttasi c/altri modificatori dei lipidi		2,7	3,6	4,0	2,4	-0,1	1,6	1,5
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e calcioantagonisti		1,5	8,0	19,4	20,5	-0,0	-0,9	-0,9
Nitrati organici		1,3	12,4	-12,1	-10,8	-1,5	0,1	-1,4
Antagonisti dell'angiotensina II associati a calcio-antagonisti		1,2	3,6	30,2	31,6	-1,2	0,1	-1,1
Bloccanti dei recettori alfa adrenergici		1,2	7,5	-1,1	-1,2	-0,1	0,1	0,0
Antiarritmici, classe IC		0,9	4,6	2,9	-0,0	-0,5	3,5	3,0
Sulfonamidi, non ass.(diuretici ad azione diuretica maggiore)		0,9	25,7	1,1	1,7	-0,1	-0,4	-0,5
Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici		0,7	3,8	-5,3	-4,9	-0,0	-0,3	-0,3
Betabloccanti selettivi e tiazidi		0,6	4,4	16,7	15,0	0,6	0,9	1,5
Antagonisti dell'aldosterone		0,5	3,2	-2,5	-0,3	-3,9	1,8	-2,2

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime di assistenza convenzionata 2015 per quantità costo medio di giornata di terapia e spesa



Fonte: L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015.

Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva all'aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata **all'interno delle indicazioni cliniche** e, in generale, **all'interno delle indicazioni d'uso** (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'**aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti**.

Tuttavia, si deve ricordare che “se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza”..., “una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva”.

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Definizione di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti (*aderenza al trattamento ed appropriatezza prescrittiva*)

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'**aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti**. Per aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti, si intende sia:

- ❑ **L'aderenza alle modalità d'uso dei farmaci** (e.g., l'uso continuativo dei farmaci nei trattamenti cronici), in altri termini **l'aderenza al trattamento**;
- ❑ **L'aderenza alle indicazioni terapeutiche** (e.g., la prescrizione dei farmaci con specifica indicazione per la tipologia di paziente considerato), in altri termini **l'appropriatezza prescrittiva**.

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Pubblicato in: “L’uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015. Indicatori per l’appropriatezza d’uso dei farmaci”



Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Direttore Generale: L. Pani

Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali che ha redatto il presente rapporto:

Coordinamento:

P. Russo – Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

- Ufficio Coordinamento OsMed:

R. Massimi, L.A.A. Muscolo, M. Sacconi, D. Settesoldi

- Ufficio HTA nel settore farmaceutico:

G. Altamura, A. Cangini, S. De Vito, A. Di Vito, R. Marini, M. Petrelli, M.P. Trotta

- Ufficio di Farmacovigilanza:

R. Bertini Malgarini, G. Pimpinella, L. Sottosanti

- Ufficio Ricerca e Sperimentazione Clinica:

F. Barchetti, S. Petraglia

- Unità Registri per il Monitoraggio Protocolli dei Farmaci:

G. Murri, E. Xoxi

- Ufficio Assessment Europeo:

M. Caleno, M. Evandri, P. Foggi, D. Melchiorri

- Segreteria Tecnica Direzione Generale:

M. Marangi

PER LE ATTIVITÀ DI EDITING, IMPAGINAZIONE E GRAFICA

- Ufficio Stampa e della Comunicazione:

A. Gasparini, I. Comessatti

PER LE ATTIVITÀ DI DATAWAREHOUSING, ELABORAZIONE STATISTICA E CONTROLLO DI QUALITÀ

D. Barbato, E. Fabrizi, F. Fortinguerra, F. Mammarella, A. Pierantozzi, R. Scarpellino, M. Troilo

PER LE ATTIVITÀ DI ANAGRAFICA DELLE SPECIALITÀ MEDICINALI:

M. Di Barbora

Ministero della Salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Roma

C. Biffoli, M.C. Brutti, M. Casciello

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma

F. Bevere, E. Pieroni

Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie, Firenze

O. Brignoli, C. Cricelli, F. Lapi, C. Piccini (Università di Bologna)

Clicon S.r.l., Ravenna

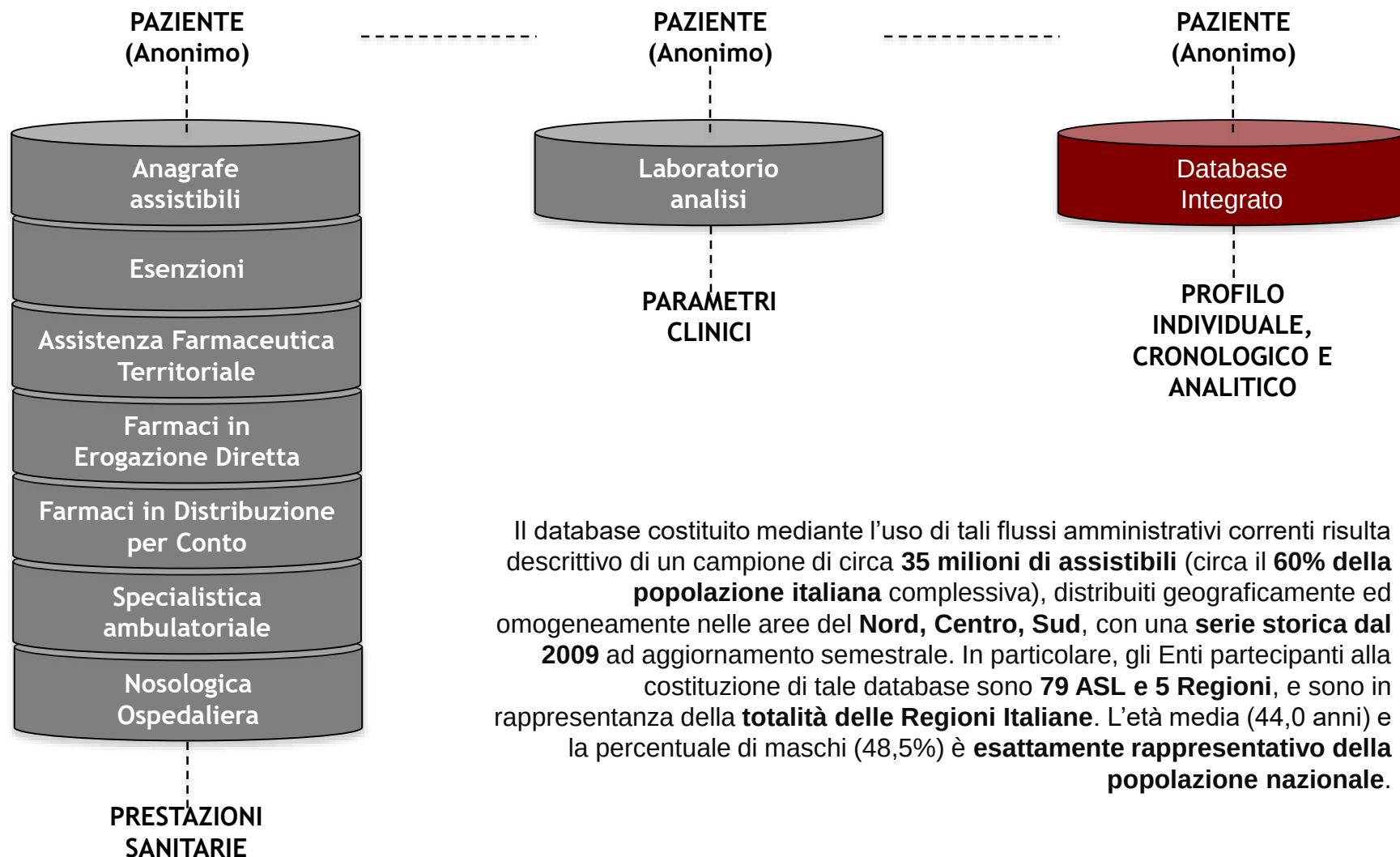
V. Blini, S. Buda, E. Crovato, E. Degli Esposti, L. Degli Esposti, D. Paoli, D. Sangiorgi, S. Saragoni, C. Veronesi

Le Aziende Sanitarie e le Regioni partecipanti al Rapporto OsMed 2015 nell'ambito del progetto Health-DB



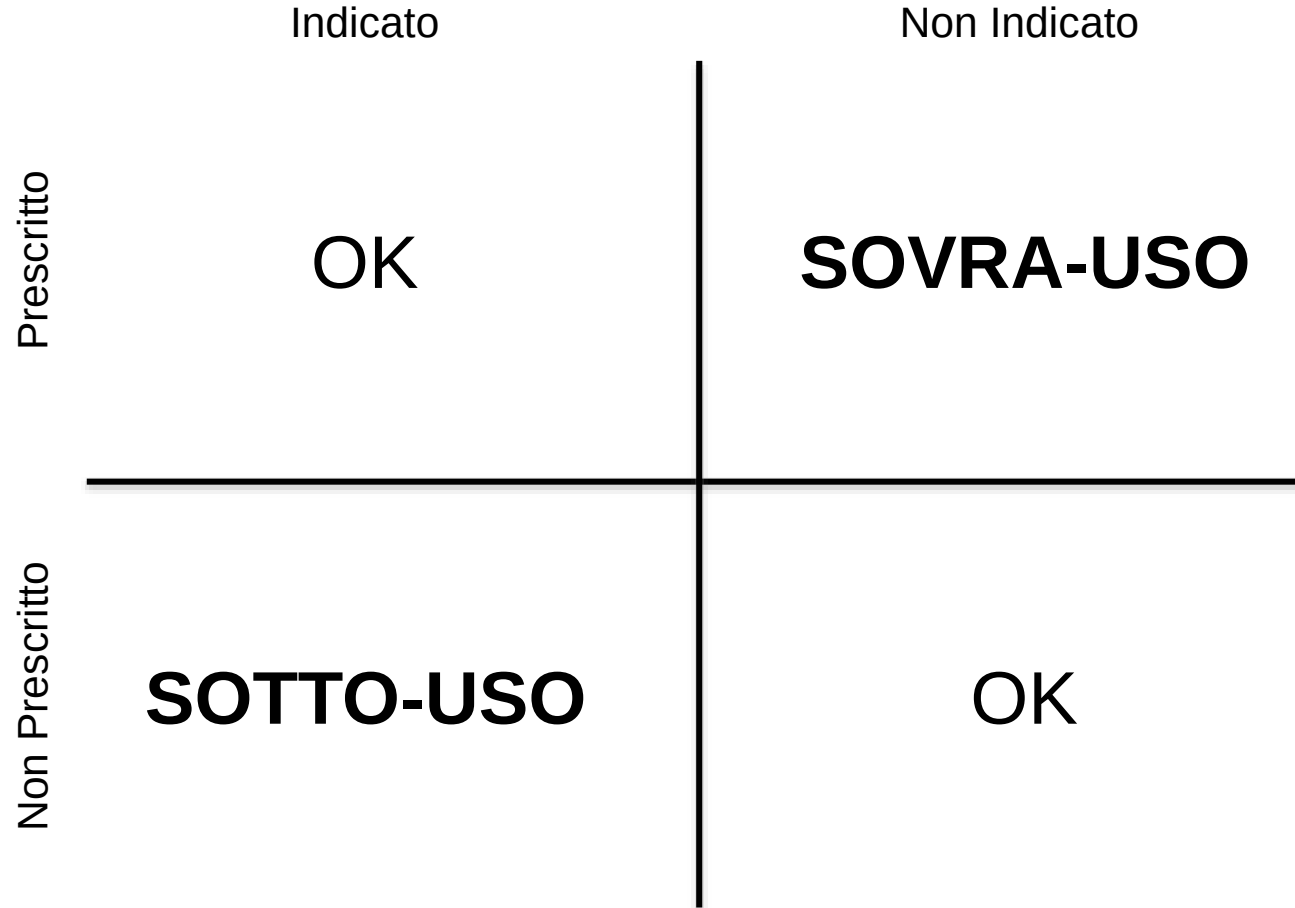
Azienda USL della Valle d'Aosta (Regione Valle D'Aosta) Referenti: S.Bettoni, S.Grumolato, J.Luboz; Regione Piemonte Direzione Sanità (Regione Piemonte) Referente: D.Nigro; Azienda Sanitaria Locale di Asti (Regione Piemonte) Referenti: I. Grossi, S. Martinetti, P.Mero, L.Raelli; ASL Pavia (Regione Lombardia) Referenti: S. Migliazza, M. Dellagiovanna, C. Cerra; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo (Regione Lombardia) Referenti: M. Gambera, R. Piccinelli, M. Zambetti; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecco (Regione Lombardia) Referenti: V. Valsecchi, P. DeLuca, E. Scopinaro, D. Moltoni; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese (Regione Lombardia) Referenti: E. Pini, O. Leoni, C. Oria, M. Papagni, G. Nosetti, E. Caldiroli; Provincia Autonoma di Bolzano (Regione Trentino-Alto Adige) Referente: V. Moser; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento (Regione Trentino-Alto Adige) Referenti: R. Roni, A. Polverino; Azienda Sanitaria della Regione Veneto (Regione Veneto) Referenti: G. Scroccaro, V. Fantelli, S. Amadei, L. Gubian, M. Brattina, M. Saugo; Azienda ULSS 20 di Verona (Regione Veneto) Referenti: A. Ferro, L. Mezzalana, M.Andretta, L. Trentin; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: S. Palcic; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: C. Cattaruzzi, L. Marcuzzo; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: F.V. Rosa, B. Basso; Azienda Sanitaria n° 1 Imperiese (Regione Liguria) Referenti: M. Saglietto, S. Delucis, M. Prioli; Azienda Sanitaria n. 3 Genovese (Regione Liguria) Referenti: A. Coccini, M. Ghia, F. Sanfelici; Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza (Regione Emilia Romagna) Referente: S. Radici; Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara (Regione Emilia Romagna) Referenti: P. Scanavacca, A. Campi, S. Bianchi, A. Verzola, N.Napoli; Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (Regione Emilia-Romagna) Referenti: M. Morini, M. Borsari, A. Danielli; Azienda USL 1 Massa e Carrara (Regione Toscana) Referenti: M. Dal Maso, B. Marsiglia; Azienda USL 8 Arezzo (Regione Toscana) Referente: B. Vujovic; Azienda USL 9 Grosseto (Regione Toscana) Referenti: M. Pisani, P. Bonini, F. Lena; Agenzia Regionale Sanitaria Marche (Regione Marche) Referenti: P. Aletti, A. Marcobelli, S.Sagratella; Azienda USL Umbria n.2 (Regione Umbria) Referenti: S. Fratini, F. Bartolini; Azienda USL Roma A (Regione Lazio) Referenti: G. Riccioni, A. Barbato; Azienda USL Roma D (Regione Lazio) Referenti: R. Di Turi, A. Blasi, E. Pagnozzi; Azienda USL Roma F (Regione Lazio) Referenti: G. Quintavalle, P. D'Avenia, M.C. De Matthaeis; Azienda Sanitaria Locale di Frosinone (Regione Lazio) Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi, L.Marziale, P.Venditti, C.Bianchi, L.Quaresima; Azienda Sanitaria Locale Teramo (Regione Abruzzo) Referenti: I. Senesi, R. Baci, I. De Carlo; Azienda Sanitaria Regionale del Molise (Regione Molise) Direzione Generale per la Salute - Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica - Referenti: A. Lavallo, G. Trofa; Azienda Sanitaria Locale di Caserta (Regione Campania) Referenti: C.Linguitti, G.Farina, C.Pagliaro, C.Troncone, MG Tari; Azienda Sanitaria Locale di Potenza (Regione Basilicata) Referenti: G. Motola, C. Granieri; Azienda Sanitaria Locale BAT (Regione Puglia) Referenti: O. Narracci, D. Ancona, M. Cammarota; Azienda Sanitaria Locale Lecce (Regione Puglia) Referenti: G.Gorgoni, A.Sanguedolce, C.Montinari; Regione Calabria Dipartimento Tutela Salute (Regione Calabria) Referenti: B. Zito, G. Brancati, R. Cosentino, M.R. Maione, L. Florio, A.E. De Francesco. Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza (Regione Calabria) Referenti: M. Vulnera, L. Florio, F. La Viola; Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (Regione Calabria) Referente: D. Costantino; Azienda Sanitaria Provinciale di Catania (Regione Sicilia) Referenti: F. Rapisarda, P.L. Lazzaro; Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (Regione Sicilia) Referenti: M. Pastorello, M. Parelli, M. Visconti, I. Uomo; ASL Cagliari (Regione Sardegna) Referenti: P. Sanna, F. Lombardo. ASL Sassari (Regione Sardegna) Referente: A.Sussarellu.

Data linkage di flussi amministrativi correnti (e clinici) delle ASL e Regioni per la creazione di un *database* longitudinale di popolazione



Il database costituito mediante l'uso di tali flussi amministrativi correnti risulta descrittivo di un campione di circa **35 milioni di assistibili** (circa il **60% della popolazione italiana** complessiva), distribuiti geograficamente ed omogeneamente nelle aree del **Nord, Centro, Sud**, con una **serie storica dal 2009** ad aggiornamento semestrale. In particolare, gli Enti partecipanti alla costituzione di tale database sono **79 ASL e 5 Regioni**, e sono in rappresentanza della **totalità delle Regioni Italiane**. L'età media (44,0 anni) e la percentuale di maschi (48,5%) è **esattamente rappresentativo della popolazione nazionale**.

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2015; 6(2).

Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti (INDICATORE H-DB 2.1)

	2015 N = 1.385.824		2014 N = 1.348.319		2013 N = 1.311.725	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	56,0	0,6	55,7	1,0	55,1	/
Area geografica						
Nord	55,8	0,6	55,5	0,2	55,4	/
Centro	56,0	-0,2	56,1	1,3	55,4	/
Sud	56,3	1,1	55,7	2,0	54,6	/
Genere						
Maschio	58,1	0,8	57,7	0,9	57,1	/
Femmina	53,7	0,5	53,4	1,1	52,8	/
Classi di età						
≤45	22,9	-0,3	22,9	-0,1	23,0	/
46-65	56,2	-0,5	56,5	0,0	56,5	/
66-75	64,3	0,7	63,9	0,9	63,4	/
>75	52,6	1,6	51,8	2,1	50,7	/
Follow-up fino al 31-12-2015°	56,0		59,3		61,5	

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti ad alta potenza (INDICATORE H-DB 2.4)

	2015 N = 602.451		2014 N = 578.797		2013 N = 549.349	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	64,8	2,2	63,4	2,6	61,8	/
Area geografica						
Nord	64,9	2,8	63,1	2,9	61,4	/
Centro	61,9	2,9	60,2	3,2	58,3	/
Sud	65,8	1,2	65,0	2,0	63,7	/
Genere						
Maschio	67,5	2,2	66,1	2,8	64,3	/
Femmina	61,6	2,1	60,3	2,4	58,9	/
Classi di età						
≤45	67,2	1,1	66,5	2,1	65,1	/
46-65	67,8	2,0	66,5	2,1	65,1	/
66-75	65,3	2,6	63,6	2,9	61,8	/
>75	61,7	2,5	60,2	3,4	58,2	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	65,8	3,5	63,6	3,5	61,5	/
Già in trattamento	64,7	2,0	63,4	2,5	61,8	/
Statine a brevetto non scaduto^	21,1	-7,5	22,8	-6,2	24,3	/

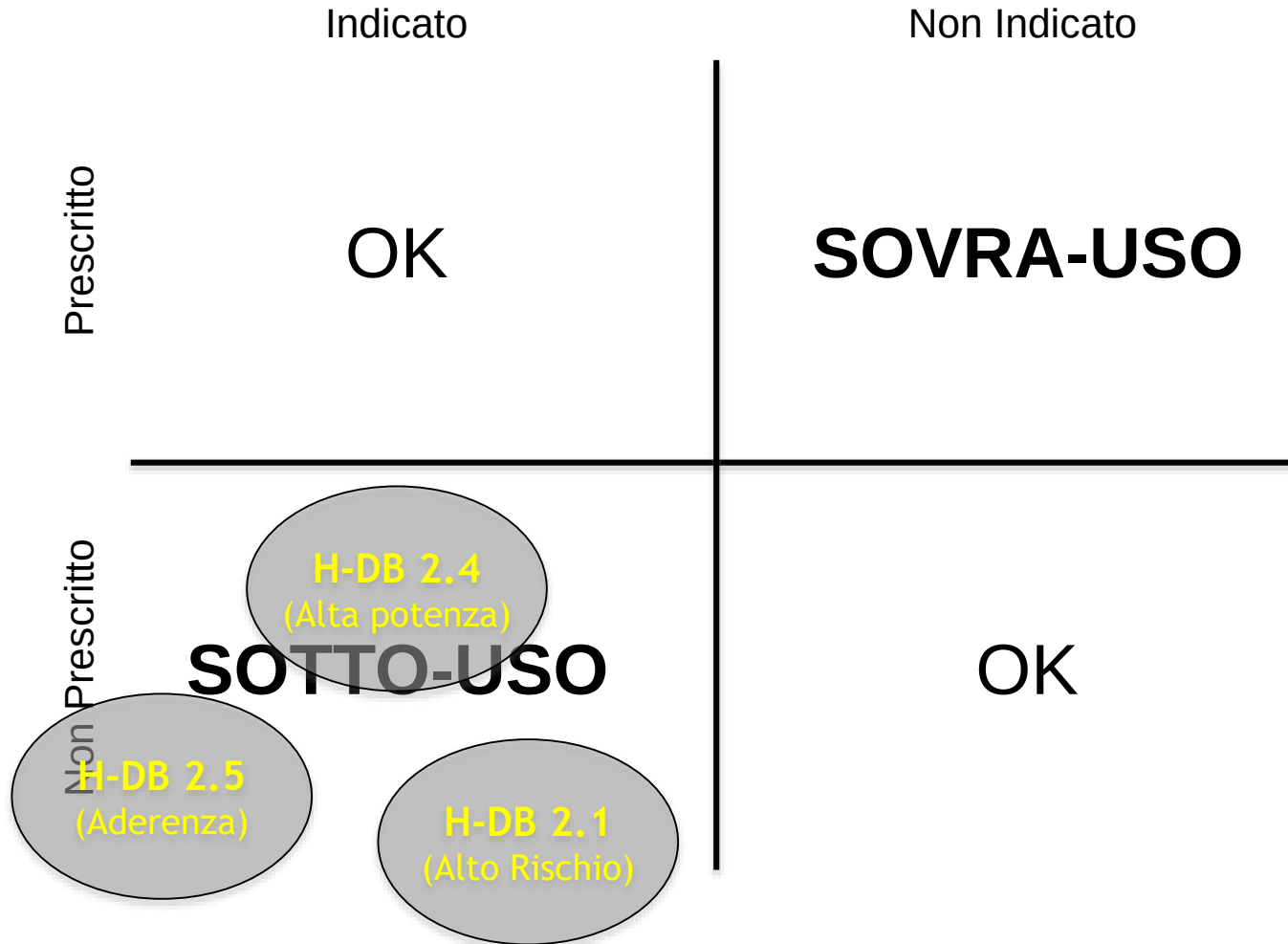
Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti aderenti al trattamento ipolipemizzante (INDICATORE H-DB 2.5)

	2015 N = 2.420.164		2014 N = 2.328.163		2013 N = 2.215.947	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	45,8	0,8	45,5	4,3	43,6	/
Area geografica						
Nord	48,9	1,9	48,0	1,4	47,3	/
Centro	39,5	7,1	36,8	-8,8	40,4	/
Sud	43,7	-2,9	45,0	14,9	39,2	/
Genere						
Maschio	49,1	1,0	48,6	3,3	47,0	/
Femmina	42,6	0,4	42,5	5,3	40,3	/
Classi di età						
≤45	28,1	-1,3	28,4	4,9	27,1	/
46-65	43,0	-0,5	43,2	3,7	41,7	/
66-75	49,0	1,1	48,5	4,1	46,6	/
>75	46,7	1,3	46,1	4,5	44,1	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	24,5	-5,1	25,8	2,2	25,2	/
Già in trattamento	50,3	0,8	49,9	3,8	48,1	/
Comorbidità						
Senza pregresso evento CV o diabete	44,1	0,6	43,8	4,2	42,1	/
Con pregresso evento CV o diabete	51,5	1,1	50,9	4,5	48,7	/
TOTALE senza occasionali*	49,7	0,7	49,3	3,3	47,7	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

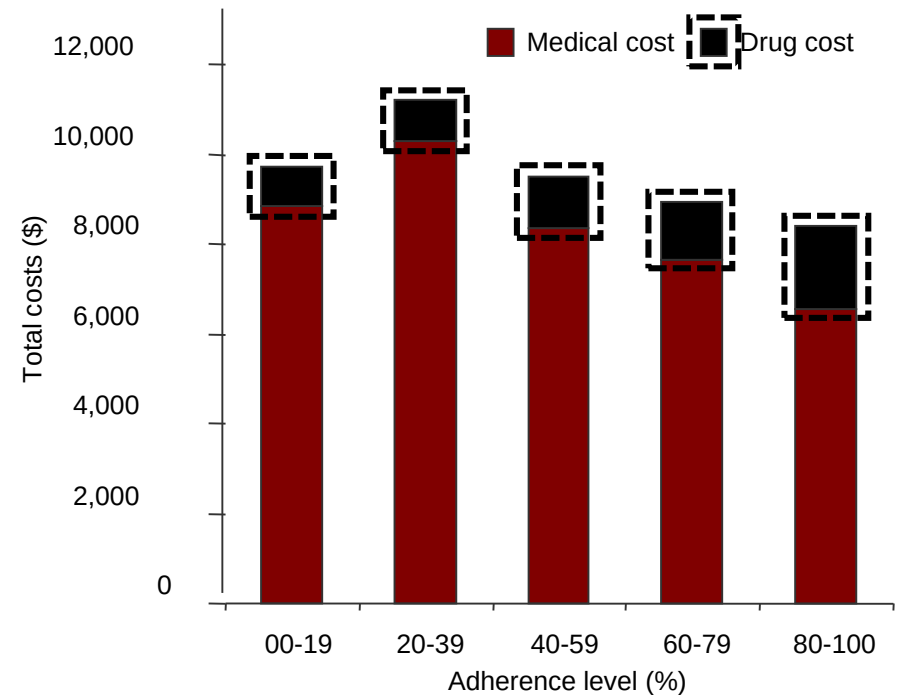
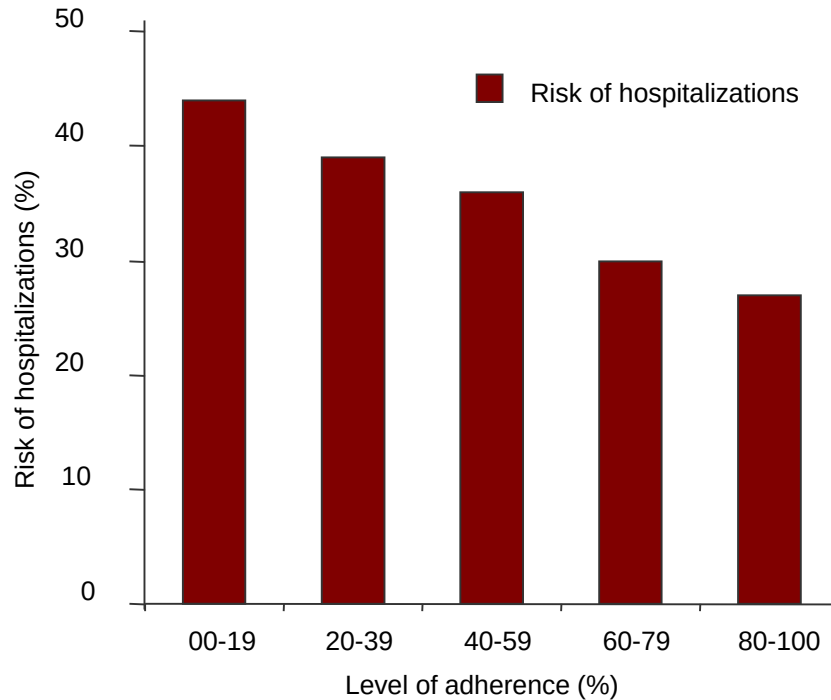
Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2015; 6(2).

Relazione tra aderenza al trattamento, accessi ospedalieri e consumo di risorse sanitarie

La non-aderenza esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di accessi ospedalieri.



Fonte: Sokol MC et al. *Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Medical Care* 2005; 43 (6): 521–530 (modificato da).

Percentuale di pazienti senza pregresso evento CV o diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti a bassa potenza (INDICATORE H-DB 2.3)

	2015 N = 1.947.589		2014 N = 1.891.190		2013 N = 1.824.328	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	39,0	-3,8	40,5	-4,2	42,3	/
Area geografica						
Nord	37,8	-5,4	40,0	-5,0	42,1	/
Centro	42,4	-3,4	43,9	-4,8	46,2	/
Sud	39,0	-1,5	39,6	-2,5	40,6	/
Genere						
Maschio	34,4	-4,9	36,2	-5,2	38,2	/
Femmina	43,1	-3,0	44,4	-3,4	46,0	/
Classi di età						
≤45	33,6	-4,4	35,1	-4,1	36,6	/
46-65	35,4	-4,3	37,0	-4,5	38,7	/
66-75	39,0	-4,1	40,7	-4,6	42,7	/
>75	42,8	-3,9	44,5	-4,2	46,4	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	39,0	-5,5	41,3	-4,4	43,2	/
Già in trattamento	38,9	-3,4	40,3	-4,1	42,0	/
Statine a brevetto scaduto^	79,9	1,9	78,3	2,1	76,7	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Percentuale di pazienti ultra-ottantenni in trattamento con statine in prevenzione primaria (INDICATORE H-DB 2.2.1)

	2015 N = 510.437		2014 N = 465.585		2013 N = 422.321	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	76,6	-0,7	77,1	-0,6	77,5	/
Area geografica						
Nord	78,2	-0,4	78,5	-0,6	79,0	/
Centro	78,0	-1,3	79,0	0,0	79,0	/
Sud	72,7	-0,9	73,3	-0,8	73,9	/
Genere						
Maschio	75,2	-0,8	75,8	-0,8	76,4	/
Femmina	77,5	-0,6	77,9	-0,4	78,2	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	82,4	-0,6	82,8	0,2	82,7	/
Già in trattamento	75,8	-0,6	76,3	-0,6	76,7	/

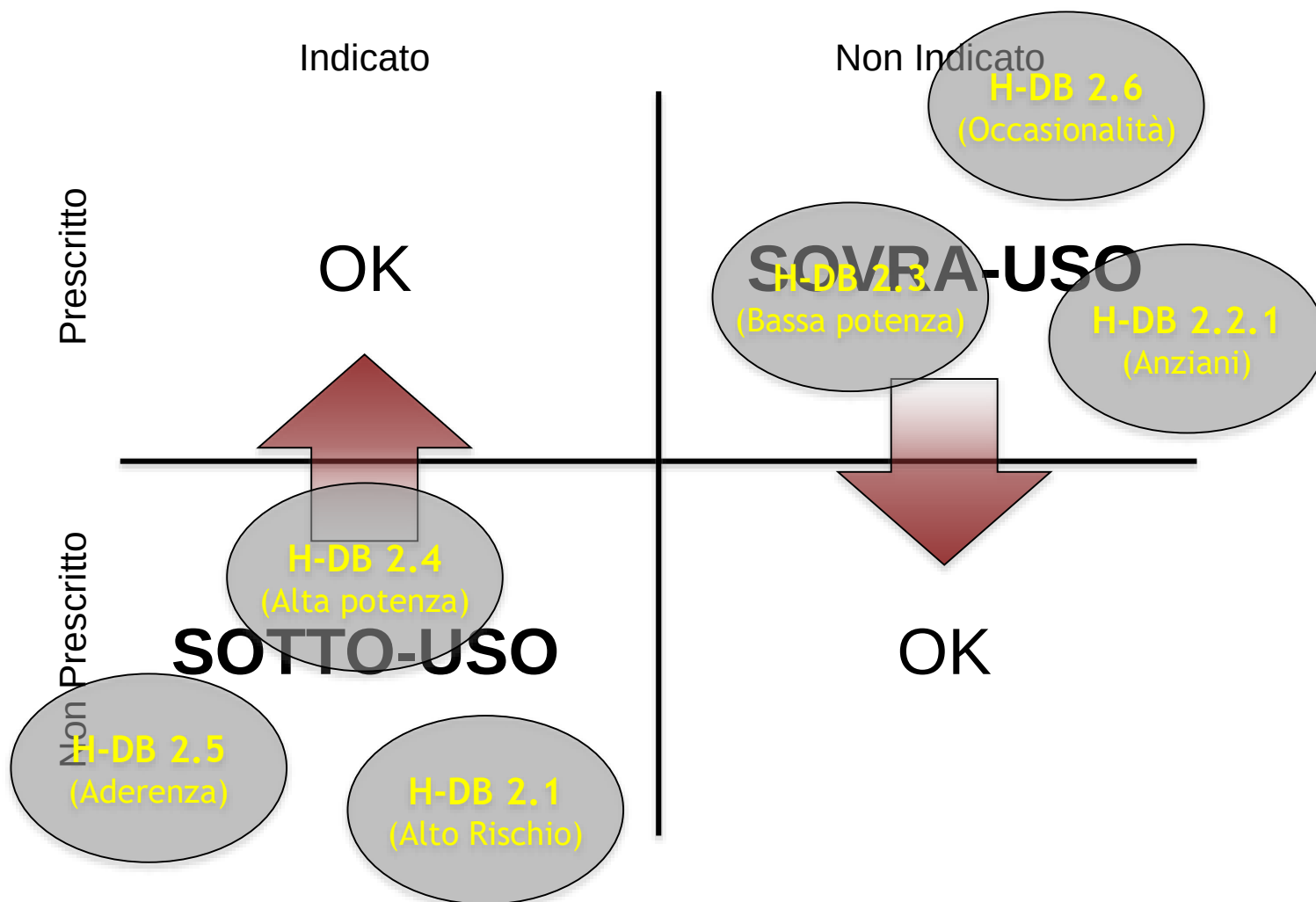
Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In:
Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti occasionali al trattamento ipolipemizzante (INDICATORE H-DB 2.6)

	2015 N = 2.420.164		2014 N = 2.328.163		2013 N = 2.215.947	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	7,8	-0,3	7,9	-9,4	8,7	/
Area geografica						
Nord	5,8	-4,4	6,1	-1,2	6,2	/
Centro	8,6	-2,4	8,8	-3,5	9,1	/
Sud	10,6	3,5	10,2	-17,4	12,4	/
Genere						
Maschio	7,2	-0,8	7,3	-9,5	8,0	/
Femmina	8,4	0,1	8,4	-9,4	9,3	/
Classi di età						
≤45	21,5	2,8	20,9	-6,5	22,3	/
46-65	9,5	3,1	9,2	-6,9	9,9	/
66-75	6,2	-1,4	6,3	-9,3	6,9	/
>75	6,8	-2,4	6,9	-11,8	7,9	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	28,4	3,7	27,4	-4,9	28,8	/
Già in trattamento	3,5	1,7	3,4	-9,0	3,8	/
Comorbidità						
Senza pregresso evento CV o diabete	8,6	-0,1	8,6	-8,9	9,5	/
Con pregresso evento CV o diabete	5,2	-0,4	5,3	-12,0	6,0	/

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2015. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo



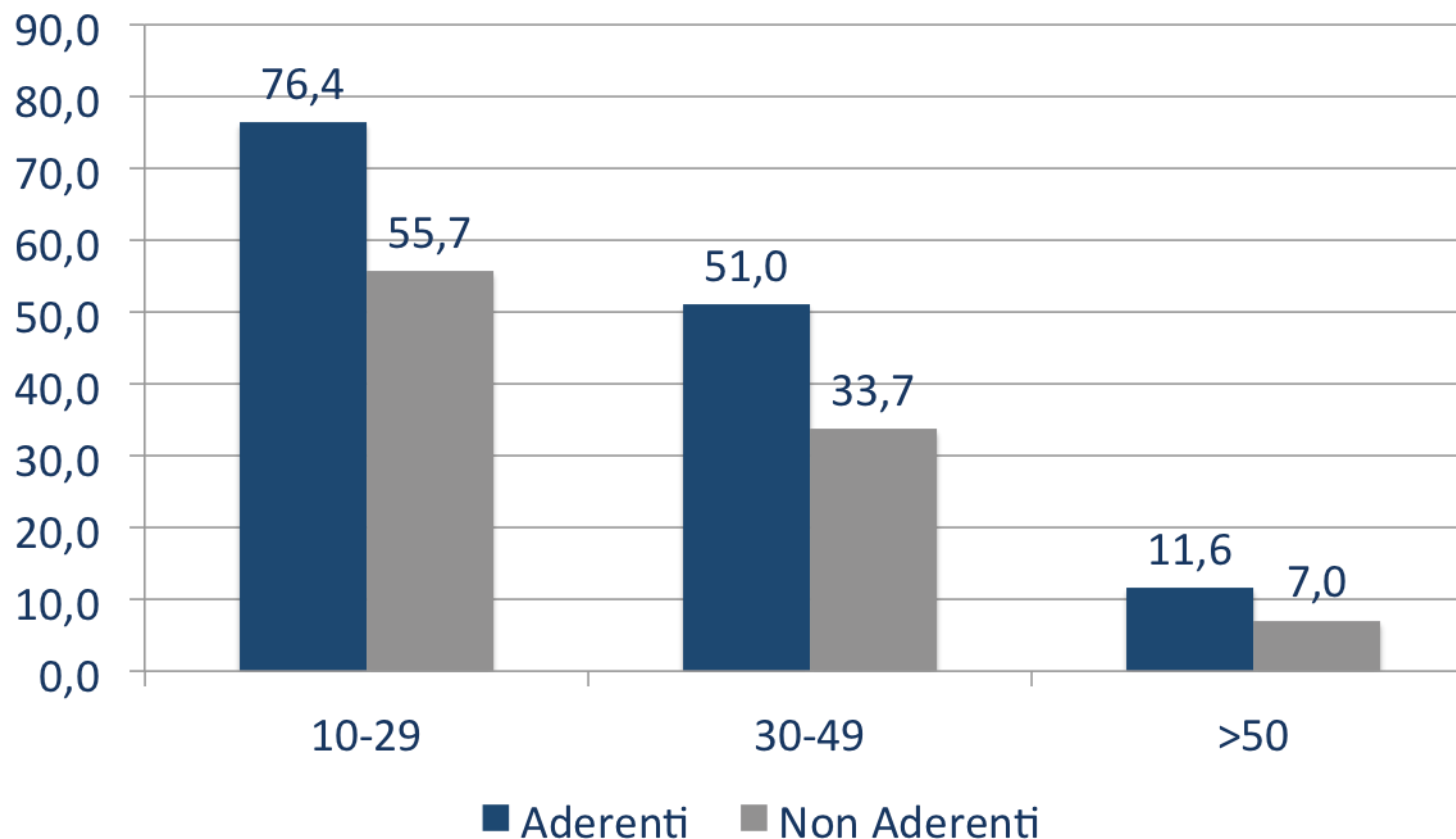
Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2015; 6(2).

Distanza dal target lipidico nei pazienti avviati al trattamento con farmaci ipolipemizzanti (Studio STAR)

Distanza dal target	Pts (Nr., %)
<10%	3,176 (29.0)
10-29%	4,275 (39.0)
30-49%	1,220 (11.1)
>50%	2,278 (20.8)
Totale	10,949

Fonte: Degli Esposti et al. Fabbisogno assistenziale e allocazione delle risorse nel trattamento dell'ipercolesterolemia Risultati dallo studio STAR (Statins Target Assessment in Real practice). Politiche Sanitarie 2012.

Raggiungimento del target nei pazienti in relazione alla distanza dal target lipidico ed all'aderenza al trattamento (Studio STAR)



Fonte: Degli Esposti et al. Fabbisogno assistenziale e allocazione delle risorse nel trattamento dell'ipercolesterolemia Risultati dallo studio STAR (Statins Target Assessment in Real practice). Politiche Sanitarie 2012.

Distribuzione dei pazienti per aderenza, raggiungimento del target terapeutico e criteri di allocazione delle risorse (Studio STAR)

		Target	
		Sì	No
Aderenti	Sì	Pazienti: 13.790 (31%) Spesa totale: € 5.055.339 (45%) Statine di 2° livello: 60%	Pazienti: 7.054 (16%) Spesa totale: € 2.417.625 (22%) Statine di 2° livello: 50%
	No	Pazienti: 11.634 (36%) Spesa totale: € 2.084.946 (19%) Statine di 2° livello: 54%	Pazienti: 11.740 (27%) Spesa totale: € 1.648.129 (15%) Statine di 2° livello: 44%

Fonte: Degli Esposti et al. Fabbisogno assistenziale e allocazione delle risorse nel trattamento dell'ipercolesterolemia Risultati dallo studio STAR (Statins Target Assessment in Real practice). Politiche Sanitarie 2012.

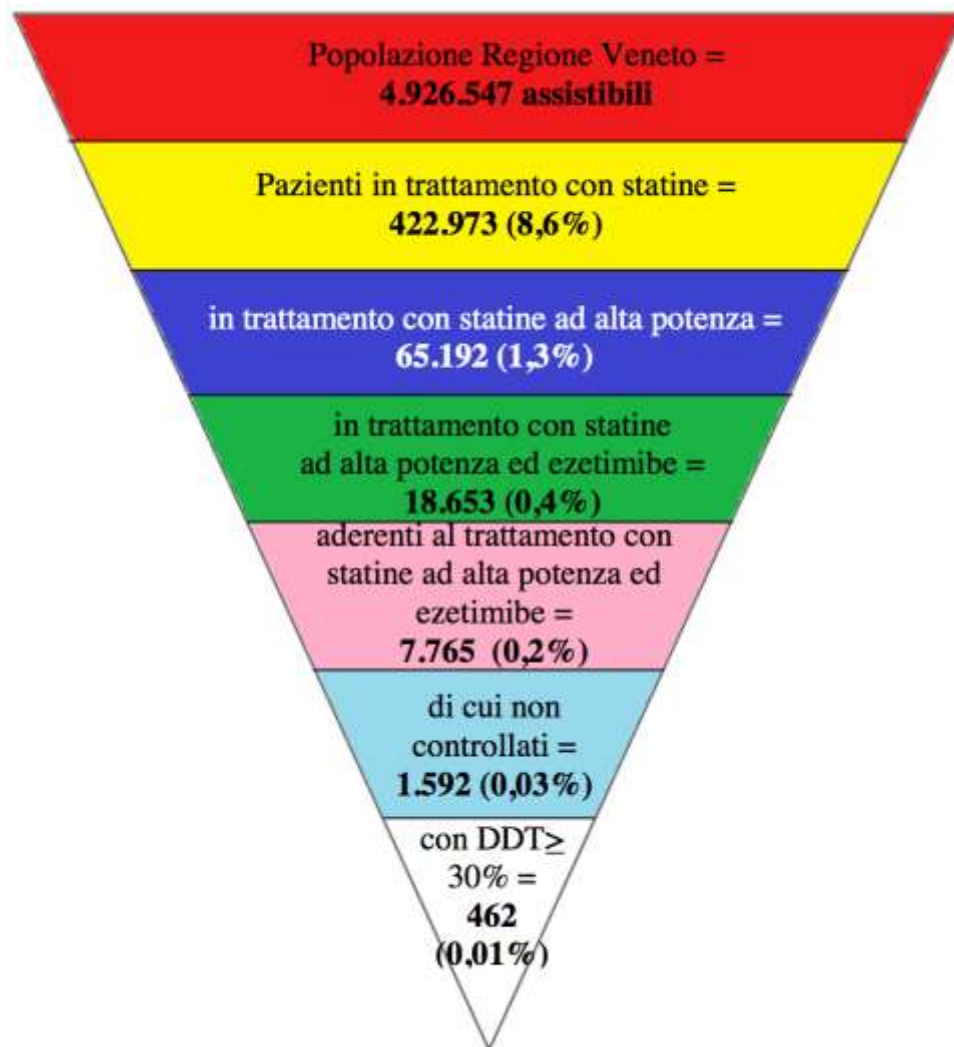
Proposta per un accesso controllato al mercato dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria

Sulla base della stima effettuata, il numero di pazienti potenzialmente candidabili alla terapia con i PCSK-9 appare molto ridotto (0,01% degli assistibili della Regione Veneto).

È fondamentale che la Regione monitori la prescrizione di questi nuovi farmaci ad alto costo, con l'obiettivo di governare la spesa → indicatori di appropriatezza.

Gli PCSK-9 potrebbero rappresentare l'occasione per sperimentare un nuovo modello di Piano Terapeutico web-based, denominato "Piano Terapeutico Attivo" (PTA).

Proposta per un accesso controllato al mercato dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria – EPIDEMIOLOGIA



41%

Pazienti con EVENTO CV o DIABETE, NON trattati con STATINE

32%

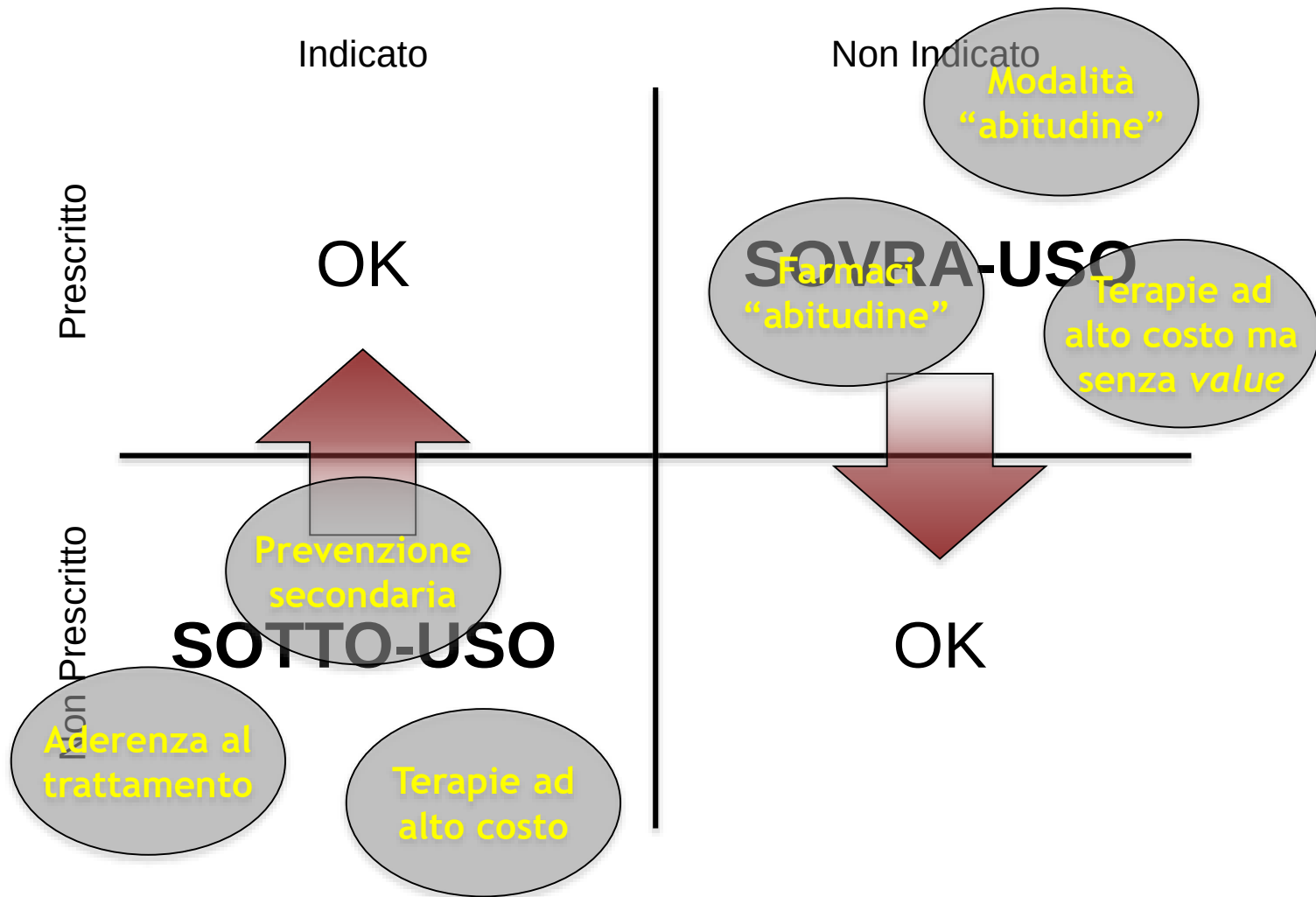
Prev. SECONDARIA o DIABETE con statine a BASSA potenza

50%

ADERENTI al trattamento

>80% copertura terap.

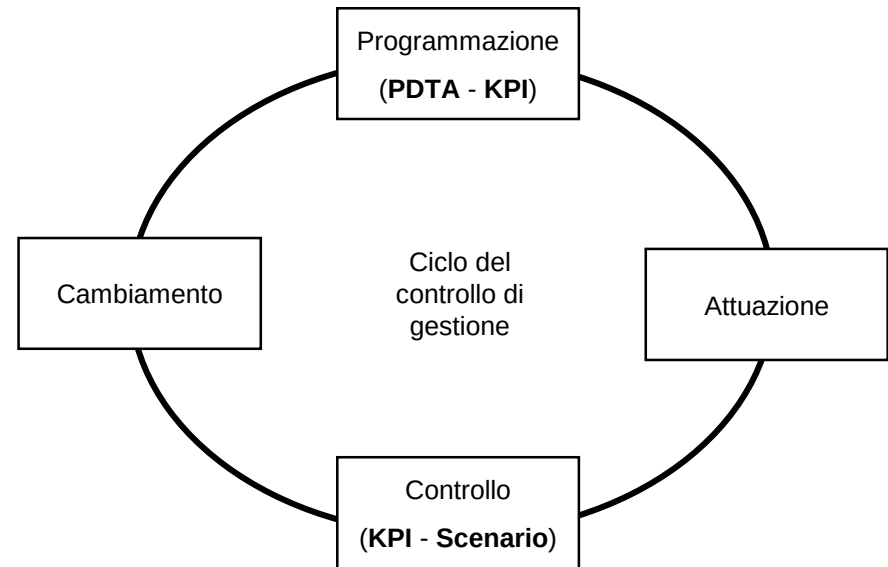
Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo



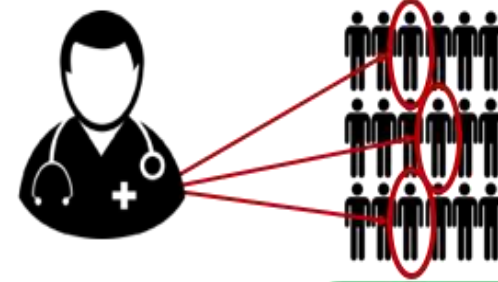
Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2015; 6(2).

Efficientamento delle risorse ed appropriatezza delle prescrizioni..., così lontano, incredibilmente vicino

In regime di limitatezza delle risorse a disposizione, l'economia si pone come **criterio di scelta** tra **soluzioni alternative** che **concorrono allo stesso ammontare di risorse**.



L'utilizzo degli indicatori OsMed Health-db come strumento a supporto del processo decisionale e di controllo dell'allocazione delle risorse



Dimensione: NAZIONALE

REGIONALE

AZIENDALE

MEDICO

PAZIENTE



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2072 / DGR del 30/12/2015

OGGETTO:
Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016.

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2016	NOTE	PUNTI		
C.12	Indicator di Appropriata Prescrizione			3,00	2,00	2,00
C.12.1	Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	SI		3,00	2,00	2,00

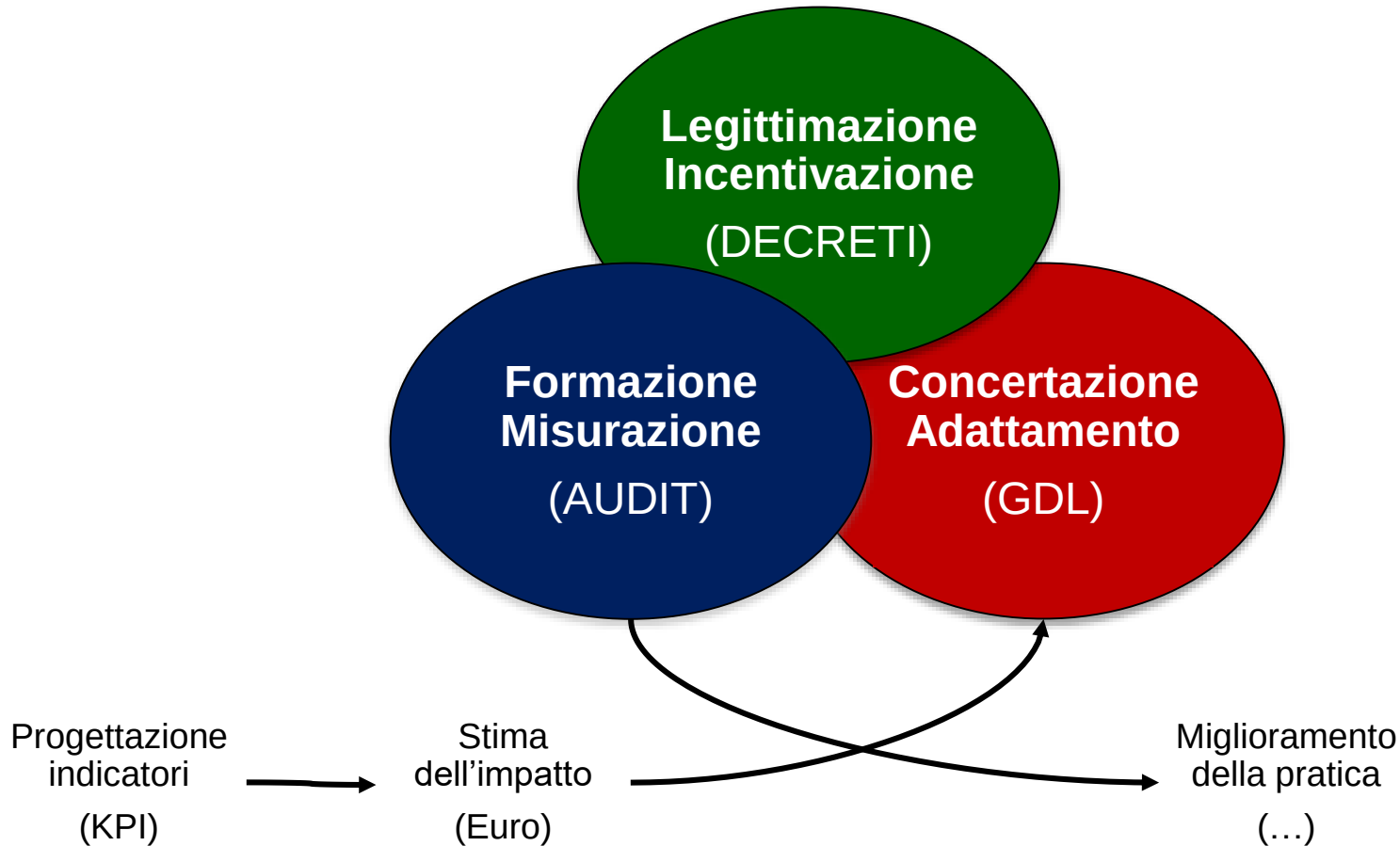
PATTI AZIENDALI



APPROPRIATEZZA

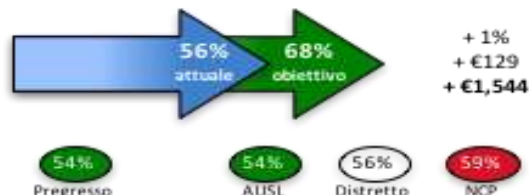


Dalla *teoria* della definizione degli indicatori di aderenza al trattamento ed appropriatezza prescrittiva alla *pratica* del loro miglioramento

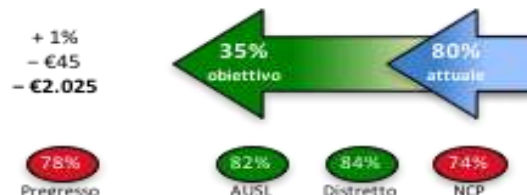


Il progetto MADE-IN-BO (Misuriamo l'Appropriatezza per Distribuire con Efficienza) presso la AUSL di Bologna

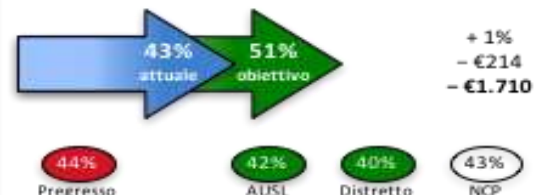
PERCENTUALE DI PAZIENTI CON PREGRESSO EVENTO CV O DIABETE IN TRATTAMENTO CON STATINE (2.1)



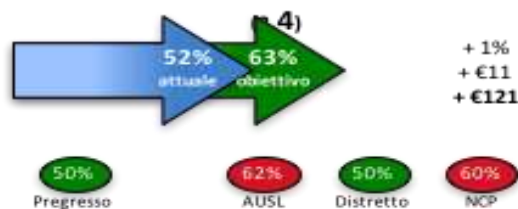
PERCENTUALE DI PAZIENTI >80 ANNI SENZA PREGRESSO EVENTO CV O DIABETE IN TRATTAMENTO CON STATINE (2.2.1)



PERCENTUALE DI PAZIENTI SENZA PREGRESSO EVENTO CV O DIABETE IN TRATTAMENTO CON STATINE A BASSA POTENZA (2.3)



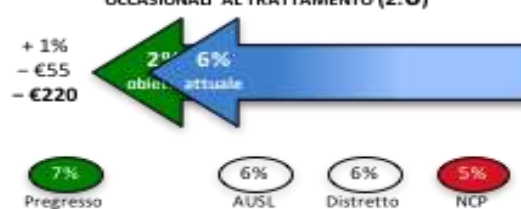
PERCENTUALE DI PAZIENTI CON PREGRESSO EVENTO CV O DIABETE IN TRATTAMENTO CON STATINE AD ALTA POTENZA (2.4)



PERCENTUALE DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON STATINE ADERENTI AL TRATTAMENTO (2.5)



PERCENTUALE DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON STATINE OCCASIONALI AL TRATTAMENTO (2.6)



PAZIENTI DA SOTTOPORRE ALL'AUDIT (A-Z)

	1	2.1	3	4	5	6
Amari Giorgio		X	X		62%	
Bellucci Monica	X				24%	
Bindi Rosi	X				24%	
Bowie David		X				
Casella Lucia			X	X		
Clinton Hilary		X			21%	X
Degli Matteo						
Destro Mattia			X			
Dovere Giovanni		X	X	X		X
Esposito Pietro	X				77%	
Falkner John	X	X				
Ferrari Alex					23%	

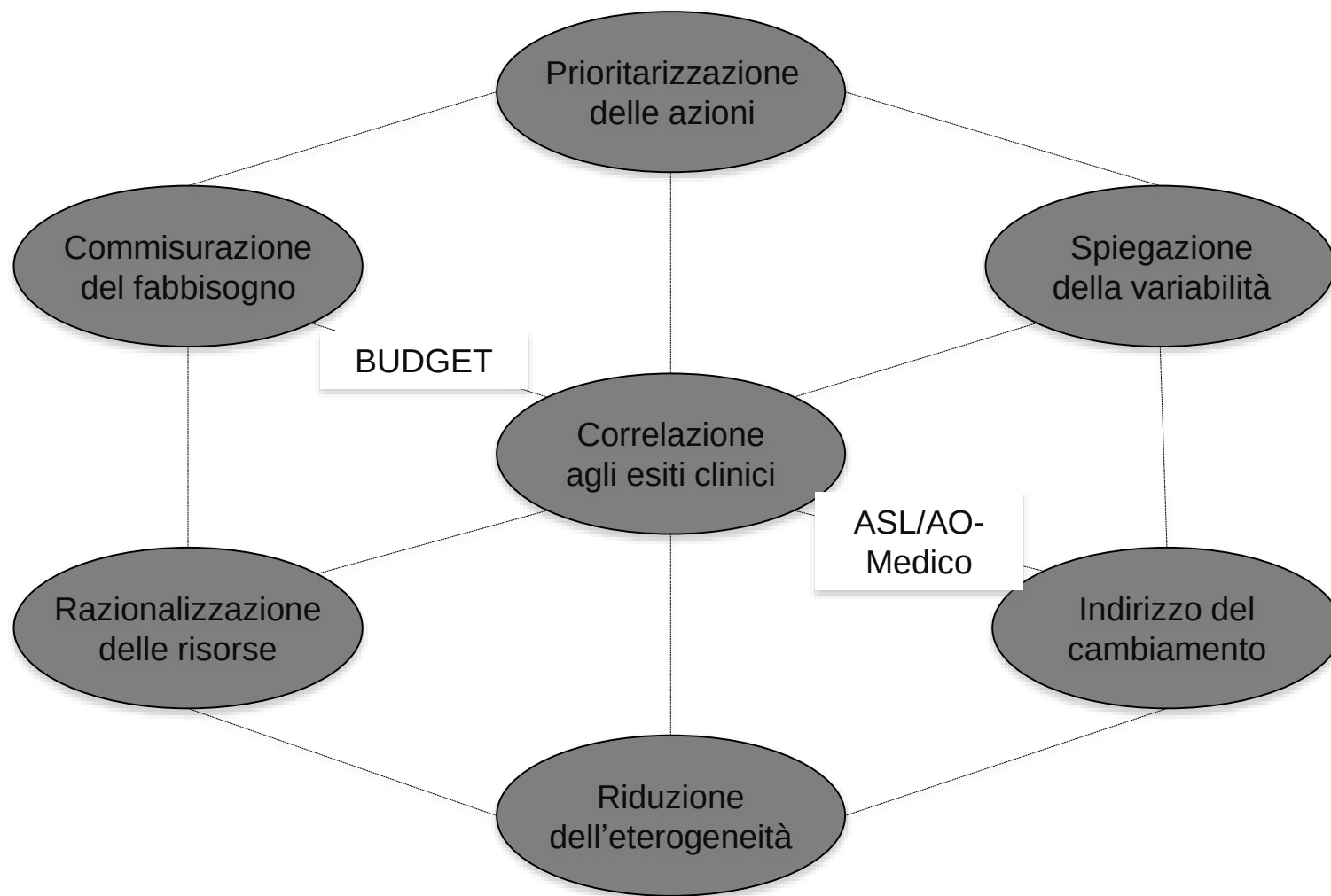
PAZIENTI DA SOTTOPORRE ALL'AUDIT (A-Z)

	1	2.1	3	4	5	6
Gilmour David	X				78%	
Gusto Ivo		X				X
Gustavo Marta						
Gustavo Novella		X			29%	X
Hilary Edmund	X				21%	
Ignaro Pellegrino		X				
Immacolata Giulia			X			X
Marconi Guglielmo					46%	
Masina Adam				X	58%	
McEnroe John	X		X	X		
Jordan Michael						X
Kawasaki Serena	X					

PAZIENTI DA SOTTOPORRE ALL'AUDIT (A-Z)

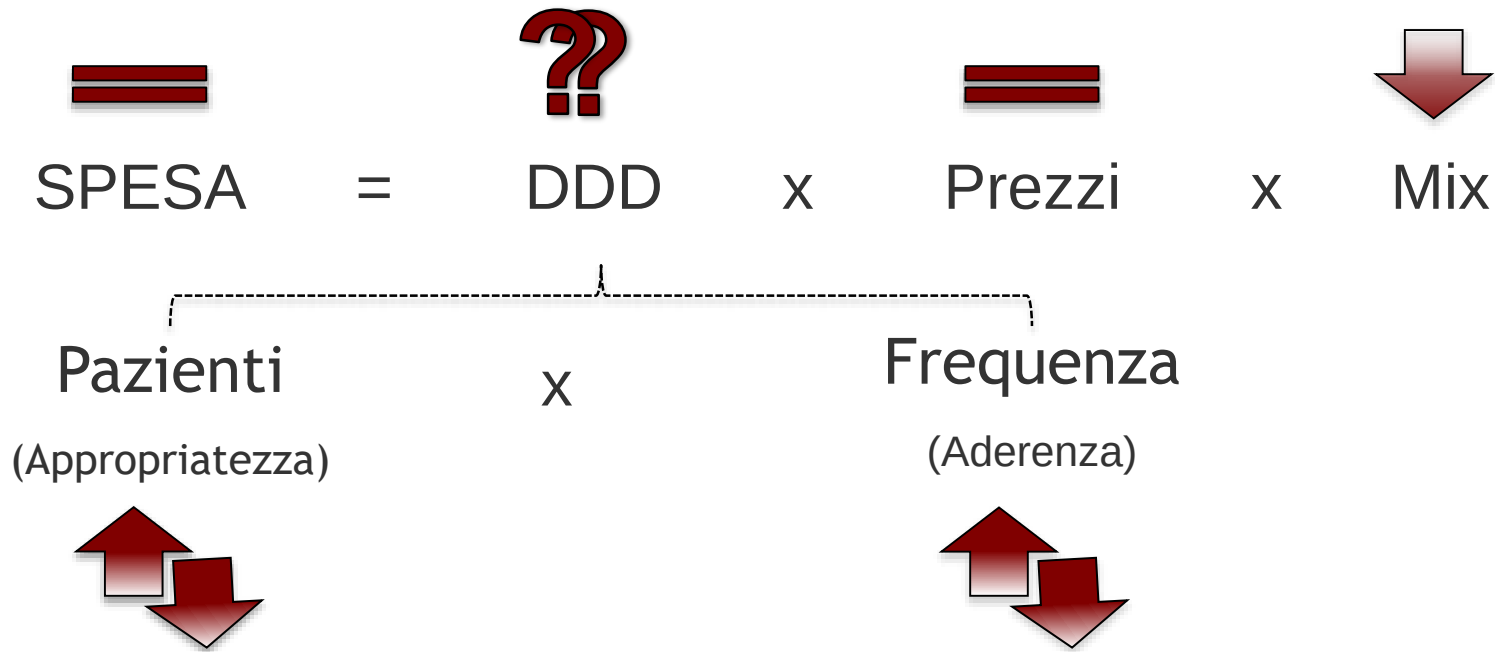
	1	2.1	3	4	5	6
Lento Costanza	X					X
Otranto Giuseppe			X			X
Perignon Dom	X	X	X		21%	
Pio Gianfranco	X					
Porter Ivan		X	X	X		X
Ratzinger Joseph		X		X		X
Rossetti Adam	X				79%	X
Scalzo Giacomo			X	X		
Sorpesa Fatima					22%	X
Stilton Geronimo						X
Sting	X	X	X	X	24%	X
Turati Filippo		X			79%	

Razionale al cambiamento di prospettiva dagli *indicatori di consumo* agli *indicatori di percorso*



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2015; 6(2).

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo



Fonte: Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2015; 6(2).

XII CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA

Polignano, 21 aprile 2017

***L'equilibrio tra appropriatezza
prescrittiva e sostenibilità economica:
dagli indicatori di consumo agli
indicatori di percorso***

Luca Degli Esposti

CliCon – Health, Economics & Outcomes Research