

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
"FEDERICO II"**

FACOLTA' DI FARMACIA



DOTTORATO DI RICERCA

IN

SCIENZA DEL FARMACO

XXI CICLO

**"Evoluzione dei Sistemi Normativi Sanitari:
Utilizzo di strumenti informativi integrati per la valutazione
delle cure"**

Tutor:
Ch.mo
Prof. Ettore Novellino

Candidato:
Dott. Michele Fiorillo

Coordinatore
Ch.mo
Prof. Maria Valeria D'Auria

INDICE GENERALE

CAP I

L'Evoluzione del sistema sanitario	pag. 2
Par. 1.1 La tutela della salute nella Costituzione	pag. 4
Par. 1.2 La riforma sanitaria del 78	pag. 4
Par. 1.3 Il riordino della Sanità	pag. 7
Par. 1.4 La riforma sanitaria ter	pag. 10

CAP II

L'Introduzione della Tessera sanitaria	pag. 19
Par. 2.1 Introduzione	pag. 19
Par. 2.2 Il Servizio Sanitario nazionale	pag. 19
Par. 2.3 Il Servizio Sanitario regionale	pag. 20
Par. 2.4 Il Nuovo Sistema Informativo sanitario	pag. 21
Par. 2.5 Il Progetto Mattone	pag. 22
Par. 2.6 Classificazione delle strutture	pag. 23
Par. 2.7 L'art.50	pag. 28
Par. 2.8 D.M. del 18/05/2004	pag. 31
Par. 2.9 Accordo Stato- Regioni- Mef	pag. 36

CAP III

L'Evoluzione Legislativa dell'ultimo triennio	
Par. 3.1 Scheda Tessera sanitaria	pag. 39
Par. 3.2 L'Evoluzione della legislazione sanitaria e farmaceutica nell'ultimo triennio	pag. 47
Par. 3.3 Provvedimenti regionale	pag. 50
Par. 3.4 Interventi sulla spesa farmaceutica	pag. 60

CAP. IV

Materiali e Metodi

Par. 4.1 Rationale	pag. 66
Par. 4.2 Obiettivo	pag. 66
Par. 4.3 I Fase	pag. 66
Par. 4.4 II Fase	pag. 68
Par. 4.5 Metodi	pag. 75
Par. 4.6 Controllo di qualità	pag. 75
Par. 4.7 Dati demografici	pag. 76
Par. 4.8 Indicatori spesa e consumo	pag. 78
Par. 4.9 Provvedimenti regionali	pag. 79
Par. 4.10 I consumi per categoria terapeutica	pag. 101
Par. 4.11 Conclusioni	pag. 217

BIBLIOGRAFIA

L'Evoluzione del Sistema Sanitario

Introduzione

Il Sistema Sanitario Nazionale deve affrontare il problema cruciale di risorse limitate a fronte di una domanda sanitaria crescente.

Nel corso degli ultimi anni, ed in particolare con il D.Lgs. 502/92 ed i successivi provvedimenti attuativi, sono stati compiuti interventi che hanno inciso profondamente sull'assetto organizzativo del SSN, istituito con la Legge n°833 del 1978, e sulle regole di produzione e di scambio delle prestazioni sanitarie.

Alcune di tali misure devono ancora dispiegare i propri effetti, occorrerebbe apportare delle modifiche necessarie per rafforzare il sistema, qualificandolo maggiormente e rendendolo più efficace, provvedendo altresì alla correzione di alcuni aspetti che rischiano di ritardarne la piena attuazione e ostacolarne lo sviluppo.

Il processo di aziendalizzazione del SSN ha promosso l'individuazione delle strategie aziendali in funzione dell'analisi dei bisogni presenti a livello locale e ha allentato i vincoli derivanti dal regime pubblicistico nella gestione del personale e nell'acquisizione di beni e servizi per incrementare la produttività. Sono diminuiti i costi di produzione, ridotti gli sprechi, così da rendere le aziende pubbliche competitive rispetto alle strutture private, ma ancora non tutto è sufficientemente funzionale al bene pubblico, c'è ancora bisogno di un forte impulso che renda più flessibile il sistema, ancora troppo legato ai "dinosaurici meccanismi burocratici" della vecchia gestione.

Per quanto riguarda il personale, è necessario applicare nella disciplina dei contratti di lavoro quegli elementi di maggiore flessibilità (facendo ricorso anche ad un sistema di incentivi e disincentivi) nella fase di accesso e nella gestione del rapporto, che, anche se previsti, sono ancora ben lontani da un'efficace attuazione che li avvicini alle norme e alle procedure proprie dell'azienda-impresa.

L'introduzione di elementi di responsabilizzazione dei soggetti del SSN, tanto ai livelli istituzionali (amministrazione centrale, regioni, ASL), che nelle strutture di erogazione delle prestazioni, è stato un importante traguardo che, in funzione dei risultati conseguiti, ha, con il principio della mancata realizzazione degli obiettivi, comportato effettive ed automatiche penalizzazioni, principalmente in termini di riduzione del finanziamento. A livello istituzionale, in base a tale principio, possono essere sanzionate le inadempienze ed i ritardi nell'adeguamento agli standard organizzativi e di qualità fissati, a livello nazionale e a livello aziendale i responsabili delle strutture, e di ciascun servizio, devono rispondere personalmente dell'efficace ed economica gestione delle risorse assegnate, responsabili perciò anche dei benefici e delle penalizzazioni conseguenti.

Nel settore della assistenza ospedaliera si è agito, in particolare, sul controllo e sul contenimento della spesa. Le modalità di finanziamento sono state affinate ed accompagnate dall'introduzione di

un vincolo di bilancio per i presidi ospedalieri ai quali va riconosciuta una maggiore autonomia economico-finanziaria. Sarebbe necessario perfezionare l'attuale sistema di pagamento a prestazione (DRG) che nei suoi attuali meccanismi concorre troppo spesso alla moltiplicazione dei servizi erogati e, quindi, dei costi, introducendo elementi di responsabilità nella scelta del percorso terapeutico più appropriato alle necessità di cura e più conveniente sotto il profilo delle risorse utilizzate.

Nella nuova logica del SSN il paziente sta diventando il cliente di un'impresa con tutte quelle diversità che la situazione delicata, quale quella di cura e tutela della salute, comporta.

Si tende quindi a stare più attenti al servizio offerto dall'azienda al paziente/cliente, cercando di trovare il giusto punto di equilibrio tra una gestione della cosa pubblica e una gestione mirata alla *customer satisfaction*.

Negli ultimi tempi passi da giganti sono stati fatti verso una "liberazione" del sistema sanitario dalle "vecchie catene" di una cattiva gestione che ha regnato in Italia nel corso del secolo passato. Solo una totale, e speriamo non utopica, efficienza del servizio sanitario, potrà far riacquistare al cittadino la fiducia persa precedentemente nei confronti del sistema. Questa efficienza è però ancora lontana, o meglio lo sarà ancora per molto, se all'interno di ASL o presidi continueranno ad operare "quei residui bellici", impiegati nel settore già da prima, che non hanno saputo adeguarsi ai profondi mutamenti attivatisi in questi ultimi anni in una società dinamica e che si adegua ai tempi delle richieste sempre più esigenti dei cittadini.

Capitolo 1) L'evoluzione legislativa del settore sanitario

1.1 La tutela della salute nella Costituzione.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

In questo modo il primo comma dell' articolo 32 della Costituzione italiana garantisce e tutela il diritto alla salute, sottolineando l'inevitabilità dell' intervento pubblico in tale settore, in cui lo Stato deve perciò programmare e progettare le logiche di azione e di intervento. Con il primo comma si afferma così l'assolutezza del diritto alla salute e la sua rilevanza sia individuale che collettiva, ponendo come regola la tutela della salute, con il secondo comma si sottolinea la difesa della dignità umana, anche se lo Stato non può imporre l' individuo ad un determinato trattamento sanitario, a meno che non siano necessari per la tutela della salute della collettività e per l'incolumità delle altre persone. L'articolo 32 indica quindi che è compito della Repubblica tutelare la salute come un diritto fondamentale e presenta la natura di una norma programmatica che indica un criterio guida per l'ordinamento.

1.2 La riforma sanitaria del '78.

La riforma sanitaria è stata attuata con la legge del 23-12-1978.

La legge 833/78 prevede il passaggio da un sistema mutualistico – ospedaliero basato su una molteplicità di enti ed istituti ad un servizio sanitario nazionale unico. Essa sancisce l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale che è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisico-psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Il SSN si propone di osservare tali principi realizzandoli con quanto segue:

- prevenzione delle malattie e degli infortuni;
- attenzione all'educazione sanitaria;
- diagnosi e cura delle malattie;
- riabilitazione nelle situazioni di inabilità/invalidità;
- promozione e salvaguardia della salute e della igiene degli ambienti di vita e di lavoro;
- igiene alimentare, nonché prevenzione e difesa sanitaria degli allevamenti animali;
- disciplina dell'attività farmaceutica nel suo complesso e relativa informazione;
- formazione professionale e aggiornamento del personale del SSN.

Il SSN è strutturato in tre livelli: il livello centrale che coincide con lo Stato, il livello intermedio

che coincide con le Regioni ed il livello periferico che si riferisce agli Enti locali (Province e Comuni).

L'aspetto peculiare della Riforma si identifica nella costituzione delle unità sanitarie locali che rappresentano la struttura operativa dei Comuni, singoli o associati e delle Comunità montane.

L'USL è costituita dall'insieme dei presidi, degli uffici e dei servizi che fanno fronte alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

La legge prevede la possibilità che i Comuni articolino le USL in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di 1° livello e di pronto intervento.

Organi gestionali della USL sono l'assemblea Generale e il Comitato di gestione e il suo presidente. L'Assemblea Generale rappresenta il più importante organo amministrativo deliberante dell'ente locale nel senso che approva gli atti amministrativi più rilevanti delle USL, predisposti dal Comitato di Gestione. L'Assemblea Generale è costituita dal Consiglio Comunale, dall'Assemblea Generale dell'associazione dei comuni, dall'Assemblea Generale della Comunità montana. L'Assemblea Generale elegge il Comitato di Gestione e questo nomina il proprio presidente.

Il Comitato di Gestione compie tutti gli atti amministrativi dell'USL:

i bilanci e i conti consuntivi;

i piani e i programmi che impegnano più esercizi;

la pianta organica del personale;

i regolamenti;

le convenzioni.

Il Comitato di Gestione predispone tali atti che vengono approvati dalle competenti assemblee generali. È inoltre previsto, all'interno delle USL, un ufficio di direzione, articolato distintamente per la responsabilità sanitaria ed amministrativa. È preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale.

Le Usl mirano ad un concetto di salute in senso esteso, quindi focalizzato non solo sul momento della malattia e della cura, ma su una tutela globale dell'individuo, che tenga conto, tra l'altro, della prevenzione.

E' compito dell'USL erogare le seguenti categorie di prestazioni: PREVENZIONE; CURA, RIABILITAZIONE, MEDICINA LEGALE.

La legge regionale stabilisce le norme per la gestione integrata dei servizi dell'USL con i servizi sociali presenti nel territorio;

assicura a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie,

assicura ai cittadini il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i Comuni articolano le Unità sanitarie locali in

distretti sanitari di base, il distretto parte con l'intento di divenire raccordo tra il medico di base e l'ospedale. Deve individuare i bisogni ripartendo dai casi singoli.

La legge 833/78 non definisce un modello unico di distretto e rinvia alle Regioni il compito di rendere esplicite le attività più inerenti e consoni alle variabili particolari. Questa forma di organizzazione territoriale ha l'obiettivo di prendere in considerazione le variabilità dei gruppi di popolazione, le varie esigenze.

La formulazione di distretto è senza dubbio una novità nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, il frutto di un'evoluzione culturale.

Con la legge 833/78 le strutture ospedaliere perdono la personalità giuridica, l'articolo 17 della legge dichiara che gli stabilimenti ospedalieri sono strutture dell'USL.

Viene superata la classificazione degli ospedali per categorie. Le Regioni, in sede di programmazione e organizzazione degli ospedali, ribadiscono l'articolazione in dipartimenti secondo un'integrazione tra divisioni, sezioni, servizi affini e complementari. L'ospedale garantisce la tutela della salute in collaborazione con i servizi di base e specialistici.

Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento per realizzare le attività istituzionali del SSN sono definite attraverso il Piano Sanitario Nazionale.

L'iter di elaborazione del PSN avviene nel modo seguente: Il Ministero della Sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, presenta la proposta al Governo che predispone il piano e lo presenta al Parlamento che lo approva con atto non legislativo. Il piano approvato ha durata triennale, anche se può essere modificato nel corso di questo periodo. Ogni PSN successivo viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del PSN precedente.

Il PSN stabilisce:

- gli obiettivi da realizzare;
- l'importo del Fondo sanitario nazionale;
- gli indici e gli standard nazionali da assumere per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni;
- i criteri di riferimento per la legislazione regionale circa l'organizzazione dei servizi previsti e il personale relativo;
- le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- gli indirizzi per la realizzazione dei successivi piani regionali;
- gli obiettivi relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale facente parte del SSN;
- le modalità e le prassi di verifiche ispettive circa la realizzazione del Piano medesimo;
- le priorità nel campo della ricerca biomedica e di altri settori attinenti la tutela della salute.

Le Regioni attuano quanto previsto dal SSN in base ai piani sanitari triennali, che coincidono con il

triennio del PSN. I contenuti e gli indirizzi del PSN sono tradotti tenendo presente gli obiettivi del programma regionale di sviluppo.

La Giunta Regionale predispone il PSR(piani sanitari regionali) e consulta gli Enti locali, le altre istituzioni ed organizzazioni interessate, la Regione l'approva con legge almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio. I successivi atti e provvedimenti emanati dalla Regione dovranno uniformarsi alle linee del PSR.

Per quanto riguarda i criteri di finanziamento la Legge 833 aggiusta la situazione di spesa incontrollata antepoendo una programmazione a livello nazionale, per correlare gli obiettivi alla disponibilità economica effettiva. Viene stabilito un fondo sanitario nazionale(FSN) destinato al finanziamento del SSN. Esso viene determinato con legge di approvazione del bilancio dello Stato.

Le somme stanziare vengono ripartite fra tutte le Regioni: con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) e su proposta del Ministero della sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale(CSN). Le Regioni distribuiscono i fondi alle USL, sulla base di parametri numerici da stabilire, sentiti i Comuni, con legge regionale e tenendo presente le indicazioni del PSN e del PSR.

1.3 Il riordino della Sanità.

Il D.Lgs. 502 del 1992, sul riordino della disciplina in materia sanitaria poi modificato dalla legge 517 del '93, è un decreto giunto in un momento di crisi del sistema sanitario.

Con la Legge 833/78 è mancato uno stile direzionale, se da un lato l'organizzazione sanitaria si dislocava per tutta la penisola con varie USL, dall'altro non c'erano gli uomini, i metodi, i mezzi per riequilibrare le disparità territoriali. Il risultato è stato un livello qualitativo – quantitativo insoddisfacente, con mancati rendimenti, sprechi ed inefficienze generali.

Il processo di rinnovamento giunge, con la Legge 23 ottobre 1992, n.421, alla delega al Governo per la razionalizzazione e revisione della disciplina in materia sanitaria.

In base a questa normativa il Governo svolge l'incarico fino ad emanare il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992,n. 502, modificato dal successivo decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517. Quando si parla di questa riforma sanitaria si fa riferimento al D.Lgs. n°502/92, intendendo automaticamente anche le modifiche ad esso apportate con il successivo D.Lgs. n°517

Con il d.lgs. 502 il PSN è di durata triennale, il Governo predispone il PSN sentite le Commissioni Parlamentari Permanenti Competenti per la materia che si esprimono entro 30 giorni dalla data di presentazione dell'atto. Se il governo non è in accordo con tali Commissioni deve motivare il suo dissenso. Il Piano è adottato d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Viene adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di

vigenza del PSN precedente.

Il PSN stabilisce:

- linee generali di indirizzo del SSN;
- gli obiettivi fondamentali da raggiungere (prevenzione, cura, riabilitazione);
- i livelli di assistenza che devono essere uniformi su tutto il territorio nazionale;
- l'insieme delle attività e delle prestazioni connesse al raggiungimento degli scopi con incarico alle Regioni di studiare il piano organizzativo formale di erogazione;
- i finanziamenti e i relativi parametri capitari.

Con il D.Lgs. n°502/92 viene realizzato il più ampio decentramento alle Regioni. Il decentramento favorisce la governabilità dei servizi, sollevandone il carico dallo stato centrale e ripartendolo tra la molteplicità delle Regioni, più vicine e più sensibili ai bisogni della gente. Esso serve a responsabilizzare maggiormente i pubblici poteri regionali, non tanto verso l'amministrazione centrale, ma verso i cittadini.

Il D.Lgs. assegna un ruolo di capo gruppo alla Regione, investendola di un potere di indirizzo e controllo della gestione espressa nella determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere laddove le unità sanitarie locali non sono più intese come unità operative degli enti locali.

In particolare le Regioni determinano: il PSR; il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie; prevedono sistemi di controllo di qualità.

Con il riordino del SSN, le USL e gli ospedali autonomizzati sono stati trasformati in Aziende di diritto pubblico. Con questo termine si fa riferimento all'esigenza connotare le organizzazioni sanitarie con caratteri di efficienza e di efficacia relativamente all'attività svolta.

Secondo il D.Lgs. n°502, l'USL è definita come azienda dotata di responsabilità giuridica pubblica; autonomia organizzativa; autonomia amministrativa; autonomia patrimoniale; autonomia contabile; autonomia gestionale; autonomia tecnica. Al suo interno rimangono gli ospedali non costituiti in azienda, con autonomia economica- finanziaria.

L'identificazione delle USL in azienda avviene accorrandole numericamente prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia. Sono previste estensioni diverse in presenza di : particolari condizioni territoriali, specifica densità e distribuzione della popolazione. È inoltre prevista l'articolazione delle USL in distretti. Gli ospedali che non sono identificati come aziende ospedaliere conservano la natura di presidi delle USL.

Il vertice dell'Azienda USL è costituito da due organi principali: il Direttore Generale e il Collegio dei Revisori (C.d.R). Il direttore Generale è nominato dalla Regione , tra gli iscritti nell'apposito

elenco nazionale presso il Ministero della Sanità. Una Commissione predispone ed aggiorna detto elenco. Il rapporto di lavoro è della durata di 5 anni ed è rinnovabile. L'autonomia dell'USL si concretizza e diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del Direttore Generale dal momento che questi assume tutti i poteri di gestione e la rappresentanza dell'USL. Deve inoltre verificare: la corretta ed economica gestione delle risorse assegnate mediante: l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno; le valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore amministrativo è colui che, insieme al Direttore sanitario, al Consiglio dei Sanitari e al coordinatore dei servizi sociali, coadiuva il Direttore Generale. Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario sono nominati direttamente dal Direttore Generale.

Le funzioni del Direttore Amministrativo sono: dirigere i servizi amministrativi dell'USL; fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Le funzioni del Direttore Sanitario sono: dirigere i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari; fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti di competenza.

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'USL presieduto dal Direttore Sanitario. Il numero dei componenti, le modalità di elezione sono stabiliti dalla Regione. Adempie alle funzioni di : consulenza tecnico- sanitaria obbligatoria al Direttore Generale per le attività relative, consulenza sulle attività di assistenza sanitaria.

Il Collegio dei Revisori rappresenta l'altro organo principale della struttura direttiva dell'USL. Le sue funzioni comprendono: vigilare sull'osservanza delle leggi; verificare la corretta tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale con le risultanze delle strutture contabili; esaminare il bilancio di previsioni e le relative variazioni.

Rispetto alla legge 833, il D.Lgs. n°502 riduce l'ampio raggio di prestazioni cui doveva far fronte l'USL. La nuova Azienda USL ha il compito di assicurare i livelli di assistenza nel proprio ambito territoriale, in base alle indicazioni a livello nazionale e regionale. Garantisce l'erogazione delle sole prestazioni specialistiche. L'erogazione delle prestazioni può avvenire:

in via diretta, funzione aziendale di produzione;
finanziando il ricorso a terzi produttori.

Le Regioni istituiscono un dipartimento di prevenzione, all'interno della struttura dell'USL, cui sono attribuite le funzioni finora svolte dai servizi dell'USL.

Con il D.Lgs. n°502/92 si conferma l'articolazione delle USL in distretti. Il distretto sanitario di base(DSB) è definito come articolazione organizzativo- funzionale dell'USL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio- assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai

bisogni sanitari della popolazione. E' cioè l'organismo che gestisce tutte le strutture e i servizi presenti nelle zone in cui è stata divisa l'USL al di fuori di ciò che fa parte dell'assistenza ospedaliera. L'attuazione dei distretti è differenziata in base alla localizzazione e alla dimensione territoriale. Ai distretti è attribuita autonomia gestionale ed economico- finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio (dell'USL), per lo svolgimento delle funzioni e il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Gli ospedali non costituiti in aziende rimangono presidi dell'unità sanitaria locale. La struttura organizzativa dei presidi ospedalieri è composta da: un dirigente medico, un dirigente amministrativo. I suddetti presidi conservano comunque autonomia economico- finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'USL e seguono le stesse disposizioni applicate per le aziende ospedaliere, in quanto compatibili.

Il modello organizzativo previsto è quello delle aree funzionali omogenee, con presenza obbligatoria di day - hospital, che lascia alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale relativa alle patologie di competenza e permette di ottenere un'efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini. Le singole aree funzionali omogenee vanno poi inglobate nei dipartimenti.

Gli ospedali costituiti in azienda hanno gli stessi organi previsti per l'USL. Il Direttore generale è il vertice della gestione, assieme al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario. Il Collegio dei Revisori costituisce l'organo di controllo. Nel Consiglio dei Sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento. Svolge funzioni di supporto nelle scelte gestionali. La gestione delle aziende ospedaliere fruisce dell'autonomia economico- finanziaria. Spetta alle Regioni disciplinare le modalità di finanziamento delle aziende.

Il decreto 502 ha, nel momento dell'applicazione, dimostrato diverse carenze. A livello regionale si è verificata una scarsa attenzione alla qualità delle prestazioni ricevute dalla collettività, un'irresponsabilità per quanto riguarda i costi e le spese ed un'insoddisfazione della gestione della struttura sanitaria pubblica affidata a persone incompetenti, causa di provvedimenti che possono essere ricollegati a comportamenti clientelari, già verificatisi con l'attuazione della legge riforma del '78 quando le USL erano fortemente politicizzate.

1.4 La riforma sanitaria *ter*.

Questi avvenimenti hanno portato ad un'altra riforma, chiamata riforma *ter*, e cioè al D.Lgs n°229 del 1999 per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, con il quale è stato rivisitato il decreto del 1992. La riforma *ter* ha rafforzato il ruolo e l'autonomia delle regioni in ambito sanitario. Il SSN viene definito perciò come il complesso delle funzioni e delle attività dei servizi

sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale, coerentemente con il D.Lgs n°112/1998 che conferisce alle regioni la generalità delle funzioni in materia sanitaria.

Gli aspetti salienti di questa riforma sono:

- **Valorizzazione delle Regioni:** le Regioni elaborano proposte per la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale, adottano il Piano sanitario regionale per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione, articolano in distretti e finanziano le USL, forniscono prestazioni per conto del SSN e valutano i risultati delle loro attività.
- **Rafforzamento del ruolo dei Comuni nella fase di programmazione:** il Piano Sanitario Nazionale è adottato tramite la conferenza unificata, il Piano Sanitario Regionale tramite la Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale, di cui fanno parte anche il sindaco e il Presidente della Conferenza dei sindaci. I Piani attuativi locali e la Programmazione delle attività territoriali sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati. Inoltre i comuni svolgono attività di controllo dando anche pareri di revoca del Direttore Generale dell'ASL e dell'azienda ospedaliera in base ai risultati raggiunti.
- **Previsione di programmi e poteri sostitutivi:** il Governo interviene al posto delle regioni inadempienti ai loro doveri in casi specifici, come ad esempio la mancata attuazione del Piano Sanitario Nazionale, nominando se necessario commissari ad *acta*.
- **Partecipazione dei cittadini:** gli utenti possono partecipare alle attività di programmazione e svolgono anche attività di controllo (alla Programmazione del piano sanitario nazionale partecipano formazioni sociali *no profit*) e valutazione dei servizi e delle prestazioni.
- **Integrazione sociosanitaria:** le attività sanitarie devono essere erogate parallelamente alle attività di assistenza sociale tese a supportare le persone in stato di bisogno, disabili o emarginati.
- **Aziendalizzazione del sistema sanitario:** le USL godono di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, esse sono disciplinate con atto aziendale di diritto privato, agiscono con atti di diritto privato e hanno vincoli di bilancio.
- **Articolazione dei distretti in USL:** il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie e il coordinamento di medici e medicina generale con le strutture operative e con i servizi specialistici.
- **Accreditamento istituzionale:** le strutture, sia pubbliche che private, che abbiano ottenuto un'attestazione di qualità da parte delle regioni, definita accreditamento, possono erogare prestazioni assistenziali per conto del SSN.
- **Individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate:** i criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due: finanziamento calcolato in base al costo

standard di produzione del programma di assistenza, attribuito per quei servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione (patologie croniche) e remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero della Sanità e a livello locale dalle Regioni.

- **Sperimentazioni gestionali:** le Regioni che sono interessate, possono proporre nuovi programmi di gestione che prevedono la collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati.
- **Istituzioni dei fondi integrativi:** tali fondi sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, superiori ai livelli di assistenza forniti dal SSN, purché fornite da strutture accreditate con il SSN.
- **Riforma della dirigenza sanitaria:** la dirigenza sanitaria non è più suddivisa in due livelli, ma collocata in un unico ruolo e livello in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.
- **Formazione continua:** l'aggiornamento professionale deve accrescere le conoscenze e la formazione permanente attraverso convegni, corsi di aggiornamento, seminari, deve migliorare le competenze e le abilità cliniche, manageriali e tecniche.

Lo schema del D.Lgs. è accompagnato da una relazione illustrativa, tecnica ed economica del Governo. La relazione è composta da 3 parti:

- la prima parte contiene la relazione illustrativa,
- la seconda contiene la relazione tecnico-normativa,
- la terza la relazione tecnica sugli effetti finanziari.

Nella relazione illustrativa sono presentati i contenuti della riforma ter. Questa nuova riforma, pur apportando modifiche, mantiene le linee portanti definite dalle precedenti riforme: la legge 833/78, che istituisce il SSN e il D.Lgs. n°502/92.

Il SSN è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale. Esso garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale.

Il PSN rimane di durata triennale. La programmazione ha carattere circolare, che si svolge in modo continuo tra centro e periferia. Viene rafforzata l'autonomia, rispetto alle nuove competenze, e la partecipazione regionale:

le Regioni concorrono alla definizione del piano sanitario nazionale. Elaborano proposte, con riferimento:

- alle esigenze del livello territoriale considerato,
- alle funzioni interregionali da assicurare,
- sulla base del piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati.

Trasmettono al Ministro della Sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale: sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione, sulla spesa prevista per l'anno successivo.

Il Governo predispone il PSN, adotta il Piano entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il piano sanitario può essere modificato nel corso del triennio.

Le Regioni entro 150 giorni dell'entrata in vigore del PSN adottano o adeguano i Piani Sanitari Regionali (PSR). Il PSR rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del PSN.

Le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari per ricevere il parere rispetto alla coerenza di questi con il PSN. Il Ministro della Sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali(ASSR).

L'assenza del PSR non comporta l'inapplicabilità del PSN. Dopo un anno dall'entrata in vigore del PSN, se la Regione non adottato il rispettivo PSR, non le è consentito l'accreditamento di nuove strutture.

Il PSN indica:

- le aree prioritarie di intervento;
- i livelli essenziali di assistenza sanitaria;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano;
- gli indirizzi per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- i progetti obiettivo;
- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria;
- le esigenze relative alla formazione di base e continua;
- le linee guida e i relativi percorsi diagnostico- terapeutici;
- i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati.

Il Ministro della sanità predispone annualmente una relazione sullo stato sanitario del paese.

La riforma ribadisce la possibilità di istituire forme integrative di assistenza sanitaria e ne prevede il riordino rispetto a quanto definito in precedenza nel D.Lgs. n°502/92. I fondi integrativi rispondono alla necessità di integrare il Fondo Sanitario Nazionale(FSN) e quello regionale(FSR) con canali aggiuntivi di finanziamento, che non attingono alla tassazione generale.

I fondi integrativi del SSN possono riguardare: prestazioni aggiuntive, che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza definiti dal PSN e assicurati dal SSN; prestazioni erogate dal SSN, comprese nei livelli essenziali, per la sola quota a carico dell'assistito; prestazioni socio-sanitarie erogate in

strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare.

Le fonti istitutive dei fondi integrativi sono:

- contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti;
- regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali;
- deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza sanitaria o socio- sanitaria;
- atti assunti da altri soggetti pubblici e privati.

Tali fondi sono autogestiti. Possono essere affidati in gestione, mediante convenzione con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio- sanitario da almeno 5 anni. Possono partecipare alla gestione dei fondi anche le Regioni, le Province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata.

La riforma ter rafforza il ruolo di principi aziendali e strumenti privatistici nella gestione e organizzazione dell'ambito sanitario.

Viene ribadito che le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende, la cui attività deve rispondere a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi.

Le aziende sanitarie mantengono personalità giuridica pubblica ma anche autonomia imprenditoriale, organizzazione e funzionamento disciplinati con atto aziendale di diritto privato.

L'atto aziendale, adottato dal direttore generale, disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie, individua le strutture operative dotate di autonomia(gestionale o tecnico-professionale) e soggette a rendicontazione analitica.

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale (DG) e il Collegio sindacale. Il DG è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario.

La Regione disciplina modalità per la direzione e il coordinamento di attività socio- sanitarie ad alta integrazione sanitaria, rispetto alle quali il DG si avvale del Collegio di direzione .

Il Direttore Generale adotta l'atto aziendale, è responsabile della gestione complessiva, nomina il direttore amministrativo(DA), il direttore sanitario(DS) e i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il rapporto di lavoro del DG, del DA, del DS sono esclusivamente regolati da contratti di diritto privato, di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni, rinnovabile. La carica di DG è esclusiva, pertanto incompatibile con qualsiasi altro rapporto di lavoro.

Il DA e il DS partecipano alla direzione dell'azienda e assumono diretta responsabilità nelle rispettive funzioni di competenza.

Il Collegio sindacale sostituisce il precedente Collegio dei revisori quale organo di controllo

dell'azienda. È composto da 5 membri, anziché 3, dura in carica tre anni. I componenti del collegio sono scelti dal registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia.

Il Collegio adempie alle seguenti funzioni:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione i risultati di quanto eseguito;
- trasmette periodicamente una relazione sull'andamento dell'attività dell'USL.

I componenti del Collegio possono effettuare controlli e ispezioni anche individualmente.

Il Collegio di direzione prevede la partecipazione del DA e DS, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio. Le attività e la composizione del Collegio sono disciplinate dalla Regione Tale organo è di supporto al direttore generale, il quale se ne avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico- sanitarie e ad alta integrazione sanitaria, l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, l'organizzazione dei servizi. Inoltre concorre alla formulazione dei programmi di formazione, a suggerire soluzioni organizzative per l'esercizio dell'attività libero- professionale intramuraria, alla valutazione dei risultati rispetto ad obiettivi clinici.

L'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali rappresenta la principale innovazione organizzativa prevista dal decreto, volta a potenziare le responsabilità dirigenziali e professionali.

Il dipartimento viene infatti individuato come centro di responsabilità sia dal punto di vista economico, sia per quanto riguarda l'elaborazione dei programmi di attività e la valutazione sistematica e continuativa della qualità dell'assistenza prestata.

Il dipartimento è composto da strutture complesse. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Il DG nomina il direttore di dipartimento(dip.to) ospedaliero o territoriale o di prevenzione, tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dip.to. Il direttore di dip.to ha responsabilità professionali in materia clinico- organizzativa e della prevenzione e responsabilità gestionale di programmazione e gestione delle risorse rispetto agli obiettivi attribuiti.

La Regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento, insieme alle modalità di partecipazione dello stesso all'individuazione dei direttori di dipartimento.

La riforma sottolinea la rilevanza del distretto riportandone modalità di individuazione e funzioni.

La legge regionale individua i distretti all'interno dell'unità sanitarie locali, di cui rappresentano le articolazioni operative e ne disciplina l'organizzazione.

Il distretto è individuato dall'atto aziendale, è dotato di autonomia tecnico- gestionale ed

economico- finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'USL.

Il distretto ha la funzione di garantire accessibilità, continuità e tempestività della risposta assistenziale e di favorire un approccio multisettoriale alla promozione della salute, garantendo l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale. Si pone sia come struttura operativa che come promotore di progetti per la salute che interessano più strutture operative, incluse quelle dei Comuni che, per la parte di integrazione socio- sanitaria, convergono in tali progetti.

La struttura organizzativa del distretto è formata dal direttore di distretto che realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, supporta la direzione generale con i Sindaci del distretto. Si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

Il distretto assicura il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, che vengono inserite nel programma delle attività territoriali.

Il programma è proposto dal direttore di distretto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto.

Il Comitato dei Sindaci di distretto è disciplinato dalla Regione rispetto ad organizzazione e funzionamento e concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma. Tale programma si basa sul principio della intersettorialità degli interventi, realizzati da differenti strutture: prevede la localizzazione dei servizi del distretto, determina le risorse per l'integrazione socio- sanitaria e le quote a carico dell'USL e dei Comuni e la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

L'organizzazione del distretto prevede:

- l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale attraverso il coordinamento, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale(MMG), pediatri di libera scelta(PLS), servizi di guardia medica notturna e festiva;
- il coordinamento dei MMG e dei PLS con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale e con i servizi specialistici ambulatoriali;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Sono funzionalmente incluse nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione.

Si definiscono prestazioni socio- sanitarie tutte le attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Comprendono: prestazioni sanitarie a rilevanza sociali; prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni socio- sanitarie ad

elevata integrazione sanitaria.

Il dipartimento di prevenzione (DP) è una struttura operativa dell'USL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute; prevenzione delle malattie e delle disabilità; miglioramento della qualità della vita.

Il DP opera nell'ambito del piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile, è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Le Regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, tutela della salute negli ambiti di lavoro, sanità pubblica veterinaria. Rispetto a tali aree sono previste strutture organizzative specifiche, che si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto alla omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

Il DP garantisce funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, inoltre nell'ambito delle proprie attività di tutela della salute e della sicurezza negli ambiti di lavoro, assicura il raccordo con gli organi paritetici previsti dal D.Lgs. n°626/94, o, con le parti sociali.

Vengono ridefiniti i criteri per la costituzione delle aziende ospedaliere. Le aziende devono possedere i seguenti requisiti: organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disponibilità di un sistema di contabilità per centri di costo, presenza di almeno 3 unità operative di alta specializzazione, ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, attività di ricovero in degenza ordinaria, per pazienti residenti in Regioni diverse.. Tali requisiti non si applicano agli ospedali specializzati.

I presidi ospedalieri, costituiti in aziende ospedaliere, seguono il modello gestionale previsto per le aziende ospedaliere e devono garantire anche le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano.

Le Regioni trasmettono al Ministro della Sanità le proprie indicazioni per l'individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera. Il Ministro della sanità sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri. Il consiglio dei ministri individua gli ospedali da costituire in azienda e ne emette una deliberazione. Le Regioni costituiscono in azienda gli ospedali individuati. Dopo 3 anni dall'entrata in vigore del presente decreto la Regione verifica la permanenza dei requisiti, valuta l'equilibrio economico delle aziende costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo, nel triennio considerato, o di perdita dei requisiti la costituzione in azienda viene revocata.

I presidi, attualmente costituiti in aziende ospedaliere, possono essere confermati per periodo massimo di 3 anni, dall'entrata in vigore del D.Lgs. n°229/99, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla Regione. Alla scadenza del termine le Regioni e il Ministero della

sanità procedono alla revoca del riconoscimento dell'azienda.

Decreto legislativo n°517/99: disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università (aziende ospedaliero- universitarie)

Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università. Sulla base di tale delega è stato emanato il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n°517.

Viene stabilito che l'attività dell'università è determinata nell'ambito della programmazione nazionale e regionale secondo specifici protocolli d'intesa, stipulati dalla Regione con le università presenti nel proprio territorio.

I protocolli d'intesa sono redatti seguendo le linee guida definite dai Ministri della Sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei seguenti criteri:

- disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra SSN e università;
- creare rapporti di leale cooperazione tra SSN e università.

La collaborazione fra SSN ed università si realizza attraverso le citate aziende ospedaliero-universitarie, dotate di personalità giuridica autonoma e soggette a tutte le norme introdotte dalla riforma ter per costituzione, autorizzazione, accreditamento. Per un periodo transitorio di 4 anni dall'entrata in vigore del D.Lgs. n°517/99 queste si articolano in due tipologie organizzative: aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN; aziende ospedaliere integrate con l'università.

Al termine del quadriennio di sperimentazione tali aziende saranno unificate in un unico modello di azienda ospedaliero- universitaria.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende ospedaliero- universitarie, per assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. I dipartimenti sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici.

Organi aziendali sono: il direttore generale, nominato dalla Regione, d'intesa con il rettore dell'università; il collegio sindacale, composto da 5 membri; l'organo di indirizzo, la cui composizione è stabilita nei protocolli d'intesa tra Regione e università. Il presidente è scelto tra gli stessi membri, nominato dalla Regione d'intesa con il rettore.

Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti dell'azienda, né altri componenti della facoltà di medicina e chirurgia.

Le aziende sede di integrazione SSN università sono finanziate sia dall'università sia dal Fondo sanitario regionale. Sono classificate nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale.

Capitolo 2) Introduzione della tessera sanitaria

2.1 Introduzione.

Il Servizio Sanitario Nazionale si colloca in uno scenario politico e sociale in profonda evoluzione, per effetto del progressivo decentramento di poteri e competenze dallo Stato alle Regioni e della necessità di garantire un maggiore equilibrio tra le risorse da destinare all'acuzie e alla cronicità.

In questo contesto è emersa la necessità di costruire una base dati nazionale, condivisa con le Regioni, all'interno della quale collocare tutte le informazioni necessarie al bilanciamento tra qualità e costi del sistema sanitario.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) deve pertanto rendere disponibili informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, possano supportare adeguatamente le Regioni e il Ministero nell'esercizio delle funzioni attribuite dalla riforma e il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio nazionale.

Dal punto di vista delle modalità realizzative, è stata sviluppata una progettualità che consente al sistema informativo di supportare le evoluzioni del sistema sanitario nazionale su un orizzonte di lungo periodo. Tuttavia, la progettualità complessiva verrà realizzata per stadi successivi, al fine di garantire il raggiungimento dei primi concreti obiettivi, nel tempo più rapido possibile.

Il Sistema Informativo Sanitario (SIS) ha rappresentato fin dagli anni 80 un patrimonio informativo che ha permesso, attraverso flussi sistematici di dati provenienti dalle aziende sanitarie e ospedaliere e dalle regioni, di 'fotografare' periodicamente attività, costi e risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al fine di poter operare un'adeguata azione di programmazione sanitaria.

2.2 Il Servizio sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art.1 del D.Lgs. n°502/1992). Il termine è stato introdotto con la legge 833/78 (la cosiddetta "Riforma Sanitaria").

Il Servizio sanitario nazionale è un sistema pubblico di carattere universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali, derivanti dai ticket sanitari (cioè delle quote con cui l'assistito contribuisce alle spese) e dalle prestazioni a pagamento. Attraverso di esso viene data attuazione all'art.32 della Costituzione italiana che sancisce il diritto alla salute di tutti cittadini.

Il Servizio sanitario nazionale non è un'unica amministrazione ma un insieme di enti ed organi che

concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini. Lo compongono infatti:

- il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che ha assorbito le competenze del Ministero della Salute;
- una serie di enti e organi a livello nazionale, quali il Consiglio superiore di sanità (CSS), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro (ISPESL), l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e l'Agenzia italiana del farmaco;
- i *servizi sanitari regionali*. Questi, a loro volta, comprendono:
 - le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
 - le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, attraverso le quali le regioni e le province autonome assicurano l'assistenza sanitaria.

Il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato da un sistema di *programmazione sanitaria*, disciplinata dall'art. 1 del D.Lgs. n°502/1992, che si articola:

- nel Piano sanitario nazionale;
- nei piani sanitari regionali.

2.3 Il Servizio sanitario regionale.

Il Servizio sanitario regionale è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'art.32 della Costituzione (art.1, legge regionale n°29 del 23 dicembre 2004).

Il Servizio sanitario regionale garantisce a tutte le persone servizi appropriati e necessari per la tutela, la cura ed il recupero della salute, assicurando uniformità nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni e dei servizi nel rispetto dei tre principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, solidarietà.

Questi principi sono stati ribaditi nel decreto legislativo n°229/99 che identifica nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le prestazioni ed i servizi essenziali per la tutela, la cura e il recupero della salute, da assicurare a tutti e in modo uniforme in tutto il Paese, la modalità concreta per applicarli. I LEA sono stati definiti dal decreto del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. La legge regionale 29/2004 "Norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale" (che interviene sulla legge regionale di recepimento del decreto legislativo 229/99, la 11/2000), ridisegna organizzazione e funzionamento in un'ottica federalista, sulla base

delle competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del titolo V della Costituzione. Rafforza le competenze degli Enti locali in materia di programmazione, verifica e controllo, la partecipazione degli operatori sanitari al governo aziendale e il rapporto della Regione con l'Università nel campo dell'assistenza, della ricerca e della didattica. Introduce il bilancio di missione, un nuovo strumento con cui le Aziende sanitarie danno conto annualmente dei risultati dell'attività assistenziale in rapporto agli obiettivi di salute assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, che si affianca ed è complementare al bilancio di esercizio economico-finanziario.

Fanno parte del Servizio sanitario regionale tutte le strutture ospedaliere, residenziali e ambulatoriali pubbliche; le case di cura, le strutture residenziali e ambulatoriali private, profit e no profit, accreditate (alle quali le persone possono accedere senza oneri economici). Tutte le strutture pubbliche e private che operano nel Servizio sanitario regionale devono essere accreditate (legge regionale n°34/98e delibere applicative).

Il principale strumento di programmazione dei servizi e degli obiettivi di salute è il Piano sociale e sanitario regionale. A livello regionale è stata istituita una "cabina di regia", luogo di progettazione e concertazione delle politiche sociali e sanitarie a cui partecipano Amministratori regionali e locali. L'organizzazione dell'Assessorato politiche per la salute e politiche sociali è in capo alla Direzione generale sanità e politiche sociali.

L'Agenzia sanitaria regionale svolge una funzione di supporto tecnico-scientifico all'Assessorato e alle Aziende sanitarie.

2.4 Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Lo strumento fondamentale per il governo del Sistema Sanitario Nazionale è il Sistema Informativo Sanitario che a livello aziendale, regionale e nazionale deve essere in grado di mettere a disposizione informazioni che per quantità, qualità e tempestività possano supportare adeguatamente sia le Regioni, nelle funzioni di Programmazione e Controllo, sia lo Stato, nella sua funzione di garantire l'applicazione uniforme dei LEA e gli altri obiettivi del Piano.

Occorre che i dati provenienti da tutte le Regioni siano puntuali, trasparenti e confrontabili sia sul versante dell'offerta che della domanda per poter conoscere e valutare le diverse realtà con gli stessi metodi

Nel dicembre 2003 la Conferenza Stato-Regioni ha deciso di riprogettare il sistema informativo e ha definito i principi a cui il Nuovo Sistema Informativo Sanitario deve ispirarsi per rispondere alle nuove esigenze, in particolare:

- supportare il processo di regionalizzazione;
- favorire l'integrazione dei diversi sistemi informativi;

- rispettare l'orientamento al cittadino, nel senso di saper descrivere in modo sempre più esauriente i fabbisogni di salute.

Inoltre, il NSIS rappresenta lo strumento di riferimento per misurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale

In questo contesto la Conferenza ha ritenuto necessaria la revisione dell'impianto classificatorio e di misura dei fenomeni (in termini di strutture, prestazioni, eventi, costi, ecc.) che prevede la costruzione di un "linguaggio comune" attraverso 15 linee progettuali

Questa iniziativa è stata chiamata "**Progetto Mattoni del SSN**" a voler sottolineare il significato di fondamenta condivise tra tutte le Regioni, su cui sviluppare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto per il biennio 2005-2007 una serie di attività che confermano e rinforzano il ruolo del NSIS e del Progetto Mattoni, in quanto orientate a misurare qualità, appropriatezza e costi.

La Conferenza non si è limitata a dare obiettivi, ma ha anche indicato chiaramente la metodologia di lavoro che è assolutamente innovativa per aspetti come:

- responsabilità delle istituzioni e dei professionisti; valutazione dei risultati; meccanismi di condivisione grado di coinvolgimento di tutte le istituzioni del Paese;
- procedure di attribuzione dei finanziamenti basate sui risultati raggiunti.

2.5 Il progetto "Mattone SSN".

Ogni Mattone è stato costituito da un Gruppo di Lavoro rappresentato da una Regione o Istituzione Capogruppo (MINSAL, ASSR, ISS) incaricata di gestire il Progetto insieme ad una Regione Associata e a cinque Regioni, per una partecipazione di più di 350 persone.

La funzione di *governante* complessiva è stata affidata alla Cabina di Regia, organo paritetico Stato-Regioni, che ha garantito il controllo dello stato di avanzamento delle attività.

La Cabina di Regia, operativa dal giugno 2002, è composta in numero omogeneo dai rappresentanti del Ministero e delle Regioni, ad essa sono affidate le funzioni di indirizzo, governo, monitoraggio e controllo dell'avvio e dello sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Inoltre, il Progetto ha previsto delle attività trasversali di coordinamento affidate al Ministero della Salute, ASSR e società di consulenza che hanno avuto funzioni di diverso livello di complessità, ma sempre integrate tra loro.

I principali prodotti dei Mattoni riguardano la predisposizione omogenea e condivisa di:

- un metodo di classificazione delle strutture socio-sanitarie ospedaliere e territoriali;
- metodi di classificazione e codifica di tutte le prestazioni;

- metodi di misura per la lettura omogenea di fenomeni;
- linee guida e raccomandazioni per la raccolta dei dati;
- contenuti propedeutici alla definizione dei relativi tracciati dei flussi informativi;
- definizione dei requisiti per la costruzione delle anagrafi di cittadini, prescrittori ed operatori, che consentano di realizzare, diffondere e gestire il Fascicolo Sanitario Personale.

Il progetto “Mattoni SSN” nasce quindi con l’intento di avere dati e metodi di misura classificati e codificati in modo omogeneo ed uniforme.

Le attività di ciascun Mattone sono state realizzate da un Gdl Ristretto (costituito da una regione o istituzione Capogruppo e da un’Associata), da un Gdl e da Gdl Allargato:

La Capogruppo, oltre a definire i contenuti, l’articolazione ed il budget di progetto, individua i membri del Gdl, coordina il comune lavoro insieme ad una Regione associata e a 5 regioni portatrici di esperienze operative (Gdl Ristretto) ed ha la responsabilità dei risultati;

L’Associata affianca la Capogruppo con il ruolo di portatrice di know-how ed esperienze operative;

I Gruppi di lavoro sono composti da esperti della Regione Associata, nonché dai dirigenti di altre 5 regioni e comprendono anche rappresentanti del Ministero della Salute, dell’Economia e dell’ASSR, Dirigenti di aziende, esperti e ricercatori del mondo accademico;

Un Gruppo di Lavoro Allargato, composto dai rappresentanti regionali delle Regioni che non appartengono al Gruppo di Lavoro Ristretto, è stato costituito in ogni Mattone con l’obiettivo di contribuire a definire le informazioni in uscita del Mattone stesso ed approvarli.

A nome dei Gruppi di Lavoro presentiamo la sintesi dei principali risultati dei 15 Mattoni.

I Mattoni che hanno prodotto classificazioni e codifiche di strutture e prestazioni.

2.6 Classificazione delle strutture.

Ha definito una metodologia di classificazione di riferimento nazionale delle strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Il modello sviluppato e testato è caratterizzato da semplicità, flessibilità e modularità di costruzione e permette di identificare il sistema di offerta dei servizi e di predisporre specifici manuali per la relativa classificazione.

Le strutture sono rilevate in modo uniforme sulla base dell’effettiva attività svolta e non in base alla denominazione a loro attribuita.

L’approccio modulare adottato consente di mappare le strutture, indipendentemente dal loro grado di complessità e/o modello organizzativo, partendo dalle loro unità di offerta minime e finali.

Prestazioni Ambulatoriali

Ha definito un nuovo elenco nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in accordo col

principio dei Livelli Essenziali di Assistenza: ha quindi prodotto il “Nuovo Nomenclatore” in sostituzione di quello in vigore e risalente al DM del 1996.

Ha indicato le tipologie di attività di modifica del Nomenclatore che possono essere condotte dalle regioni

Ha definito un flusso nazionale per la rilevazione delle informazioni relative alla specialistica ambulatoriale

Ha identificato opportuni criteri di manutenzione del nuovo sistema al fine di un aggiornamento periodico del Nomenclatore

Evoluzione del sistema DRG nazionale

Ha individuato strumenti per facilitare e supportare l’adozione della nuova versione della Classificazione ICD 9 CM 2002, tradotta e diffusa di concerto con il Ministero della Salute, e la versione 19° del DRG

Ha promosso l’aggiornamento sistematico dei sistemi di classificazione ICD 9 CM e DRG

Ha revisionato i contenuti della Scheda di Dimissione Ospedaliera al fine di garantire una maggiore omogeneità nella compilazione e una maggiore efficacia nel monitoraggio delle prestazioni erogate

Ha proposto sistemi di classificazione per i pazienti di riabilitazione e per i pazienti pediatrici, nonché elaborato delle indicazioni per il trasferimento di attività dal day hospital all’ambulatoriale e la gestione dei relativi flussi informativi

Prestazioni Farmaceutiche

Ha definito un sistema di rilevazione delle prestazioni farmaceutiche, unico e uniforme a livello nazionale, con particolare riferimento a:

- prestazioni farmaceutiche a carico del SSN erogate dalle farmacie convenzionate;
- prestazioni destinate all’assistenza territoriale riconducibili alla cosiddetta distribuzione diretta e per conto;
- prestazioni farmaceutiche ospedaliere;
- individuazione di indicatori di monitoraggio relativi ai tre flussi descritti.

I risultati sono orientati allo sviluppo di un sistema di monitoraggio dei consumi farmaceutici, in un’ottica sia di governo della spesa che di promozione dell’appropriatezza, integrando tali dati con gli altri flussi informativi della rete: medico di famiglia, ospedale, assistenza domiciliare e residenziale.

Recentemente è stato approvato, ed è in fase di pubblicazione, un Decreto sulle modalità di rilevazione diretta e per conto basato su quanto fatto dal Mattone.

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Ha definito le prestazioni residenziali come complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie

erogate nell'arco delle 24 ore (12 ore per le semiresidenziali) a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di strutture accreditate per lo specifico livello assistenziale.

Ha dettagliato le prestazioni residenziali per anziani, disabili e salute mentale per classi a differenti intensità assistenziale e le ha classificate secondo codici di prestazione coerenti con il decreto dei LEA e la specifica normativa di settore.

Ha definito un set minimo di informazioni in grado di alimentare un flusso informativo nazionale sulle prestazioni residenziali.

Per quanto riguarda le prestazioni per anziani:

- ha individuato strumenti per la valutazione multidimensionale(VMD) e la misura del case-mix assistenziale, testando un set di strumenti (RUG-VAOR, SVAMA, SOSIA e AGED) che le regioni dovranno sviluppare, a libera scelta, per mettere a regime i loro flussi informativi
- ha sviluppato un Data Set sintetico unico su base nazionale (Flusso Assistenza Residenziale) alimentato automaticamente dai singoli strumenti per la VMD

Pronto soccorso e Sistema 118

Ha definito i contenuti informativi minimi da rilevare relativamente a:

- attività di Pronto Soccorso per le fasi di accoglienza e assegnazione della priorità di accesso (triage), presa in carico e trattamento dell'assistito, esito dell'accesso e valorizzazione dello stesso.
- attività del 118 per le fasi di chiamata dell'utente alla Centrale Operativa, risposta dell'operatore, intervento dei mezzi di soccorso.

Ha definito sistemi di codifica e classificazione di queste prestazioni in modo da consentire la codifica standardizzata delle diagnosi e delle prestazioni e garantire l'uniformità dei criteri di assegnazione dei codici identificati.

Ha definito sistemi di valutazione dei pazienti in modo da individuare un modello di triage ospedaliero e pre-ospedaliero ed un sistema di codifica uniforme.

Ha definito modelli formativi per il personale operante nell'emergenza.

Assistenza primaria e prestazioni domiciliari

Ha definito un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria e domiciliare e individuato i contenuti dei flussi informativi necessari al NSIS.

Ha identificato i contenuti informativi di due distinte schede per la rilevazione dei principali flussi riguardanti l'Assistenza Territoriale:

- una scheda per la rilevazione delle Prestazioni Domiciliari compilata dal distretto a conclusione dell'episodio di cura che consente di raccogliere informazioni quali-quantitative sia rispetto alle prestazioni erogate che al modello organizzativo.
- una scheda per la rilevazione dell'Assistenza Primaria compilata da Medici e Pediatri di famiglia e

dal distretto che consente di avere informazioni sull'attività rispetto alle diverse modalità organizzative e alle prestazioni erogate dagli stessi.

Assistenza Sanitaria Collettiva

Ha definito un sistema di classificazione delle prestazioni/funzioni dell'Assistenza Sanitaria Collettiva ricomprese nei LEA, al fine di rendere disponibile per il NSIS alcuni contenuti informativi necessari per il monitoraggio e la valutazione delle attività della prevenzione.

Ha elaborato un approccio alla classificazione e all'individuazione delle prestazioni/funzioni di prevenzione, nonché una proposta di indicatori per il loro monitoraggio.

Ha definito i contenuti informativi (minimum data set) per la realizzazione di un sistema informativo sulle Vaccinazioni e sui Programmi di Screening oncologici ed un sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), in collaborazione con il Ministero della Salute-CCM e il CNESPS.

L'esperienza del Gruppo di Lavoro e del Coordinamento della Prevenzione ha consentito di realizzare una proposta per la definizione di nuovi LEA per la prevenzione.

I Mattoni che hanno prodotto metodi di misura dei fenomeni.

Tempi di Attesa

Ha individuato una metodologia di rilevazione sistematica del tempo di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Ha definito il set di informazioni rilevanti per la descrizione del fenomeno ed individuato una metodologia per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa sia prospettici che retrospettivi delle modalità di lettura ed interpretazione degli stessi, sia per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario che in ambulatorio.

Ha definito Linee Guida per la progettazione dei Centri Unificati di Prenotazione (CUP), per la stratificazione della domanda secondo criteri di priorità e per la misurazione dei tempi di attesa sui percorsi diagnostico-terapeutici.

Inoltre, ha definito i criteri per le agende di prenotazione dei ricoveri e la loro gestione, le modalità di applicazione delle priorità, la gestione delle sospensioni dell'erogazione.

Molto di quanto è stato prodotto è già stato recepito da documenti nazionali, Piano Nazionale dei Tempi di Attesa 2006-2008, oltre che da delibere regionali ed atti aziendali.

Misura dell'Appropriatezza

Ha contribuito ad arricchire e perfezionare gli strumenti già disponibili per la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, di identificare e proporre strumenti per la misurazione e la valutazione dell'appropriatezza degli altri livelli essenziali di assistenza (farmaceutica e specialistica ambulatoriale) e di favorire l'integrazione, a livello concettuale e operativo, fra la dimensione organizzativa e la dimensione clinica.

Inoltre, ha provveduto alla:

- manutenzione e aggiornamento del sistema di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari;
- analisi dell'appropriatezza organizzativa e clinica dei regimi DH, DS e chirurgia ambulatoriale.

Misura dei Costi del SSN

Ha definito una metodologia di consolidamento dei bilanci sia a livello infraregionale che interregionale.

Ha individuato i Nuovi Modelli per l'analisi dei costi del SSN e in particolare sono stati definiti i nuovi prospetti e le nuove linee guida per la compilazione dei modelli:

- CE (Conto Economico) e SP (Stato Patrimoniale);
- CP (Conto Economico di Presidio a gestione diretta);
- LA (Riclassificazione costi per Livello di Assistenza ASL e AO).

Misura dell'Outcome

Ha sviluppato metodologie appropriate per la valutazione comparativa degli esiti a livello di popolazione e a livello di soggetti erogatori.

Ha pubblicato i risultati relativi a 36 indicatori, per ASL e per soggetto erogatore.

Ha generato la proposta del Ministero della Salute per un "Programma Nazionale della Valutazione degli Esiti"(ProVE).

Standard minimi di quantità di prestazioni

Ha definito un modello per determinare standard di riferimento nazionale nell'ambito dell'attività di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, con l'obiettivo di affiancare valutazioni quantitative all'analisi e al monitoraggio dell'accordo sui LEA.

I tassi di ospedalizzazione ed i tassi di consumo di prestazioni ambulatoriali per ASL e Regione forniscono un valido metro di confronto per le singole realtà.

Inoltre la definizione di profili di cura per patologia offre un metodo di lettura clinico-gestionale del sistema di immediata applicazione; il metodo favorisce un miglioramento dell'organizzazione attraverso l'applicazione di indicatori che legano l'utilizzo dei diversi livelli assistenziali all'outcome ed agli indicatori dei costi.

Il Mattone ha individuato, per alcune prestazioni ad "alto impatto", standard che possano garantire la qualità delle prestazioni erogate nelle singole strutture.

Ospedali di riferimento

Ha definito una proposta metodologica finalizzata all'identificazione di centri di riferimento per l'alta specialità e per le malattie rare, attraverso la definizione di criteri di valutazione della referenza delle strutture ospedaliere.

Il Progetto ha sperimentato una lista di indicatori per l'individuazione delle strutture di riferimento e definito un modello e strumenti per la misura di elementi strutturali, organizzativi e di funzionamento, con particolare riferimento ai determinanti della clinical governance.

Inoltre è stata elaborata una metodologia di valutazione della referenza per permettere una valutazione complessiva degli elementi alla base della definizione ed individuazione dei centri di riferimento.

Realizzazione del Patient File

Ha svolto attività propedeutiche alla diffusione del Fascicolo Sanitario Personale quali, l'individuazione di modalità comuni di gestione delle anagrafi.

Ha definito una cornice di sviluppo del Fascicolo Sanitario Personale, individuando un percorso per l'evoluzione graduale dell'esistente, salvaguardando gli investimenti effettuati e l'autonomia decisionale delle Regioni nell'ambito di un processo complessivo comune.

Ha elaborato un Manuale sulla modalità di allineamento e gestione dell'anagrafe delle persone fisiche e di Linee guida per la gestione del flusso informativo per la registrazione del decesso.

Inoltre, ha realizzato un Manuale relativo alle modalità di gestione e fruizione dell'anagrafe sanitaria e degli operatori, nonché individuato i contenuti informativi per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Personale e dei relativi processi di gestione delle sue applicazioni.

2.7 L'Art.50 D.L. 30 settembre 2003 e Legge 24 novembre, n°326.

Nell'ambito del progetto Mattone SSN n.10 **"Prestazioni farmaceutiche"** vanno ad inserirsi anche le disposizioni legislative introdotte dall'art.50 del D.L. 30 settembre 2003, n.269.

L'art 50, infatti, ha posto le basi per tracciare i flussi informativi dell'area farmaceutica:

- ha sancito la generazione della tessera sanitaria a tutti i soggetti già titolari di Codice fiscale,
- ha disposto la revisione dei ricettari medici,
- ha introdotto le direttive concernenti l'invio dei file al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Quindi l'art.50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n.269 – Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e appropriatezza delle prescrizioni sanitarie – convertito con modificazioni in legge 24/11/2003 n.326 introduce la tessera sanitaria, la nuova ricetta e la trasmissione telematica dei dati di spesa da parte delle strutture erogatrici di servizi sanitari. Il Sistema TS per il monitoraggio consentirà di conoscere e governare le risorse spese per farmaci e prestazioni specialistiche dal Servizio Sanitario Nazionale, impiegando meglio il denaro pubblico disponibile.

Il nuovo sistema verrà poi esteso gradualmente a tutte le regioni italiane.

Il progetto **TESSERA SANITARIA**, monitoraggio della spesa sanitaria è un'azione concertata tra

il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e il Ministero per l'innovazione e le tecnologie.

Il progetto è della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che ne ha affidato la regia operativa all'Agenzia delle Entrate del Ministero dell'economia e delle finanze. L'affidamento all'Agenzia è disciplinato dalla direttiva del Ministro n.21063/E del 1.12.2003 e dalla stipula della convenzione con la RGS.

La realizzazione del progetto è affidata a **Sogei**, partner tecnologico dell'Amministrazione finanziaria, che:

- gestisce il codice fiscale quale identificativo univoco dei cittadini;
- possiede una consolidata esperienza nella gestione di procedure che interessano milioni di utenti, rappresentando un'interfaccia istituzionale a livello regionale e locale;
- dispone delle competenze professionali e delle infrastrutture tecnologiche tali da assicurare l'attuazione di un progetto di questa rilevanza e complessità.

I TRE ELEMENTI SIGNIFICATIVI DEL PROGETTO:

1. *La tessera sanitaria.*
2. *La nuova ricetta.*
3. *La rete telematica ed il processo di monitoraggio della spesa sanitaria.*

1. La tessera sanitaria.

- è una tessera in PVC che reca il codice fiscale del titolare, anche in codice a barre e in banda magnetica;
- contiene i dati anagrafici dei cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale ed il codice fiscale che identifica, in modo univoco, i cittadini. Dal codice fiscale, il sistema, attraverso l'allineamento delle anagrafi sanitarie degli assistiti con l'anagrafe tributaria e le anagrafi comunali, risale automaticamente alla titolarità del cittadino alle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale;
- è "Tessera europea di assicurazione malattia" e riporta sul retro informazioni, secondo lo standard europeo (mod. E111), per accedere all'assistenza sanitaria nei paesi dell'Unione Europea (in conformità con le decisioni 189, 190, 191 della Commissione Amministrativa della sicurezza sociale dei lavoratori migranti, pubblicate in Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il 27 ottobre 2003, L.276);
- presenta 3 caratteri in formato Braille standard per permettere ai cittadini non vedenti il riconoscimento immediato della tessera e il verso di utilizzo. Il formato Braille non è disciplinato dall'art.50. per i cittadini ipovedenti si è adottata una banda di tonalità più scura visibile sul fronte stesso della tessera nella zona superiore di intestazione.

- È previsto il successivo e progressivo assorbimento della TS nella carta nazionale dei servizi (art. 52, comma 9, L27 dicembre 2002, n.289), senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato (comma 13 art.50).

2. La nuova ricetta

La ricetta è unica e standardizzata a livello nazionale, a lettura ottica, stampata su carta filigranata; riporta un numero identificativo univoco collegato al medico prescrittore.

3. La rete telematica ed il monitoraggio della spesa sanitaria.

Il monitoraggio della spesa sanitaria rappresenta il processo portante del progetto e si articola in:

A. raccolta dei dati delle ricette da parte delle strutture sanitarie erogatrici e trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze;

B. valorizzazione delle ricette, produzione ed invio alle Aziende sanitarie locali di un prospetto di liquidazione (rendiconto) e di una proposta di rimborso spettante a ciascuna struttura erogatrice;

C. monitoraggio della spesa, attraverso l'analisi dei dati aggregati risultanti dalle elaborazioni eseguite con strumenti di Business Intelligence;

D. fornitura dei dati sugli esiti del monitoraggio che sarà disciplinata da un protocollo tra MEF – Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente (Stato, Regioni e Province autonome) e con le Regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

La tutela della privacy della persona assistita viene garantita anche nelle fasi di elaborazione. Infatti il sistema di monitoraggio elabora esclusivamente i dati di spesa presenti sulla ricetta e non tratta i dati identificativi e sanitari dell'assistito.

L'ATTIVITA' DEI DIVERSI SOGGETTI COINVOLTI:

Il cittadino: la sua collaborazione è indispensabile per la buona riuscita del progetto e non avrà alcuna ulteriore incombenza rispetto al passato.

Il medico: il suo ruolo è determinante per il successo dell'intero progetto poiché rappresenta il primo punto di contatto del cittadino con il sistema sanitario nazionale.

Il farmacista: trasmette al sistema informativo del MEF, attraverso una rete telematica, i dati delle ricette.

Il Ministero dell'Economia e delle finanze : riceve, in modalità telematica, i dati delle ricette mediche al momento del loro utilizzo; cura il collegamento tra tutte le strutture di erogazione dei servizi sanitari; organizza la banca dati per le elaborazioni centralizzate; fornisce alle regioni i prospetti riepilogativi e la proposta di rimborso.

Il Ministero della Salute: si occupa di controllare i dati acquisiti e di valutare eventuali irregolarità di gestione riscontrate.

L'Autorità garante della protezione dei dati personali: esprime il parere sui dati contenuti negli

archivi che possono essere trasmessi al ministero della salute e alle regioni, nonché alle modalità di tale trasmissione ai fini della tutela della privacy dei cittadini.

Le Regioni e le aziende USL: dispongono di elaborati per il governo della spesa; ricevono, in particolare aspetti riepilogativi sulla spesa sanitaria di competenza e proposte di rimborso da riconoscere alle diverse strutture erogatrici di servizi.

Le strutture erogatrici di servizi sanitari: parte integrante del progetto di monitoraggio, rilevano e trasmettono telematicamente i dati delle ricette.

L'istituto poligrafico Zecca dello Stato: produce i nuovi ricettari a lettura ottica stampati su carta filigranata ed il supporto in PVC delle tessere sanitarie.

Sogei: cura la progettazione, realizzazione e conduzione del sistema informativo per il monitoraggio della spesa, nonché la produzione delle tessere sanitarie.

Società del Ministero dell'Economia e delle Finanze La Tessera Sanitaria (TS) costituisce una evoluzione del tesserino di CF.



La nuova tessera sanitaria (fronte e retro)

2.8 Decreto Ministeriale del 18/05/2004.

Con l'art.50 della Legge 24 novembre 2003, n°326, recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, ha disposto:

- i nuovi modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica approvati ai sensi del comma 2 dell'art.50;
- la struttura del modello della ricetta ed alla compilazione della medesima ai sensi del comma 3 dell'art.50.

Con il **Decreto Ministeriale del 18 maggio 2004** sono state definite le caratteristiche e le modalità di impiego dei nuovi ricettari per l'erogazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del

Servizio sanitario nazionale (art.1 e art.3), contenute nel disciplinare tecnico allegato allo stesso decreto, nel quale vengono anche riportate le regole relative al trattamento della ricetta in sede di erogazione della prestazione.

I nuovi ricettari vanno altresì utilizzati per le seguenti prescrizioni:

- prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale;
- prescrizioni delle prestazioni sanitarie, con onere a carico del Ministero della Salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Premesso quanto sopra, si evidenziano di seguito alcune delle peculiari caratteristiche del nuovo modello di ricetta medica standardizzata:

STRUTTURA DEL RICETTARIO

I moduli sono raccolti in blocchi di 100 esemplari cuciti con due punti metallici sul lato sinistro. Sia le ricette che le matrici sono staccabili mediante due perforazioni lineari.

Ciascun blocco è dotato di una copertina ed una sottocopertina in cartoncino.

La copertina del ricettario contiene una parte fissa e una rimovibile (cedola) attestante la consegna del ricettario al medico prescrittore.

Nella parte fissa sarà riportata la denominazione dell'ente di competenza.

Nella cedola sarà riportato:

- a) Denominazione dell'ente di competenza;
- b) Codice identificativo del ricettario (codice della prima ricetta del ricettario, sia in formato numerico che a barre);
- c) Cognome e nome del medico prescrittore (a riempimento obbligatorio);
- d) Codice fiscale del medico prescrittore (a riempimento obbligatorio);
- e) Data di assegnazione del ricettario al medico prescrittore;
- f) Spazio di firma per ricevuta del medico prescrittore.

AREA DELLA RICETTA

In tale area sono riportati:

- Denominazione dell'ente di competenza "Servizio Sanitario Nazionale Regione Campania";
- Codici identificativi della ricetta (Rappresentati sia in formato numerico che a barre. Il vigente codice a barre è sostituito da un analogo codice che esprime il numero progressivo regionale di ciascuna ricetta.
- Per ricette SSN: numero progressivo regionale
- Per ricette SASN: numero progressivo relativo alla sede del SASN che distribuisce le ricette.

AREA GENERALITA'

In quest'area vanno riportati il cognome e nome dell'assistito ed il domicilio dello stesso nei casi previsti dalla legge.

NORMA SULLA PRIVACY PER LE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE (TAGLIANDO ADESIVO)

Il Disciplinare approvato dai Ministeri Economia e Salute riporta: "esclusivamente nel caso di prescrizioni farmaceutiche, la ricetta è comprensiva del tagliando adesivo".

È consentito risalire all'identità dell'interessato solo in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione, ovvero a fini di verifiche amministrative.

AREA CODICE DELL'ASSISTITO

Tale area (a riempimento obbligatorio) è costituita da 16 caselle contigue, predisposte per la lettura ottica, destinata all'inserimento del Codice Fiscale alfanumerico ma anche di quello a barre dell'assistito.

In caso di assenza del codice fiscale sulla ricetta, quest'ultima non può essere utilizzata, salvo che il costo della prestazione venga pagato per intero. In attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice fiscale a barre da parte dei medici prescrittori, nell'apposito spazio della ricetta è consentito ai predetti medici di riportare "in chiaro" il codice fiscale dell'assistito.

AREA SIGLA PROVINCIA E AUSL COMPETENTE

Tale area, a riempimento obbligatorio, è costituita da 5 caselle contigue che servono ad indicare la sigla della provincia e il codice ASL di appartenenza dell'assistito.

Tali indicazioni vanno riferite nel campo apposito (le prime due per la sigla della provincia, le successive tre per il codice dell'AUSL di appartenenza dell'assistito).

Il codice AUSL deve essere sempre indicato anche se la AUSL di appartenenza dell'assistito coincide con quella del medico che rilascia la ricetta.

Se la AUSL di appartenenza dell'assistito rientra in una regione diversa da quella del medico prescrittore, occorre riportare la sigla della provincia in cui ricade l'AUSL dell'assistito.

AREA TIPOLOGIA E PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

La nuova ricetta è predisposta per l'indicazione delle priorità delle prestazioni da parte del Medico.

Tale area NON deve attualmente essere contrassegnata.

L'avvio della compilazione di quest'area è subordinata alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia. Le modalità di applicazione verranno successivamente diffuse e rese note a tutti gli attori coinvolti nel sistema.

AREA PRESCRIZIONE

Tale area è costituita da 8 righe tratteggiate da utilizzarsi per la descrizione della prescrizione e da 1 riga, posta al di sotto delle precedenti, da utilizzare per la descrizione della diagnosi o quesito diagnostico, laddove previsto.

Per le prescrizioni farmaceutiche dovrà essere indicato il numero dei pezzi per ciascun farmaco prescritto.

È consentito l'utilizzo dell'ultima riga anche per eventuali annotazioni nel caso di prescrizioni farmaceutiche.

AREA NOTE AIFA

Tale area contiene due gruppi di tre caselle destinate alla eventuale indicazione delle note AIFA. La nota va scritta inserendo il numero della nota con allineamento a sinistra e barrando le caselle non utilizzate.

Il medico è tenuto comunque a barrare le caselle quando non le utilizza.

Con l'adozione della nuova ricetta è decaduto l'obbligo di controfirmare la nota AIFA.

AREA ESENZIONE

Tale area serve ad identificare il diritto di esenzione da parte dell'assistito alla compartecipazione alla spesa sanitaria.

In mancanza di una qualsiasi condizione di esenzione va sempre biffata la casella N (non esente).

Nel caso in cui l'assistito abbia diritto all'esenzione il medico dovrà utilizzare il campo di 6 caselle contigue (3 di colore bianche per i codici di esenzione nazionale e 3 di colore ombreggiate per i codici di esenzione regionale).

Per attestare il diritto all'esenzione per invalidità, patologia cronica, malattia rara o per altra causa (gravidanza, screening tumori, infortunio sul lavoro, ecc...) il medico prescrittore dovrà riportare nelle prime tre caselle di colore bianco previste il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia di esenzione secondo quanto riportato nella tabella di codifica adottata dalla Regione.

Per attestare il diritto all'esenzione per situazione reddituale (ISEE) il medico prescrittore dovrà riportare nelle tre caselle ombreggiate il codice di esenzione E01 (in base alla situazione reddituale documentata dall'assistito esibendo il certificato ISEE).

Il medico può, in caso di esenzione per situazione reddituale, far apporre la firma all'assistito utilizzando il campo della ricetta previsto.

La firma dell'assistito non è obbligatoria ai fini della spedibilità della ricetta.

AREA NUMERO PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE/PRESTAZIONI

Sul modello di ricetta figura un campo nel quale, all'atto della compilazione, va sempre riportato il

numero complessivo delle confezioni del/i farmaco/i prescritto/i ovvero degli accertamenti specialistici prescritti.

Per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche il medico deve indicare nell'apposita area e con allineamento a sinistra il numero complessivo dei pezzi o delle prestazioni prescritte.

In ogni caso, per le prescrizioni farmaceutiche, dovrà essere indicato nello spazio della ricetta relativo alla prescrizione, il numero dei pezzi per ciascun farmaco prescritto.

AREA DATA DELLA RICETTA

La data dovrà essere indicata trascrivendo nell'apposita area i caratteri numerici identificanti il giorno (due caselle), il mese (due caselle) e l'anno (due caselle).

Sia per la indicazione dei giorni da 1 a 9 che per la indicazione dei mesi da gennaio a settembre si dovrà premettere il valore "0" nell'apposito campo.

Per l'indicazione dell'anno devono essere riportati solo gli ultimi due caratteri.

RETRO DELLA RICETTA

Il retro della ricetta è da utilizzare solo per i Turisti.

È opportuno ricordare che è bene far inserire i dati al Turista, anche perché si può essere in presenza di caratteri alfabetici e/o di descrizioni molto particolari.

Tale area è così composta:

- Spazio per l'indicazione dell'istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera;
- Spazio per l'indicazione della sigla dello stato estero dell'assistito;
- Spazio per l'indicazione del n. di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzione estera;
- Spazio per l'indicazione del n. di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera;
- Spazio per la firma del soggetto assicurato da istituzione estera.

IL MODULO AGGIUNTIVO

Nel caso in cui il numero di prestazioni erogate ecceda nella ricetta originaria il numero massimo di posizioni per l'applicazione dei fustelli autoadesivi sarà possibile utilizzare un modulo aggiuntivo.

Tale modulo può essere fotocopiato dalla struttura erogante ed allegato alla ricetta originale firmata dal medico e sarà cura della farmacia o della struttura specialistica riportare alcuni elementi della ricetta base quali:

- codice fiscale del paziente;
- codice numerico della ricetta relativo alla prescrizione originale debitamente firmata dal medico;
- data di erogazione e timbro della struttura erogante;
- numerazione uguale al progressivo attribuito alla ricetta originale debitamente firmata dal medico.

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DELLE ZONE DESTINATE ALLA LETTURA OTTICA

Il disciplinare tecnico prevede una serie di avvertenze per il rilascio, la conservazione e l'uso del ricettario al fine di evitare lacerazioni, abrasioni o macchie che possano risultare di pregiudizio alle operazioni di lettura ottica.

Riportiamo qui di seguito le avvertenze previste nel suddetto disciplinare tecnico.

- La trascrizione manuale della ricetta deve avvenire con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica.
- In tutti i casi in cui è ammesso l'uso di timbri, devono essere impiegati inchiostri neri non oleosi.
- Ciascuna casella può contenere un solo carattere.
- La trascrizione deve avvenire nello spazio bianco all'interno della casella evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa.
- Non bisogna legare i caratteri tra loro.
- Si devono usare penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero.
- Non si possono effettuare cancellature o correzioni dei caratteri già scritti.
- Non ci devono essere puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri.
- Non si devono barrare le caselle inutilizzate ad esclusione degli elementi indicante le note AIFA che devono obbligatoriamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia utilizzate.
- La compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa.

2.9 Accordo Stato-Regioni-MEF del 09/03/2006 e DM del 17/06/2006.

Affinché avvenga la corretta verifica dei flussi informativi relativi alle prestazioni farmaceutiche è necessario predisporre un sistema che consenta di incrociare i dati che giungono al MEF con quelli in possesso delle AA.SS.LL., del Ministero della salute e delle Regioni. Infatti con l'Accordo Stato-Regioni-MEF 9/03/06 è stato stabilito che il MEF trasmette, con modalità telematica, al Ministero della salute, Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e alle regioni, i dati delle ricette mediche recanti le prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche, con esclusione del codice fiscale dell'assistito. I dati delle ricette, di cui al comma 1, vengono trasmessi entro venti giorni solari dalla data di ricezione dell'ultimo invio relativo al mese precedente; i dati trasmessi sono quelli risultanti dai trattamenti automatici effettuati dal Ministero dell'economia e delle finanze, per la verifica e il riscontro dei dati stessi, nonché per la liquidazione provvisoria dei rimborsi dovuti dalle strutture di

erogazione di servizi sanitari.

I Ministeri della salute e dell'economia al fine di accertare che nell'erogazione dei servizi sanitari vengono rispettati criteri di efficienza ed appropriatezza hanno emanato il D.M. 17 giugno 2006 con cui è stato istituito il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS).

Il Sistema, previsto dalla Legge finanziaria 2006 e istituito con **Decreto ministeriale del 17 giugno 2006**, ha lo scopo di coordinare le attuali attività di controllo e verifica affidate a diversi organismi ed enti al fine di facilitare la raccolta dei dati provenienti dal sistema informativo sanitario ma anche da altri enti (Ministeri Economia e Finanze, ISTAT, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Regioni, ASL, NAS, ecc.).

Il SIVEAS potrà effettuare proprie analisi affidandole ad esperti o a centri di ricerca pubblici o privati su aspetti specifici dell'assistenza.

Il SIVEAS collaborerà anche per la verifica degli indicatori previsti dal Patto per la Salute con le Regioni e finalizzati al rispetto dei parametri di qualità e di spesa delle Regioni.

Ogni anno saranno definiti specifici obiettivi di verifica su proposta del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea (un comitato "misto" Governo-Regioni) ma potranno anche essere attivate verifiche ad hoc in base a particolari emergenze.

Il SIVEAS promuoverà anche attività di formazione e tutoraggio specifiche per il personale delle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi per il rientro dei disavanzi gestionali e per altri operatori impegnati nelle attività di controllo a livello locale.

Gli ambiti di intervento

1. Livelli di qualità delle prestazioni sanitarie attraverso verifica dei risultati di salute.
2. Tempi di attesa per le prestazioni sanitarie urgenti.
3. Protocolli di sicurezza per evitare errori medici o della struttura sanitaria nel corso di un ricovero o comunque durante una terapia.
4. Erogazione dei Lea per determinati obiettivi di salute.
5. Livelli di spesa soprattutto in quelle aree del Paese e per quelle branche di prestazioni a più alto rischio di sfondamento dei bilanci.
6. Procedure di appalto e fornitura di beni e servizi per verificare la congruità delle spese effettuate rispetto alle medie nazionali.
7. Tempi di esecuzione dei lavori di costruzione o ammodernamento di ospedali e strutture sanitarie.
8. Utilizzazione delle risorse stanziare per progetti obiettivo del Piano sanitario nazionale.

Aspetti specifici delle attività di verifica

Tali attività sono finalizzate alla verifica dei criteri di appropriatezza ed efficienza nell'erogazione

dei Lea, ma potranno anche riguardare altri ambiti specifici quali:

1. i livelli minimi di sicurezza nell'assistenza (ad esempio in caso di gravi inconvenienti igienico-sanitari e di assenza requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi)
2. violazioni di carattere amministrativo, contabile, finanziario e gestionale
3. mancata attuazione del Piano sanitario nazionale, scarsa qualità delle prestazioni e non equità nell'accesso ai servizi.

Capitolo 3) L'evoluzione legislativa nell'ultimo triennio

3.1 Scheda "Tessera Sanitaria".

(articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni)

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n°269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n°326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relative alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il Progetto consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dalla ASL competente in fase di consegna del ricettario).

L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore avviene attraverso la necessaria fase preliminare di allineamento delle relative anagrafi in possesso delle ASL con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni, nonché attraverso il relativo costante aggiornamento.

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

I dati completi delle ricette (comprensivi dei dati dell'assistito e del medico prescrittore) rilevati dalle strutture di erogazione, devono essere trasmessi giornalmente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili alle ASL di competenza, nonché alla regione, secondo le indicazioni del Garante della privacy. In particolare per le ASL è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito e della prescrizione (codice ricetta).

In tal modo il Sistema consente alle ASL e alle regioni di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter

potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario (mentre eventuali sistemi informativi regionali di rilevazione delle ricette non garantiscono un processo di acquisizione dei dati tale da assicurare in modo "certificato" la fondamentale associazione ricetta-assistito-medico).

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

L'attivazione sperimentale del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Campania è stata avviata a partire dal 2006, con la condivisione con la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato, Agenzia delle entrate e Sogei, nella specifica riunione del 6 luglio 2006, dell'allegato piano delle attività, il quale prevede gli impegni regionali e i rispettivi termini temporali.

Gli impegni regionali verranno verificati, anche sulla base delle risultanze prodotte dall'Agenzia delle entrate e Sogei.

Ai fini dell'attivazione sperimentale del Sistema, la Regione si impegna:

a. al rispetto degli obblighi informativi di cui al piano temporale delle attività convenuto con la RGS, il Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei. Il rispetto di tali obblighi comporta:

- Recepimento con DGR di recepimento del piano di rientro del programma convenuto fra Regione, RGS, Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei, riportato nell'Allegato A.1.
- Rispetto della tempistica di cui al piano.
- Trasmissione telematica da parte delle ASL competenti al Ministero dell'economia e delle finanze (secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003 e la tempistica convenuta nella riunione del 22 gennaio 2007), dell'elenco degli assistiti per i quali l'Agenzia delle entrate e Sogei hanno riscontrato il mancato allineamento con l'anagrafe dei codici fiscali.
- Trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell'articolo 50 della legge 326/2003.
- Obbligo dell'utilizzo del ricettario "standard" di cui al DM 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali a carico del SSN.
- Aggiornamento tempestivo e costante, secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003, da parte della Regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art.50, secondo la tempistica prevista dal piano convenuto.
- Adozione di provvedimenti volti all'utilizzo, da parte di tutti i soggetti coinvolti, della Tessera

Sanitaria (TS) in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50.

b. alla definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate. Il rispetto di tale impegno comporta:

- la definizione degli accordi in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 275 della legge 266/2005

- l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70% Nella fase a regime del Sistema, la Regione si impegna all'aggiornamento tempestivo e costante dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art.50.

La Regione si impegna altresì, attraverso i dati delle ricette acquisiti attraverso il Progetto Tessera Sanitaria, ad effettuare i controlli e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nel proprio territorio, individuando le criticità sulla base di specifici indicatori regionali di riferimento ed adottando le relative misure correttive ai fini del conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

La struttura amministrativa responsabile dell'attuazione concreta del progetto e dell'individuazione delle metodologie di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla sanità.

La struttura amministrativa definisce entro il mese di marzo 2007 il procedimento di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della relativa attuazione a livello di singola ASL/AO, nonché della:

- definizione di indicatori e criteri di riferimento per la valutazione, da parte di ogni ASL/AO, dell'appropriatezza prescrittiva di ogni singolo medico, attraverso l'analisi mensile delle ricette acquisite attraverso il Sistema Tessera Sanitaria;

- definizione di azioni correttive da intraprendere, da parte di ogni ASL/AO, a fronte delle criticità riscontrate;

- revisione periodica degli indicatori e dei criteri di riferimento individuati;

- acquisizione delle relazioni mensili prodotte da ogni singola ASL. A livello di ogni singola ASL/AO, è fissato l'obbligo (incluso fra gli obiettivi dei Direttori Generali) di:

- individuazione dell'Ufficio responsabile del procedimento;

- elaborazione mensile, mediante il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, degli indicatori regionali individuati, con riferimento ai dati delle ricette di propria competenza, del mese precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL distretto e singolo medico;

- individuazione delle criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;

- adozione delle relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;

- predisposizione della relativa relazione mensile e trasmissione (entro il mese successivo a quello

di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

Descrizione delle fonti di verifica

Le fonti di verifica consistono nei modelli CE consuntivi annuali e trimestrali 2006 – 2009, che per i profili annuali sono riportati nelle pagine seguenti, distinti tra tendenziale e programmatico. Viene illustrata anche la serie storica CE ed LA 2001-2005.

Oltre ai modelli CE, per verificare l'efficacia del piano in termini di riduzione dei costi e mantenimento dei LEA, di seguito si illustra una sintesi raggruppata per macrolivelli e sottolivelli più significativi per gli ambiti di intervento previsti nei modelli LA 2006-2009 a confronto con quello del 2005, utili a monitorare gli effetti degli interventi programmati e previsti dal piano di risanamento.

Mentre la spesa per la prevenzione si sta allineando positivamente ai livelli previsti dal PSN, quella ospedaliera si mantiene ancora a livelli molto alti sottraendo risorse in generale all'assistenza distrettuale ed in particolare ad alcune funzioni come l'assistenza domiciliare integrata ed ai malati terminali, l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti.

Le previsioni dei Modelli LA scaturiscono direttamente dall'analisi del costo dei fattori produttivi e dall'incidenza prevista sui macrolivelli LA dagli interventi previsti dal presente piano.

4. Contabilità analitica e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

Il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati.

Strumento cardine per conseguire questo obiettivo è da un lato pervenire ad una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende della Regione e, dall'altro, alla certificazione dei bilanci delle stesse aziende sanitarie da parte di società specializzate. La Regione Campania si era già mossa in questo senso, stabilendo con l'art.13 della L.R. n°10/02 (*Piano Sanitario Regionale*) che *“le aziende sanitarie sottopongono i propri bilanci alla valutazione di società di certificazione di riconosciuto prestigio internazionale”*. Successivamente, con un approfondito studio svolto nel 2005 dall'Università di Salerno su incarico regionale, si è delineato il procedimento necessario per pervenire alla certificazione dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico di ciascuna azienda sanitaria nell'arco massimo di tre anni.

Nel frattempo, l'importanza dei processi di revisione contabile è stata fatta propria dal legislatore nazionale, che nella finanziaria 2006 (Legge n°266/05, art.1, comma 291) ha stabilito che *“con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia ... d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni ... da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali,*

delle aziende ospedaliere, degli IRCCS di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie”.

Nelle more della emanazione di tale decreto, entro due mesi dalla stipula del presente accordo, la Regione Campania elaborerà e presenterà ai Ministeri dell'economia e della salute una bozza di provvedimento organico, finalizzato a pervenire:

- nell'arco di un anno dalla sua adozione, alla introduzione di una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende della Regione;
- nell'arco di tre anni dalla sua adozione alla completa certificazione dei bilanci aziendali;
- nonché ad una serie di obiettivi intermedi, finalizzati ad assicurare una crescente qualità, correttezza e trasparenza delle contabilità oggetto di monitoraggio trimestrale ed annuale.

Entro tre mesi dalla stipula del presente accordo, qualora non sia stato ancora emanato il suddetto decreto, tenuto conto delle eventuali osservazioni dei Ministeri, la Regione Campania darà immediata attuazione al proprio piano.

Ricognizione delle posizioni debitoria e creditoria e procedure di pagamento.

Con riferimento al debito che non è stato oggetto di transazione finanziaria, la Regione si impegna a procedere all'accertamento completo e definitivo della situazione debitoria, ivi comprese le eventuali somme dovute a titolo di interesse per i ritardati pagamenti, entro il 30/06/2007. Ciò anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2006.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso la So.Re.Sa. s.p.a.

(1) procedura di determinazione della posizione debitoria

a. La struttura amministrativa di cui sopra acquisisce dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:

- i. Dettaglio fatture emesse fino al 31/12/2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
- ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31/12/2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;

b. La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per

il quale risulti aperta una posizione debitoria:

- i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31/12/2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31/12/2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;
 - iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.
- c. Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e

dell'economia e delle finanze.

d. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio.

e. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

(2) procedura di determinazione della posizione creditoria

a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale, di eventuali contenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'insussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione alla specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio.

(3) procedura di pagamento del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa informa mensilmente (oltre che la struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio) i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o

altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.

Operazione di gestione del debito e disavanzo regionale da parte della SO.RE.SA. S.p.A.

La SO.RE.SA. S.p.A. è una società unipersonale di scopo della Regione Campania costituita con D.G.R.C. n.361 del 27.02.2004, attuativa del disposto dell'art.6 della L.R. 28/2003.

Con L.R. n.24/2005 è stato trasferito alla So.Re.Sa. (art.2, commi 6 – 16) il compito di gestire il debito sanitario regionale maturato fino al 31.12.2005 ai fini della sua progressiva estinzione.

In attuazione della L.R. 24/2005, la Giunta Regionale ha approvato la Delibera 113 del 2006, che ha specificato le azioni di intervento della So.Re.Sa.

L'operazione posta in essere dalla So.re.sa S.p.a. (Società Regionale per la Sanità) per conto della Regione Campania si è articolata in due fasi:

- identificazione delle modalità per l'estinzione del debito sanitario esistente al 31/12/2005 senza che l'operazione avesse conseguenze sulla spesa corrente regionale .
- accertamento del debito alla predetta data e sua estinzione.

La prima fase ha portato alla creazione di risorse **aggiuntive** rispetto alle esistenti, attraverso una manovra di natura tributaria (aumento addizionali IRPEF e IRAP) idonea a determinare una nuova unità di conto, vincolata, nel bilancio regionale, **in via esclusiva** alla operazione di estinzione del debito. Questa operazione ha portato alla creazione di una finanza aggiuntiva, con inizio dall'anno 2005, di 170 milioni a valere su di una operazione da strutturare per 30 anni (con un anno di preammortamento).

Sulla base di tale provvista, è stata bandita una gara tra le più importanti banche europee che ha portato a costruire una operazione di cartolarizzazione dei crediti sanitari, nel rispetto delle direttive Eurostat e delle disposizioni interne dello Stato italiano vigenti al momento.

L'operazione è stata aggiudicata agli istituti vincitori il 1 aprile 2006 ed ha portato alla disponibilità di una provvista aggiuntiva rispetto a quella esistente che può variare da un minimo di 2.520 milioni ad un massimo di 2.750 milioni di euro circa a seconda delle modalità di collocazione dei titoli nel mercato. Attualmente l'operazione è subordinata esclusivamente alla stabilizzazione *del rating* regionale ed è da ritenersi conclusa per i restanti profili.

La seconda fase dell'attività posta in essere dalla Società è stata - come detto - l'accertamento del debito sanitario (fornitori di beni e servizi, case di cura, farmacie, laboratori, riabilitazione, istituti di cura temporaneamente accreditati) esistente e non ancora ristrutturato. Questa attività è stata

realizzata con la creazione di una piattaforma informatica che, incrociando i dati provenienti dai creditori e dalle ASL, ha consentito di determinare il debito.

Esso è risultato pari a circa 4.100 milioni di euro

La sua composizione è stata imputata per 2.100 milioni circa a ritardi sui trasferimenti dallo Stato e per la restante parte da diseconomia realizzate in passato. Va precisato che la somma considerata è stata valutata nei suoi termini massimi in quanto, in via prudenziale, sono state considerate debito anche situazioni oggetto di contenzioso; situazioni che si intende transigere nella misura più utile per le Regioni. Con Deliberazione n. 1338 del 3.8.06 la Giunta Regionale ha approvato il piano di estinzione del debito proposto dalla *So.Re.Sa.*

Ad ogni modo, un dato è certo, le ultime normative regionali (L.R. n°1/06; DGRC n°880/06; DGRC n°1133 del 20/08/2005; L.R. n°24/2006) hanno comportato una riduzione delle liste di attesa, la diminuzione dei ricoveri ospedalieri e delle spese farmaceutiche, e soprattutto, un recupero di competitività delle strutture regionali, cosa che ha contribuito a ridurre il tasso di fuga verso le altre regioni, con ulteriore riduzione degli oneri finanziari sostenuti. In definitiva, le normative degli ultimi tre anni hanno comportato per la nostra Regione molti benefici nel settore sanitario e farmaceutico, anche se non va dimenticato che sono ancora molti gli obiettivi da raggiungere, così come sono ancora tanti gli ostacoli da superare per il nostro Sistema Sanitario.

3.2 L'evoluzione della normativa sanitaria e farmaceutica nell'ultimo triennio.

Non è facile tracciare un quadro preciso della normativa sanitaria e farmaceutica applicata nella nostra Regione, considerato anche che in Campania risiede circa il 10,00% dell'intera popolazione italiana, tra l'altro molto variegata per età, estrazione sociale ed anche multirazziale. Per tutti questi motivi si capisce come sia stato difficile per il legislatore regionale creare un quadro normativo preciso e soddisfacente per tutta la popolazione, soprattutto per il settore sanitario e farmaceutico. Per un quadro completo, credo sia giusto partire dalle **legge finanziaria per il 2005** (legge n°311/2004), che ha direttamente ed autonomamente definito nuove condizioni finanziarie e gestionali, disponendone il recepimento in un'intesa fra Governo e Regioni, poi, siglata il 23 marzo 2005.

L'intesa del 23 marzo 2005 prevede il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi. Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di

meccanismi procedurali e di controllo.

Per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge finanziaria, la Regione e tutti gli operatori del settore si stanno impegnando in un considerevole sforzo diretto a migliorare l'impostazione dei programmi e delle strategie di intervento, a razionalizzare l'organizzazione, a semplificare le procedure e ridurre i costi di gestione, ricorrendo anche a strumenti gestionali capaci di assicurare il concorso di sinergie diverse e il realizzarsi di economie di scala.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la **legge finanziaria per il 2006** (art.1, commi 274 ss., della legge n°266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del rispetto della soglia del 70,00%) della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

E' prevista, altresì, l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative per il personale medico e di informazione per gli utenti del Servizio sanitario, oltreché di elaborazione dei criteri di priorità e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. Ad essa si affianca il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), il quale, avvalendosi delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), ha il compito di

verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza.

Altre disposizioni di rilievo riguardano la definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, oltre alla rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

Nel complesso, sembra che la strategia del legislatore nazionale sia quella, già ampiamente sperimentata in passato, di imporre talune scelte gestionali attraverso l'attribuzione di fondi integrativi condizionati a determinate modalità operative o a particolari tipologie di spesa. A queste si associano la previsione di nuove responsabilità ed incombenze in capo ai responsabili degli enti gestori del servizio sanitario regionale e l'adozione di misure di sospensione o dilazione dei pagamenti, contestualmente all'introduzione di nuovi obblighi di comunicazione ed informazione nei confronti degli organi di controllo esterno.

Si inserisce su questa linea l'automatismo previsto dall'art.1, comma 174 della Legge n°311/04, così come integrato dalla Legge n°266/05, consistente nell'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n°269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n°326, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici", aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16,00% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13,00% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

Contestualmente è stata prevista, a decorrere dal 1° gennaio 2004, l'istituzione (in sostituzione della Commissione unica per il farmaco) dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia finanziaria e gestionale, con compiti di alta consulenza tecnica in materia di politiche per il farmaco, specie per quanto riguarda ricerca, investimenti, monitoraggio e prezzi.

Sulla base della normativa citata l'AIFA a partire dall'anno 2004 è tenuta a porre a carico dell'industria il 60,00% dello sfondamento del tetto di spesa, lasciando alle Regioni la copertura del

restante 40,00%. Tuttavia l'AIFA negli anni passati è intervenuta sullo sfondamento del solo tetto del 13,00% relativo alla farmaceutica convenzionata, non conteggiando il rimanente 3,00% relativo alla spesa farmaceutica ospedaliera. In questo modo alla Regione Campania è stata compensata solo una parte del 60,00% dello sfondamento del tetto complessivo del 16% previsto dalla legge.

Solo recentemente con la Determinazione del 27/09/2006, pubblicata sulla GU n°227 del 29/09/2006, l'AIFA ha assunto provvedimenti tesi a recuperare anche la quota parte del superamento del tetto del 3,00% della spesa ospedaliera i cui effetti saranno apprezzabili a regime solo nel 2007.

3.3 Provvedimenti regionali.

La Regione Campania, dopo aver avviato con **la legge regionale n°28 del 24 dicembre 2003** importanti misure per il risanamento della finanza regionale, ha introdotto, con **la legge finanziaria regionale per il 2006 (Legge n°24/2005)**, nuove disposizioni per la copertura dei disavanzi pregressi del sistema sanitario regionale, istituendo un'apposita unità previsionale di base. Al relativo onere si provvede con le maggiori entrate derivanti dall'aumento dell'addizionale sul reddito per le persone fisiche e dell'imposta regionale sulle attività produttive. Tali somme saranno trasferite alla Società Regionale per la Sanità -So.Re.Sa.- società per azioni unipersonale, al fine di definire il pagamento dei debiti maturati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. regionali fino al 31 dicembre 2005.

La So.Re.Sa. s.p.a. ha assunto a proprio carico tutta l'attività necessaria all'estinzione del debito, con il supporto di una garanzia fideiussoria, da parte della Regione, ovvero di altre garanzie immobiliari idonee a tenere indenne la società da ogni pretesa che possa derivare dal compimento delle operazioni.

Alla So.Re.Sa. s.p.a. è attribuita, altresì, la titolarità esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. La stessa elabora, annualmente, un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate di acquisto e fornitura a livello regionale.

La finanziaria regionale per l'anno 2006, in attuazione degli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, fissa rigorosi tetti di spesa ai *budget* delle aziende del servizio sanitario regionale, in modo da ridurre la spesa sanitaria, per il triennio 2006 - 2008, del 18,50% (di cui almeno il 6,50% nel 2006) rispetto al livello dei costi raggiunto nell'esercizio 2004. In caso di mancato rispetto dei tetti di spesa, sono previste misure sanzionatorie a carico dei Direttori generali delle aziende sanitarie, quali la perdita della retribuzione di risultato ovvero, in caso di recidiva, la decadenza automatica dalla funzione.

Al fine di ottenere la riduzione e la ristrutturazione della spesa sanitaria nella misura voluta dalla legge finanziaria regionale per il 2006, la Giunta regionale ha approvato **la delibera n°1843 del 9 dicembre 2005**, con la quale, attraverso l'introduzione di vincoli ed obiettivi di spesa per fattori di costo, ha posto le premesse per un effettivo contenimento della spesa nel triennio 2006/2008. ed il raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere campane.

Dopo aver stimato, per ciascuna azienda sanitaria, gli obiettivi di risparmio conseguibili nel triennio di riferimento in relazione alla distanza esistente tra la teorica situazione di pareggio dei conti e la misura del finanziamento determinato con la ripartizione del Fondo sanitario regionale per il 2005, sono stati individuati, per ciascuno dei diversi elementi di costo, gli obiettivi triennali di riduzione dei livelli di spesa programmati in rapporto al livello dei costi raggiunti nell'esercizio 2004, traducendoli, poi, direttamente all'interno dello stato di previsione della spesa del bilancio annuale di previsione 2006 e del bilancio pluriennale 2006 - 2008.

Ne consegue che, con la realizzazione di tali obiettivi di contenimento della spesa nel triennio, sarà conseguibile l'equilibrio gestionale corrente del sistema sanitario regionale in un quadro di risorse compatibili.

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28/09/2006 e i cui contenuti sono stati trasfusi nella finanziaria 2007 (Legge n°296/06).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono illustrate:

I. Accesso al fondo transitorio (punto 3 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera b, della legge finanziaria per l'anno 2007)

- sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n°311, comprensivo di un Piano di rientro;
- indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.
- istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;
- l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap.
- indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato

rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze.

- indicazione che, in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;

- indicazione che qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

II. Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi (punto 1.4 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera e) della legge finanziaria per l'anno 2007).

In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n°311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

III. Accredimento (punto 4.9 del patto per la salute e articolo 1 comma 796 lettere s),t), u) della finanziaria per l'anno 2007)

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui :

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n°724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502 e s.m.i.;

- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;

-viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del D.Lgs. n°229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n°502 e s.m.i. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502 e successive modificazioni e integrazioni.

IV. Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (punto 4.18 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera l, punto 2) della legge finanziaria per l'anno 2007).

V. Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria per l'anno 2007).

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 28/2/2007, è l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

V bis -Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n°296).

VI. Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (articolo 1 comma 796, lettera r) della legge finanziaria per l'anno 2007).

VII. Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 sulla base dei più bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero dei dati relativo al biennio 2005-2006 (articolo 1, comma 796, lettera v) della legge finanziaria per l'anno 2007).

VIII. Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (articolo 1, comma 796, lettera z) della legge finanziaria per l'anno 2007).

IX. Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

- lea;

- indicatori;
- programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel ssn;
- indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino;
- diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;
- indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera;
- indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- invio di dati al nsis per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.

X. Adeguamento alle disposizioni in materia di personale (articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007 e patto per la salute).

XI. Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto e art. 1, comma 796 lettera c) della legge finanziaria per l'anno 2007).

B. Accordi di programma

La Regione si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n°502 e s.m.i. siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

C. Verifica dell'erogazione dei LEA

La Regione è adempiente con raccomandazione a proseguire nell'impegno di migliorare la completezza e qualità dei flussi informativi, con particolare riferimento ai seguenti:

- **HSP. 12 – posti letto strutture pubbliche ed equiparate.** Per tale flusso informativo la qualità dei dati è risultata sufficiente. In considerazione della rilevanza dei dati in argomento, si rende opportuno per l'anno 2006, un miglioramento del processo di controllo qualità eseguito dalla Regione, in modo che il punteggio possa raggiungere il livello di qualità "buona".

- **HSP. 13 – posti letto strutture private.** Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 99%.

- **RIA. 11 – attività degli Istituti di riabilitazione ex art.26.** Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 99%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2004 (98,84%).

- **STS. 24 – attività delle strutture residenziali e semiresidenziali.**

Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di

copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 96%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2003 (95,41%).

La qualità dei dati dell'anno 2005 è risultata insufficiente. Per l'anno 2006 si rendono necessarie un'attività di verifica più puntuale da parte della Regione dei dati trasmessi a livello nazionale dalle aziende e un confronto tempestivo con l'Ufficio II della DG del Sistema Informativo sulla base delle segnalazioni di incongruenza eventualmente evidenziate da quest'ultimo, nell'ottica di attivare un ciclo di miglioramento della qualità dei dati.

- **HSP. 24 – attività di Nido.** Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 95%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2004 (92,05%).

La Regione, in relazione all'articolo 4 , comma 1, lettera i) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prevede la trasmissione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze dei provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, con la delibera di approvazione del presente Piano recepisce gli stessi impegnandosi a darne la massima diffusione, almeno con riferimento agli accordi aventi oggetto Piani nazionali.

Con il presente Piano si assume l'impegno ad adeguarlo alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge dicembre 2005, n°266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Il Piano di rientro in parte si inserisce nell'alveo degli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale, in parte invece dovrà avere una valenza "sovraordinata e straordinaria" rispetto agli stessi. In ogni caso il pieno raggiungimento degli obiettivi programmatici concordati e il relativo cronoprogramma dovranno trovare nei soggetti stipulanti l'Accordo che sono la Regione e i Ministeri dell'Economia e della Salute, il riferimento principale.

Per molti dei provvedimenti oggetto del Piano la titolarità giuridica nell'ambito della regione nell'attuale quadro legislativo è di competenza della Giunta Regionale, per altri invece la titolarità è del Consiglio Regionale, trattandosi di atti legislativi e/o regolamentari.

Tra i primi figurano le misure riguardanti il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie (come il trasferimento dal ricovero ordinario al regime di day-hospital od ambulatoriale di una serie di prestazioni e la riduzione al ricorso del parto cesareo), il contenimento della spesa farmaceutica e della mobilità ospedaliera passiva, la determinazione del piano annuale dei volumi

delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e correlati limiti di spesa, la razionalizzazione della spesa per beni e servizi delle Aziende Sanitarie, la rimodulazione del piano di edilizia sanitaria, la rideterminazione delle tariffe per le prestazioni, le linee guida di comportamento per i medici prescrittori sulle principali patologie (ipertensione arteriosa, diabete mellito ecc...), l'informatizzazione dell'intero sistema.

Tra i secondi sono da annoverare l'attivazione dell'incremento della fiscalità, l'approvazione del Piano Sanitario Regionale e del Piano Ospedaliero, l'approvazione dei requisiti ulteriori per l'Accreditamento istituzionale da parte degli erogatori privati e pubblici.

Obiettivi generali, specifici ed operativi

Gli obiettivi generali del presente Piano attengono alla necessaria riqualificazione e riorganizzazione del SSR in modo da conseguire nel periodo temporale indicato la riduzione strutturale del disavanzo fino a raggiungere l'equilibrio economico finanziario nel rispetto del mantenimento dell'erogazione dei LEA.

Gli obiettivi specifici riguardano la riduzione dei costi di produzione, l'aumento delle entrate, la riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera, la riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza distrettuale, il contenimento della spesa farmaceutica, lo sviluppo di un sistema di valutazione e controllo della appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento e sviluppo del sistema informativo.

Nello schema che segue tali obiettivi generali e specifici sono riassunti in un contesto unitario con quelli operativi e con i singoli interventi.

Il Piano di intervento dettagliato è contenuto nella citata DGRC 1843/05. La regione, nell'ambito della manovra della DGR 1843 si impegna a raggiungere l'obiettivo di contenimento della spesa per beni e servizi.

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare entro il 30 giugno 2007 una revisione delle procedure contabili e amministrative delle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad individuare indicatori da monitorare.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla sanità. I dati elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'assessorato al bilancio.

La Regione si impegna inoltre ad implementare ovvero potenziare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza.

La regione è tenuta a realizzare l'obiettivo previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007, tenendo conto anche degli effetti di trascinamento sull'anno 2007 e successivi delle economie imputabili alla regione Campania per effetto delle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 98, della L. 311/2004, dai relativi accordi in materia nonché dal DPCM attuativo.

Tali dati sono desunti sia dal Conto annuale che dai modelli CE.

Fermo restando quanto previsto per gli anni 2006-2008 dalla **DGR n°1843/05**, secondo cui le assunzioni, previa attivazione delle procedure di mobilità interna, devono contenersi entro percentuali non superiori, per il personale infermieristico al 50,00% all'anno delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno precedente e del 25,00% per il restante personale, con apposita delibera della giunta regionale verrà stabilito:

□ per l'anno 2007 il blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato, nella misura , per il personale infermieristico del 75 delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno precedente e del 90 per cento per il restante personale;

□ per gli anni 2007, 2008 e 2009 il blocco totale delle assunzioni di personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile. Contestualmente sarà disciplinato con una delibera della Regione, da adottarsi entro il 31 marzo 2007, l'obbligo per le Aziende sanitarie, che vi provvedono entro il 30 aprile 2007, per la rideterminazione della consistenza organica del personale secondo le previsioni dell'art. 1 comma 565 della legge finanziaria 27 dicembre 2006, n°296 e la conseguente rideterminazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa in coerenza sia con la riduzione della predetta consistenza organica che del blocco delle assunzioni. Inoltre al fine di rendere operative le misure previste dalla DGRC 1843/05 e cioè applicare, senza eccezioni:

- le misure massime di lavoro straordinario annuo consentite dai CCNL;
- contenimento delle prestazioni che prevedono indennità accessorie ai casi di effettiva necessità aziendale;
- limitazione nell'assegnazione dei nuovi incarichi di struttura complessa;

è stata analizzata nel dettaglio, Azienda per Azienda, la situazione specifica con ricostruzione dell'ammontare dei singoli fondi e la retribuzione unitaria media per singola categoria. E' stato poi predisposto un piano per ridurre entro il 30/06/2007 al livello medio regionale sia i fondi che le

retribuzioni unitarie delle aziende che superano tale importo.

Sulla base delle disposizioni di cui dell'art.1, comma 565, della legge finanziaria 2007, sarà rivista la consistenza organica del personale fissandola al valore numerico del personale in servizio al 31/12/2006 con conseguente rideterminazione in riduzione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa. A tal fine sarà adottata una delibera, entro il 31 marzo 2007, che, fisserà per ogni azienda sanitaria gli obiettivi di risparmio da perseguire.

Nel 2006 con la delibera n. 800 sono stati determinati i volumi di attività massima e i correlati limiti di spesa per il comparto accreditato. La citata delibera, già trasmessa ai Ministeri interessati, ha previsto che le Aziende Sanitarie Locali, sulla base della programmazione effettuata per l'esercizio 2006, (tipologia e volumi di prestazioni sanitarie) (costo delle medesime prestazioni, previsto dalle aziende sanitarie), e degli obiettivi di contenimento dei costi fissati dall'art. 3 della L.R. n°24 del 28/12/2005 e dalla DGRC n°1843 del 9 dicembre 2005 per ciascuna azienda e per ciascuna voce di costo, con effetto dal 1 gennaio 2006 devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa assegnati e con le modalità tecniche prescritte, ad applicare ai soggetti accreditati (ospedali classificati, case di cura, laboratori, centri di riabilitazione ed altri centri privati) i limiti di spesa per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in quantità e costo con le modalità stabilite dalla citata delibera, nonché ad applicare le regressioni tariffarie necessarie per l'osservanza dei limiti complessivi di spesa, con i criteri fissati dall'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.).

La Regione si impegna ad emanare entro il 31 marzo 2007 la delibera di giunta che fissa i tetti di spesa per gli esercizi 2007, 2008 e 2009 in conformità ai valori programmati come indicati nel presente piano, disaggregati per singola azienda sanitaria e per macroarea di assistenza. La medesima delibera fissa al 30 aprile 2007 la data entro la quale le aziende sanitarie locali devono dare attuazione dettagliata ai tetti di spesa fissati dalla giunta regionale, stipulando i relativi Accordi con le locali Associazioni di categoria degli erogatori privati provvisoriamente accreditati e con i singoli erogatori privati. Qualora singole Associazioni di categoria o singoli operatori non aderiscano all'Accordo, la ASL territorialmente competente notificherà all'Associazione e/o agli erogatori non sottoscrittori gli Accordi da sottoscrivere. Se entro il termine di 15 giorni dalla notifica l'erogatore non sottoscrive l'Accordo cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale.

La Regione si impegna ad adottare procedimenti volti al controllo infrannuale delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale. A tal fine la Regione procedimentalizza il processo di determinazione, comunicazione e monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private. La struttura amministrativa responsabile del procedimento è

individuata presso l'Assessorato alla sanità.

Alle strutture erogatrici private la Regione richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare alle ASL entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Le ASL mensilmente inviano le rendicontazioni entro il giorno 25 del mese successivo a quello di riferimento alla struttura amministrativa regionale.

La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dalla struttura amministrativa. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate.

I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni, per singola struttura erogatrice, sono messi a disposizione dalla struttura amministrativa in un *data base* consultabile dalle aziende, dagli Assessorati alla sanità e al Bilancio e dal Nucleo di affiancamento. La struttura amministrativa verifica che le ASL, con periodicità almeno bimestralmente, comunichino alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile.

Con la delibera di recepimento del presente Piano si provvede al recepimento del DM 12 settembre 2006.

È necessario che l'attività contrattuale delle Aziende si svolga nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità; in altre parole si punta sul concetto di legalità e trasparenza che in ambiti a forte presenza di criminalità organizzata, come quelli presenti in molte parti del territorio campano, già di per sé è un fattore di contenimento della relativa spesa.

Utilizzare *la legalità come risorsa* è una delle azioni di contrasto all'inefficienza, da cui derivano costi altissimi per le aziende pubbliche. Il controllo di legalità esercitato attraverso la definizione di regole e di modalità operative dell'organizzazione limita le eventuali possibilità di movimento del singolo. Che le gare per l'acquisizione di beni di consumo e di attrezzature si svolgano secondo le norme dettate dalle leggi in vigore, anziché procedere attraverso trattative private o proroghe dei contratti in essere è, ad esempio, una risorsa importante per l'aumento del potere contrattuale dell'azienda, che si traduce in risorse economiche risparmiate.

Con riferimento agli acquisti di beni e di servizi, fermi restando gli obblighi di bilancio posti alle aziende con la DGRC 1843/05, si rende necessario, per conferire strutturalità alla manovra sulla spesa, avviare o completare le seguenti procedure.

Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la Regione Campania è impegnata ad attuare le seguenti misure:

a) con L.R. n. 24/2006, che ha approvato il nuovo Piano Ospedaliero, è stato previsto uno standard

di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, pari a circa 4,20 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le consistenze organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

b) adottare, entro il 31 marzo 2007, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2008, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti.

3.4 Interventi sulla spesa farmaceutica

Pertanto oltre ad incentivare la politica già in atto di intensificazione della distribuzione diretta, del monitoraggio delle prescrizioni, dell'incentivazione nell'uso dei farmaci generici, dell'utilizzazione per le prescrizioni di protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie a più alta incidenza, la Regione intende introdurre:

A) l'obbligo progressivo, dopo una prima fase di sperimentazione, per tutti i medici dipendenti e convenzionati del SSR, di prescrivere sulle ricette del SSN solo il principio attivo farmacologico, senza la specificazione del nome commerciale. La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

B) la potestà di prescrivere sul ricettario del SSN di norma solo ai Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

Quanto agli interventi di cui ai precedenti punti A) e B) si concorda di procedere per gradi attivando una prima sperimentazione nel territorio di una ASL significativa per numero di abitanti e per spesa farmaceutica convenzionata, individuata nella ASL NA/5. A seguito di tali sperimentazioni, valutate congiuntamente con l'AIFA, la misura sarà estesa su tutto il territorio regionale tenendo conto di quanto emerso dall'applicazione concreta.

C) Obbligo per il M.M.G. o il P.L.S., di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione; La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

D) Informatizzazione del sistema con controllo regionale ai fini di un più approfondito monitoraggio dei costi e delle prestazioni: progetto TESSERA SANITARIA

E) una compartecipazione all'acquisto dei farmaci, da parte dei cittadini non esenti, idonea a garantire, ai sensi del punto 4.18 del Patto della salute e dell'art. 1, comma 796, lettera l), punto 1 della finanziaria 2007 (L. 296/06), l'integrale contenimento del superamento del tetto di spesa rispetto al 13% indicato in tabella. Tale compartecipazione è stata introdotta con la DGRC n. 2266

del 30.12.2006 applicata ai cittadini non esenti sulle specialità medicinali è pari ad € 1,50 a confezione ed è entrata in vigore il primo gennaio 2007;

F) le iniziative, introdotte con la DGRC n. 294 del 28 febbraio 2007, di seguito riportate relative alla prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC AO2BC - inibitori della pompa protonica, in coerenza con il parere favorevole espresso in data 20 febbraio 2007 dalla commissione consultiva tecnico scientifica dell'AIFA. Per tale obiettivo devono essere osservate le seguenti modalità:

1) i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nella normale pratica assistenziale, devono effettuare prescrizioni di farmaci il cui costo per dose definita al giorno riferito al prezzo al pubblico non sia superiore al prezzo minimo di riferimento calcolato in euro 0,90. In particolare, per la nota 1 devono essere prescritti solo gli inibitori di pompa protonica a dosaggio pieno con costo entro euro 0,90 di dose definita giornaliera;

2) la spesa addebitabile a carico del SSR per le prescrizioni di farmaci inibitori di pompa protonica è limitata al costo del farmaco equivalente presente in tale categoria terapeutica come quantificato al punto 1);

3) qualora il medico, in caso di intolleranza o possibili interazioni farmacologiche, ritenga che sia necessario prescrivere una specialità il cui costo per giorno di terapia riferito al prezzo al pubblico sia superiore al valore di cui al punto 1) deve giustificare e documentare la diversa scelta terapeutica nell'ambito dell'aggiornamento della scheda sanitaria individuale del paziente, disposto dall'articolo

45, comma 2, lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale e attestarla sulla ricetta, nello spazio riservato alla prescrizione. In tal caso il cittadino non paga alcuna differenza di prezzo;

4) i medici ospedalieri e i medici specialisti ambulatoriali esterni e interni sono tenuti, nella proposta di prescrizione, a indicare i farmaci il cui prezzo al pubblico non sia superiore a quanto indicato al numero 1). Qualora gli stessi ritengano necessario utilizzare farmaci di prezzo superiore a quello di riferimento devono predisporre opportuno Piano terapeutico, su modello predisposto dalla Regione. Nel Piano devono essere riportate le motivazioni della diversa scelta terapeutica che, comunque, non può prescindere dai criteri di appropriatezza della Evidence Based Medicine e dall'osservanza delle Note AIFA 1 oppure 48. Tale Piano terapeutico deve comunque essere condiviso dal medico di medicina generale. In ogni caso la prescrizione di una specialità il cui costo per giorno di terapia riferito al prezzo al pubblico sia superiore al valore di cui al punto 1) deve essere attestata sulla ricetta, nello spazio riservato alla stessa. In tal caso il cittadino non paga alcuna differenza di prezzo;

5) i medici della continuità assistenziale devono prescrivere unicamente il farmaco alle condizioni

di cui al numero 1);

6) per la prescrizione di farmaci il cui prezzo supera quello di riferimento e per la quale sulla ricetta non è attestata la eventuale deroga i farmacisti devono richiedere la differenza tra il prezzo di riferimento e quello del farmaco dispensato;

7) i medici di medicina generale all'atto della prescrizione devono informarsi circa precedenti dispensazioni del primo ciclo terapeutico al fine di evitare duplicazioni;

8) le Aziende sanitarie devono verificare le condizioni di fornitura dei farmaci inibitori della pompa protonica alle strutture ospedaliere, evitando offerte anomale che potrebbero essere finalizzate all'induzione a consumi sul territorio, in particolare considerando le cessioni a costo zero o a prezzo simbolico;

9) è obiettivo dei Direttori generali delle ASL, attraverso i responsabili di Distretto e dei Servizi farmaceutici territoriali:

9.1 rafforzare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva di tali medicinali, secondo le limitazioni e le indicazioni riportate nelle note AIFA n° 1, 48 e 13;

9.2 effettuare controlli a campione su almeno il 30 per cento delle prescrizioni riportanti la attestazione di deroga.

10) La limitazione della spesa da porre a carico del SSR sopra descritta avrà decorrenza a far data dalla data di esecutività della delibera che recepisce il presente Piano.

G) Ai sensi del punto 4.18 del Patto della salute e dell'art.1, comma 796, lettera l), punto 2 della finanziaria 2007 (L 296/06), con riferimento al superamento della soglia del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata, la Regione ha approvato il 27/02/07 il Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera che contiene interventi diretti al controllo dell'uso dei farmaci innovativi, al monitoraggio del consumo appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci.

L'introduzione delle norme di cui alle precedenti lettere e), f) e g) consente l'accesso alle risorse di cui all'art.1, comma 181 della L 311/2004.

H) l'estensione del budget di spesa per tutti i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta

I) Con riferimento alla citata misura di intensificazione della distribuzione diretta, oltre l'ulteriore apertura al pubblico delle farmacie ospedaliere e distrettuali per la quale si recupereranno le risorse umane, strumentali e strutturali derivate dalla riconversione dei presidi ospedalieri, viene individuata nell'allegato 2 alla Determinazione AIFA 29.10.2004 (Supplemento Ordinario GU n. 259 del 4.11.2004) la lista minima di riferimento, a cui tutte le Aziende dovranno attenersi, di farmaci da erogare direttamente attraverso i propri servizi, integrata dall'elenco di cui all'allegato 8.

Dalle tabelle di cui all'allegato 8 bis relative agli anni 2004, 2005 e al primo semestre 2006, si evince che il consumo dei farmaci inseriti nella lista ed ancora erogati attraverso le farmacie convenzionate raggiungono un valore proiettato alla fine del 2006 pari a circa 80 Meuro, per cui con il passaggio alla distribuzione diretta è prevedibile un risparmio di almeno 20 Meuro circa (recupero 80% con risparmio sull'acquisto del 30%).

Per tali farmaci, in deroga a quanto previsto dall'intervento di cui al precedente punto B), la prescrizione sul ricettario del SSN è consentita anche ai medici dipendenti e agli specialisti convenzionati.

L) Scadenza dei brevetti nel triennio 2007- 2009.

A partire dalla metà del 2007 scadranno i brevetti relativi a 23 molecole. Ciò permetterà di estendere il meccanismo del farmaco generico equivalente con i conseguenti risultati in termini di minore spesa a carico del SSN.

Strumenti e modalità utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi

Con riferimento agli interventi sopra descritti di seguito si dettagliano le modalità di calcolo e le fonti di verifica ai fini della valutazione dei risultati attesi.

Interventi g.A),B),C),D) - Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza.

Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni.

Modalità

La Regione ha già introdotto da tempo protocolli diagnostico terapeutici per le patologie a più alta incidenza. L'introduzione del codice ICD9-CM relativo alla patologia cui è associata la prescrizione, associata all'impulso nella prescrizione dei principi attivi (e quindi svincolata dalle pressioni commerciali) e alla riduzione dei centri di spesa (derivata dalla limitazione dei ricettari ai MMG e ai PLS) consente di prefigurare un sistema che considera la spesa farmaceutica "raggiungibile" da ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti sulla base di una pesatura che tiene conto esclusivamente di fattori epidemiologici e demografici reali. Con la definitiva entrata a regime della Tessera Sanitaria sarà possibile anche un maggiore controllo che renderà attendibile i risultati attesi.

Risultati attesi

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica. Le esperienze già maturate, che hanno permesso un notevole rallentamento della spesa, confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. Il risparmio in prima applicazione è difficilmente quantificabile e sarà valutato solamente dopo un congruo periodo di monitoraggio.

Indicatori di verifica e relativa fonte

Descrizione delle fonti di verifica

Interventi g.E),F)- Compartecipazione all'acquisto dei farmaci – Introduzione del prezzo di riferimento per gli inibitori di pompa protonica.

Le modalità di calcolo e di intervento, i risultati attesi e le fonti di verifica oltre che nei punti specifici sopra descritti sono illustrati più dettagliatamente nella DGRC n. 2266/06 e successive integrazioni.

Intervento g.H – Definizione del budget di spesa per i medici prescrittori

Modalità

La Regione ha già definito sin dall'inizio del 2006, con la DGRC n. 1843/05, e trasmesso ad ogni singola AA.SS.LL il budget di spesa, sulla base di indici di appropriatezza, per il complesso dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che devono assistere i residenti dello specifico territorio. Tale budget viene a sua volta suddiviso dalla singola ASL per singolo MMG/PLS rappresentando un tetto di spesa di riferimento. L'indice viene calcolato sulla base di un sistema di pesatura che considera la spesa farmaceutica "raggiungibile" da ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti risultanti ad una certa data.

Risultati attesi

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica. Le esperienze già maturate, che hanno permesso un notevole rallentamento della spesa, confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. Per le valutazioni circa la quantificazione del risparmio si fa riferimento alle considerazioni già svolte nel punto riferito agli interventi g.A), B), C), D).

Indicatori di verifica e relativa fonte

– Descrizione delle fonti di verifica

Intervento g.I – Intensificazione della distribuzione diretta

Con riferimento a quanto già illustrato nel precedente punto I, si rimanda agli specifici allegati 8 e 8 bis. Per gli indicatori di verifica e relativa fonte si veda capitolo D e capitolo E. 3 – Descrizione delle fonti di verifica

Intervento g.L) - Quantificazione degli effetti finanziari dei provvedimenti nazionali

Su questo intervento incidono tanto le manovre AIFA che la scadenza dei brevetti su molecole di alto consumo nel triennio 2007- 2009.

Scadenza dei brevetti

Modalità

Per tali molecole in scadenza è realistico ipotizzare che la Campania abbia una quota di spesa pari a

circa il 10% del valore nazionale.

Risultati attesi

Questi valori non costituiscono l'effetto di un apposito intervento della politica economica regionale, ma devono essere calcolati a riduzione del dato di spesa tendenziale con cui la Regione dovrà confrontarsi.

Modalità e fonti di verifica

La verifica dell'obiettivo sarà effettuata nell'ambito del monitoraggio periodico realizzato dalla Regione Campania , che utilizzerà i dati prodotti da Osmed e Federfarma.

Capitolo 4) Materiali e Metodi

4.1 Rationale.

A partire dalla sua costituzione (Legge finanziaria n°448 del dicembre 1998) l'obiettivo principale dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) è stato quello di produrre delle analisi periodiche e sistematiche sull'uso dei farmaci in Italia, confrontando tutti i dati di consumo e spesa su base nazionale e regionale. Le condizioni preliminari che hanno reso possibile tale attività sono state l'acquisizione dei flussi informativi e l'apporto multidisciplinare di clinici, farmacologi, statistici ed epidemiologi. Gli obiettivi dichiarati dell'OsMed sono tuttora quelli di:

- produrre un'informazione indipendente sull'uso dei farmaci che sia confrontabile tra le varie regioni italiane;
- commentare l'andamento della spesa e del consumo sulla base delle evidenze scientifiche disponibili;
- fornire alle autorità nazionali uno strumento in grado di pianificare interventi di sanità pubblica.

Con il progressivo spostamento dei processi decisionali della sanità pubblica in senso più federale, diverse Regioni, a partire dalle informazioni contenute nel rapporto annuale dell'OsMed, hanno attivato un sistema di monitoraggio delle prescrizioni su base locale, con l'obiettivo di:

- adottare le misure necessarie per il contenimento della spesa farmaceutica all'interno delle diverse ASL;
- promuovere programmi per una maggiore appropriatezza della prescrizione.

Tali Regioni si avvalgono, per tali analisi, dei dati dal progetto SFERA, che fornisce, tuttavia, solo proiezioni su base locale (ASL) del consumo e della spesa farmaceutica.

4.2 Obiettivo.

- Creazione di un Sistema Regionale di monitoraggio dei dati di prescrizione farmaceutica territoriale provenienti dalle 13 AASSLL del territorio Campania.
- Produzione di strumenti di supporto per le ASL per sviluppare programmi di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

4.3 1° FASE (Acquisizione e validazione dei flussi informativi).

4.3.1 Definizione dell'oggetto di rilevazione.

Flusso del SSN (ASL): Vengono acquisite tutte le informazioni relative alle prescrizioni farmaceutiche provenienti dalle Aziende Sanitarie di competenza. I requisiti minimi definiti per la rilevazione dei dati

farmaceutici prevede la registrazione delle seguenti informazioni (descritte in dettaglio in **Allegato I**):

- individuazione dell'utente e delle relative informazioni riguardanti sesso, data di nascita, soggetto prescrittore, cittadinanza, residenza e azienda USL di iscrizione;
- individuazione del soggetto prescrittore;
- individuazione della struttura erogatrice;
- tipologia della prestazione erogata;
- regime di erogazione.

Per quanto riguarda le prestazioni farmaceutiche (SPF) sono oggetto di rilevazione tutti i prodotti erogati dalle farmacie, sia private che pubbliche, che dispensano ai residenti della Regione Campania, su presentazione di ricetta medica, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, dispositivi medici, presidi medico-chirurgici, ed altri prodotti sanitari, nei limiti delle prestazioni erogabili dal SSN nell'anno 2005. Sono pertanto esclusi dal flusso i dati relativi ai farmaci di *classe C*, nonché i farmaci di *classe A acquistati direttamente dai cittadini*.

4.3.2. Organizzazione del flusso.

L'Azienda trasmette i dati al Settore Farmaceutico della Regione Campania che con la cadenza, le modalità e i tracciati previsti, invia al C.I.R.F. con cadenza trimestrale tutte le informazioni relative alle prestazioni farmaceutiche, con l'obiettivo di ottenere i seguenti servizi:

- analisi sulla qualità del flusso stesso, da trasmettere ai servizi farmaceutici delle ASL;
- analisi sui profili di utilizzazione e consumo secondo modelli di indicatori grezzi e complessi di qualità della cura.

4.3.2.1. Analisi di qualità

L'indagine sulla validità interna delle informazioni contenute nelle SPF viene condotta attraverso due procedure principali:

- analisi di coerenza intra-variabile;
- analisi di coerenza extra-variabile.

L'analisi di coerenza intra-variabile verifica la corretta compilazione dei campi in base allo schema di struttura dei tracciati record, come da **Allegato I**, in base al formato del campo, lunghezza e schema di codifica. Ad esempio, il codice dei farmaci presenti deve registrato in formato alfanumerico con lunghezza di 10 caratteri, mentre il sesso dell'utente deve avere una lunghezza di un carattere con due possibili valori ammessi (1 = M; 2 = F).

Naturalmente, oltre alla correttezza dell'informazione sarà necessario verificare la completezza, ovvero la percentuale di dati *missing* presenti nel flusso.(Allegato II).

L'analisi di coerenza extra-variabile verifica la correttezza dell'informazione contenuta nei flussi, attraverso un confronto del codice fiscale dell'utente o dell'erogatore della prestazione. E' evidente che l'assenza di una corrispondenza di codice tra SPF ed anagrafe indicherà la registrazione di un codice errato nell'SPF.

E' essenziale, per condurre un'analisi di verifica della correttezza dell'informazione, la disponibilità di archivi di supporto, indicando il **minimum data set** necessario per: (1) effettuare un record linkage (attraverso il codice fiscale dell'assistito) con l'SPF per recupero del sesso e dell'età del paziente e per la verifica del codice fiscale; (2) per avere le informazioni demografiche della popolazione della Regione Campania, con l'obiettivo di produrre stime di consumo e spesa standardizzate per sesso ed età. Tali archivi di supporto sono:

- un archivio dell'anagrafe degli assistibili della regione Campania aggiornato;
- un archivio dei Medici convenzionati con il SSR.

In **Allegato III** sono contenute tutte le informazioni relative agli archivi dell'*Anagrafe* e dei *Medici convenzionati* che possono essere utili per condurre l'analisi di coerenza extra-variabile.

4.4 2° FASE (Preparazione del report di consumo, durata e spesa).

4.4.1. Analisi sul consumo e sulla spesa

Diverse Regioni hanno adottato attraverso il progetto SFERA un sistema di monitoraggio delle prescrizioni su base locale. Tale sistema consente di monitorare le prescrizioni all'interno delle singole ASL e promuovere programmi per il miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione. Tuttavia, le informazioni contenute nel progetto SFERA descrivono una variabilità geografica e temporale nell'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica, ma non consentono di trarre alcuna indicazione sulla qualità della cura del paziente, né di tipizzare lo stesso da un punto di vista demografico e clinico. L'acquisizione dei dati farmaceutici e dei dati anagrafici come da **Allegato I e III** può consentire, in primo luogo, di ottenere un dato reale di consumo e di spesa farmaceutica e di svolgere analisi più approfondite sulle caratteristiche dei soggetti che usano i farmaci e sulle modalità di trattamento degli stessi.

4.4.1.1. Indicatori di consumo

DDD/1000 abitanti/ die

Nell'analisi sul consumo si fa riferimento alla Dose Definita Die (DDD), una unità di misura internazionalmente riconosciuta che rappresenta, per ciascun principio attivo, la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, per l'indicazione terapeutica principale. Il numero di DDD

prescritte viene rapportato a 1000 abitanti per ciascun giorno del periodo temporale preso in esame e consente di confrontare i pattern di utilizzazione tra diverse aree geografiche e/o distretti sanitari differenti.

La formula per il calcolo delle DDD/1000/die è la seguente:

S = totale delle confezioni prescritte per ogni ricetta;

Q = quantità di principio attivo presente in ogni confezione;

DDD = dato ministeriale di Dosi Definite Die;

P = totale della popolazione oggetto dell'osservazione.

Si ha:

Totale DDD consumate = $(S*Q)/DDD$

DDD/1000 abitanti/die = $\text{Totale DDD consumate}/((P*365)/1000)$

Prevalenza d'uso (x 1000 abitanti)

La prevalenza d'uso individua la percentuale di pazienti che in un dato periodo di osservazione ha ricevuto una prescrizione di un determinato farmaco, indipendentemente dalla quantità consumata durante l'anno. Il dato di prevalenza d'uso è particolarmente rilevante in età pediatrica, in quanto le DDD non prendono in considerazione i dosaggi pediatrici, con conseguente sottostima dell'esposizione ai farmaci in questa fascia d'età.

La formula per il calcolo della prevalenza d'uso (x 1000 abitanti) è la seguente:

S = totale utilizzatori di un determinato farmaco (stratificato per età);

P = totale della popolazione oggetto dell'osservazione (stratificato per età);

Si ha:

Prevalenza d'uso (x 1000) = $(S/P)*1000$

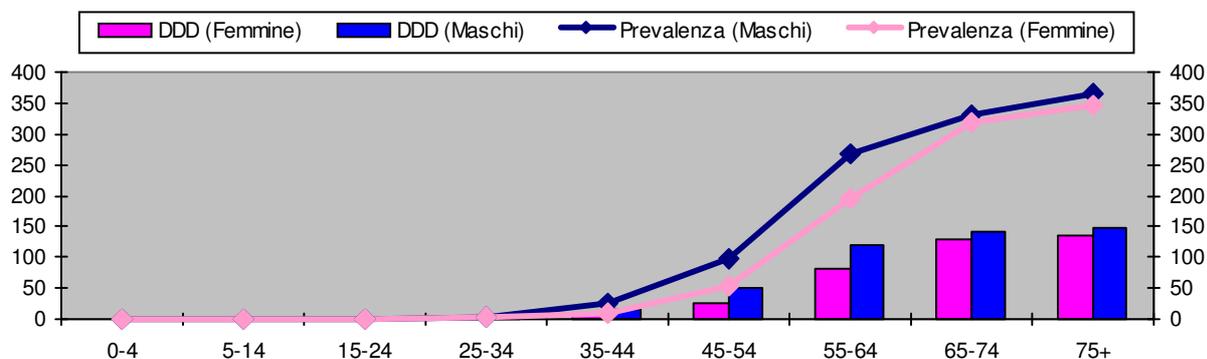
Disponendo del minimum data set in **Allegato II** sarà possibile stratificare il dato di consumo per età e sesso dei pazienti. Il vantaggio di tale informazione appare piuttosto evidente in quanto sarà possibile identificare le fasce demografiche di popolazione a maggiore impatto sulla prescrizione, nonché cominciare ad identificare indicatori di appropriatezza della prescrizione più efficaci. Ad esempio, l'uso di tetracicline in tra 0-12 anni o l'uso di antidepressivi in età pediatrica.

Disponendo di tale informazione è già possibile trarre alcune importanti indicazioni:

1. L'uso di ipolipemizzanti si concentra in particolare nella fascia di età >55 anni;
2. L'analisi di confronto tra consumo (DDD/1000 abitanti/ die) e prevalenza d'uso (x 1000 abitanti) indica probabilmente un uso sporadico di tali farmaci, che come è noto non porta a benefici sostanziali nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari.

3. Per avere informazioni più accurate sulla durata di terapia è necessario disporre di ulteriori indicatori.

Tabella 1: DDD/1000 abitanti/die e prevalenza d'uso di ipolipidemizzanti negli ultimi tre mesi del 2004 in cinque ASL Campane.



4.4.1.2. Indicatori di durata

Gli indicatori di durata sono già utilizzati in altri sistemi regionali per condurre politiche atte al miglioramento della qualità della cura e per la riduzione dei costi farmaceutici in particolare nei pazienti che a fronte di un trattamento cronico, vengono sottoposti a terapie discontinue senza benefici terapeutici e con costi alti per il sistema sanitario.

Tra questi quelli più utili per raggiungere i due obiettivi sopra menzionati sono:

- **Rapporto DDD/utilizzatore**, indica il numero di DDD utilizzato da un soggetto in un determinato arco temporale per un farmaco specifico. E' evidente in questo caso che sarà possibile attraverso tale informazione attuare politiche di miglioramento della qualità della cura attraverso incentivi a trattare più cronicamente soggetti con un rapporto DDD/Ut. basso.
- **La percentuale di utilizzatori con una sola prescrizione** in un dato periodo, per una specifica categoria terapeutica che generalmente dovrebbe essere utilizzata cronicamente. E' evidente che tale informazione rende possibile attuare politiche di contenimento della spesa qualora tali soggetti non necessitano di un trattamento acuto, o politiche di miglioramento della qualità della cura qualora invece tale trattamento dovrebbe essere effettuato cronicamente.

4.4. 1.3. Indicatori di spesa

Il costo totale per assistito, il costo totale per utilizzatore ed il costo per 1000 assistibili all'interno delle diverse categorie terapeutiche, rappresentano i più comuni ed importanti indicatori di spesa valutabili a livello complessivo e di ASL. Tali analisi verranno stratificate per sesso ed età e standardizzate al fine di rendere possibile effettuare confronti tra ASL e/o tra distretti che tenga conto della differente

distribuzione demografica della popolazione.

Il consumo pro-capite verrà riferito sia agli assistibili che alla popolazione di utilizzatori.

Sarà inoltre possibile creare indicatori di qualità della prescrizione, in funzione dell'obiettivo di razionalizzare la spesa farmaceutica. Ad esempio potranno essere verificati i dati relativi alla quota di prescrizione che riguarda i farmaci generici, sia in assoluto, sia in relazione alle differenti categorie terapeutiche principali. Inoltre, per quanto concerne le terapie croniche, sarà possibile calcolare la quota spesa in soggetti persistenti al trattamento rispetto alla spesa per soggetti utilizzatori sporadici del trattamento.

A tali indicatori di natura statica, possono essere affiancati indicatori atti a descrivere ed analizzare le dinamiche prescrittive. In senso specifico, sarà possibile analizzare le variazioni periodali, ad esempio mensili ed annuali, relative agli indicatori descritti sopra.

Tutti gli indicatori descritti, inoltre, potranno essere valutati a livello delle singole categorie terapeutiche principali, ove applicabile.

3° FASE (Programmi di *medical audit* con le ASL ed individuazione di indicatori complessi di qualità)

Sebbene i risultati di programmi di medical audit e feedback sono piuttosto variabili sia in base al setting dove vengono implementati che in base al tipo di argomento trattato, diverse evidenze scientifiche internazionali hanno dimostrato che il diretto coinvolgimento dei medici prescrittori nella creazione di indicatori di performance e nella produzione di linee guida, possono portare ad un effettivo cambiamento del comportamento dei prescrittori ed a benefici sui pazienti.[14-15]

In particolare è possibile creare dei report su base quadrimestrale contenenti:

- la descrizione degli indicatori classici di consumo, spesa e modalità di trattamento
- la descrizione di alcuni indicatori complessi condivisi con ASL e medici prescrittori, come in **Allegato IV**
- un riassunto delle linee guida o delle evidenze scientifiche attinenti ad uno specifico indicatore

Inoltre, l'acquisizione dei dati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) può consentire di identificare oltre alle caratteristiche demografiche anche le patologie di riferimento, con conseguente possibile sviluppo di indicatori complessi di qualità della cura (Allegato IV).

ALLEGATO I (Minimum Data Set SPF)

Campo*	Nome	Descrizione	Formato	Posizione*	Lunghezza	Note	Errore*
1	Regione	Codice ISTAT Regione	Numerico	1-3	3	Valore ammesso: 150 corrispondente alla	

						Campania	
2	ASL	Codice ISTAT ASL	Numerico	4-6	3	Valore ammesso: 101-113 corrispondenti alle ASL della campania	
3	IDmed	Codice regionale medico	Numerico	7-12	6	Valore ammesso: 6	
4	CF	Codice fiscale assistito	Stringa	13-28	16	Valore ammesso: 16 cifre	
5	Codrir	Codice della ricetta	Stringa	29-44	16	Valore ammesso: 16 cifre	
6	Tiporice	Tipologia della ricetta	Stringa	45-46	2	Valore ammesso: Non compilati: SSN SASN Italiani =NA (ambulatorio)/ND (domicilio)	
7	Suggeri	Tipo di prestazione	Stringa	47-47	1	Valore ammesso: 1 Specialista= S Ricovero=H Integrativa=Non compilato	
8	Datapres	Data di prescrizione della ricetta	Numerico	48-55	8	Valore ammesso: 8 ggmmaaaa	
9	Datasped	Data di spedizione della ricetta	Numerico	56-63	8	Valore ammesso: 8 ggmmaaaa	
10	Codfarm1	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	64-73	10	Valore ammesso: 10	
11	Codfarm2	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	74-83	10	Valore ammesso: 10	
12	Codfarm3	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	84-93	10	Valore ammesso: 10	
13	Codfarm4	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	94-103	10	Valore ammesso: 10	
14	Codfarm5	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	104-113	10	Valore ammesso: 10	
15	Codfarm6	Codice dei farmaci presenti in vigore	Numerico	114-123	10	Valore ammesso: 10	
16	Pezzi	Numero totale pezzi prescritti	Numerico	124-124	1	Valore ammesso: 1-6	
17	Esenzione	Tipo di esenzione	Stringa/	125-130	6	Valori ammessi: 1-6	

			Numerico				
18	Lordo	Costo lordo della ricetta	Numerico	131-139	9	Valori ammessi: 1-9 in centesimi di euro	
19	Ticket	Differenza costo rispetto al generico	Numerico	140-148	9	Valori ammessi: 1-9 in centesimi di euro	
20	Netto	Costo netto della ricetta	Numerico	149-157	9	Valori ammessi: 1-9 in centesimi di euro	
21	Galenici	Costo lordo del galenico	Numerico	158-166	9	Valori ammessi: 1-9 in centesimi di euro	
22	AIFA1	Nota AIFA1	Stringa	167-169	3	Valori ammessi: max 3 cifre	
23	AIFA2	Nota AIFA2	Stringa	170-172	3	Valori ammessi: max 3 cifre	

ALLEGATO II (Modello di report x analisi di qualità)

ANALISI DI QUALITA' DEL FLUSSO FARMACEUTICO

REPORT PRELIMINARE

ASL:

N° Codici Fiscali validi: (SPF)/(Anagrafe)

Codici fiscali (% missing):

Codici fiscali (% incorretti attraverso linkage con anagrafe):

Età (% missing):

Età (% incorretti attraverso linkage con anagrafe):

Sesso (% missing):

CODIFA (% missing):

CODIFA (% incorretti attraverso linkage con banca farmadati):

LORDO RICETTA (% incorretti attraverso linkage con banca farmadati):

TIPO MEDICO (% missing):

TIPO MEDICO(% incorretti attraverso linkage con anagrafe):

DISTRETTO MEDICO (% missing):

DISTRETTO MEDICO(% incorretti attraverso linkage con anagrafe):

ALLEGATO III (Minimum Data Set anagrafe)

ANAGRAFE ASSISTITI §			
Campo	Descrizione Campo	Posizione	Lunghezza
1	Codice regione	1-3	3
2	Codice ASL che eroga l'assistenza	4-6	3
3	Codice Fiscale	7-22	16
4	Sesso	23-23	1
5	Data nascita (ggmm/aaa)	24-31	8
6	Comune o Stato estero di nascita	32-76	45
7	Comune residenza	77-121	45
8	Codice fiscale medico assegnato	122-137	16
9	Codice regionale medico assegnato	138-147	10
10	Data associazione medico (ggmmaaaa)	148-155	8
11	Data dissociazione medico (ggmmaaaa)	156-163	8

ANAGRAFE MEDICI			
Campo	Descrizione Campo	Posizione	Lunghezza
1	Codice regione	1-3	3
2	Codice ASL	4-6	3
3	Codice Fiscale	7-22	16
4	Sesso	23-23	1
5	Data nascita (ggmmaaa)	24-31	8
6	Codice regionale medico	32-41	10
7	Distretto medico	42-44	3
8	Tipologia medico	45-45	1

§ disciplinare tecnico comma 9 art. 50 legge 37/03, convertito in legge 269/03

4.5 Metodi.

A partire dal 2005 è stato generato un *database* attraverso l'acquisizione dei dati provenienti dalle ricette, spedite a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dalle farmacie territoriali alle AA.SS.LL e inviate al CIRFF tramite il Settore Farmaceutico Regionale. Tale archivio è stato generato sulla base di un tracciato record concordato con la Regione contenente le seguenti informazioni: codice sanitario individuale del paziente, codice del medico prescrittore, codice AIC del farmaco acquistato, numero delle confezioni prescritte e data di spedizione e compilazione della prescrizione. Attraverso il *linkage* con la banca dati del farmaco e delle DDD, fornite rispettivamente da Farmadati e DURG-Italia, il database è stato arricchito con la denominazione e codice ATC del farmaco, numero delle unità per confezione e relativo dosaggio, numero di DDD per confezione.

Nel presente Rapporto sono stati analizzati i dati di prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata relativi a 9/13 AA.SS.LL campane (circa il 76% dell'intera regione). Per incompletezza di informazioni non è stato possibile analizzare i dati relativi a tutte le 13 AA.SS.LL. I dati presentati provengono dalla lettura mensile delle ricette spedite in farmacia relative all'anno 2007. Per il confronto con l'anno precedente è stata utilizzata la banca dati CIRFF relativa alle AA.SS.LL in esame. Sono oggetto di rilevazione tutti i farmaci erogati dalle farmacie, sia private che pubbliche, che dispensano ai residenti della Regione Campania, su presentazione di ricetta medica, nei limiti delle prestazioni erogabili dal SSN. Sono pertanto esclusi dal flusso i dati relativi ai farmaci di *classe C*, nonché i farmaci di *classe A acquistati direttamente dai cittadini* e i farmaci erogati direttamente dalle strutture sanitarie.

I dati relativi al consumo farmaceutico regionale e allo storico 2002-2007 sono stati forniti da *IMS Health*.

4.6 Controllo di qualità.

Per verificarne l'affidabilità, i dati acquisiti da ciascuna ASL sono stati, poi, validati attraverso l'applicazione di diverse procedure di controllo:

- a) controllo formale del tracciato (verifica del formato, lunghezza e schema di codifica dei campi);
- b) controllo del codice del farmaco e dell'importo lordo (incrocio tra la banca dati delle prescrizioni generata e la banca dati dei farmaci fornita da Farmadati);
- c) controllo formale del codice fiscale ;
- d) scarti dei record inconsistenti (a fronte delle verifiche precedenti);
- e) inserimento dei campi calcolati (es. importo lordo corretto, DDD);

- f) arricchimento dei record con attributi che identificano la bontà del singolo campo cui si riferiscono;
- g) eliminazione dei record duplicati.

In una quota di ricette il codice fiscale dell'assistibile e/o il codice del farmaco è assente o non coerente e pertanto sono state escluse dall'analisi. In Tabella 1 è riportata per ciascuna ASL la quota di ricette validate, secondo le procedure di controllo sopraindicate, e utilizzate nelle analisi. Nel 2007 la qualità dei dati pervenuti è in generale migliorata per le AA.SS.LL in esame. In particolare per l'ASL Napoli 3 si assiste ad un netto incremento della quota di ricette valide rispetto l'anno precedente (91,3% vs 85,3%); tale differenza qualitativa non ha consentito, solo per questa ASL, di poter effettuare confronti 2007/2006.

Tabella 1. Controllo di qualità dei dati

ASL	N ricette (A)	Linkage database Codice del farmaco	Linkage database Codice Fiscale	Linkage database Codice Fiscale e Codice farmaco (B)	% B/A*
Avellino 2	2.634.383	2.631.141	2.621.151	2.617.933	99,4
Caserta 1	3.499.767	3.490.710	3.387.444	3.386.369	96,8
Caserta 2	4.534.085	4.534.085	4.418.655	4.418.655	97,5
Napoli 1	10.468.692	10.393.112	10.416.929	10.341.777	98,8
Napoli 2	4.402.233	4.402.233	4.381.431	4.381.431	99,5
Napoli 3	3.800.404	3.800.383	3.471.068	3.471.049	91,3
Napoli 5	5.785.394	5.750.884	5.653.579	5.620.146	97,1
Salerno 2	4.517.791	4.517.791	4.484.847	4.484.847	99,3
Salerno 3	2.518.931	2.518.931	2.509.964	2.509.964	99,6

* Percentuale di ricette utilizzate nelle analisi

4.7 Dati demografici.

I dati demografici, utilizzati per i denominatori di spesa e consumo, provengono dal sito internet dell'ISTAT. I valori utilizzati, aggiornati al 1° gennaio 2007, sono stati normalizzati (*popolazione aggiustata*) in proporzione alla quota di ricette validate per ciascuna ASL, riportate in Tabella 1. Per l'analisi della variabilità prescrittiva tra le varie AA.SS.LL, la popolazione assistibile normalizzata è stata pesata al fine di minimizzare differenze presenti in termini di distribuzione per età e sesso (*popolazione aggiustata pesata*). A tale scopo è stato utilizzato il sistema di pesi predisposto dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (Tabella 2).

In Tabella 3 è riportata la popolazione residente, aggiustata e aggiustata pesata relativa alle 9 AA.SS.LL. in esame.

Tabella 2.

Fasce di età	0	1-4	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64	65-74	>74
Peso	1.000	0.969	0.695	0.693	0.771	2.104	4.176	4.290

Tabella 3. Popolazione residente al 1 gennaio 2007 - dati ISTAT

ASL	RESIDENTE	AGGIUSTATA [§]	AGGIUSTATA* PESATA
Avellino 2	277.153	275.490	287.226
Caserta 1	407.089	394.062	397.290
Caserta 2	484.384	472.274	447.617
Napoli 1	975.139	963.437	1.002.322
Napoli 2	540.637	537.934	480.542
Napoli 3	382.128	348.883	308.660
Napoli 5	622.318	604.271	606.646
Salerno 2	458.410	455.201	480.073
Salerno 3	264.844	263.785	301.181
Campania	5.790.187	—	—

§ popolazione aggiustata in base alla % di ricette validate

* popolazione usata come denominatore

4.8 Indicatori di spesa e consumo.

Le analisi sono state condotte in termini di quantità dei farmaci prescritti, spesa lorda SSN e utilizzatori che hanno ricevuto nel periodo di osservazione considerato almeno una prescrizione.

I farmaci sono stati raggruppati in base al sistema di classificazione internazionale ATC (Anatomica Terapeutica Chimica).

I volumi di prescrizione sono stati misurati in termini di DDD (*Defined Daily Dose* o dose definita giornaliera), che rappresentano la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso. Si tratta dunque di una unità standard e non della dose raccomandata o assunta dal paziente.

ATC e DDD sono quelli della lista ufficiale dell'OMS del gennaio 2007, curata e distribuita da DURG-Italia.

Definizione degli indicatori

- *Spesa lorda SSN*: si intende la spesa per l'assistenza farmaceutica convezionata, calcolata utilizzando il prezzo al pubblico (IVA compresa) al netto della quota di compartecipazione del cittadino e al lordo dello sconto all'SSN praticato dalle farmacie.
- *Spesa lorda pro capite*: totale della spesa farmaceutica suddiviso per il totale di assistibili.

Rappresenta un valore grezzo, non standardizzato per età e sesso degli assistibili.

- *Spesa lorda pro capite pesata*: totale della spesa farmaceutica suddiviso per il totale di assistibili pesati. Consente di confrontare la spesa riferita a popolazioni di assistibili di diversa composizione per età e sesso.
- *DDD/1000/abitanti die*: Misura standardizzata del consumo di farmaci sul territorio, corrispondente al numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da mille abitanti. Il valore delle DDD/ 1000 abitanti die per un determinato principio attivo è ottenuto nel seguente modo:

N° totale di DDD consumate nel periodo per principio attivo

N° giorni nel periodo* (N° di abitanti / 1000)

- *Prevalenza d'uso*: individua la percentuale di pazienti che in dato periodo di osservazione ha ricevuto una prescrizione di un determinato farmaco, indipendentemente dalla quantità consumata durante l'anno.

4.9 Provvedimenti regionali.

Quadro di riferimento nazionale.

Nel 2007 la spesa farmaceutica lorda territoriale a carico dell'SSN in Italia è stata pari a 12,3 miliardi di euro (-5,4% rispetto al 2006); in Campania si è registrato un valore pari a 1,16 miliardi di euro (-4,5% rispetto al 2006). Il risultato positivo in termini di contenimento della spesa nel 2007 è dovuto alla riduzione del valore medio di ciascuna ricetta: vengono, cioè, prescritti più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Tale risultato è il frutto degli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia del Farmaco (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006) e del crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti. Ricordiamo che nel corso del 2007 è scaduta la copertura brevettale di importanti molecole, quali la simvastatina e il doxazosin. Considerando lo storico 2002-2007 relativo alla spesa farmaceutica lorda a carico dell'SSN, si osserva un andamento decrescente negli ultimi tre anni in ragione di diversi provvedimenti di contenimento della spesa farmaceutica attuati sia a livello nazionale sia regionale (Figura 1). Al contrario, in linea con il dato nazionale, anche nel 2007 in Campania rimane costante l'incremento in dosi dispensate (Figura 2). Infatti nel 2007 sono state dispensate 815 dosi ogni mille abitanti rispetto alle 801 dosi del 2006.

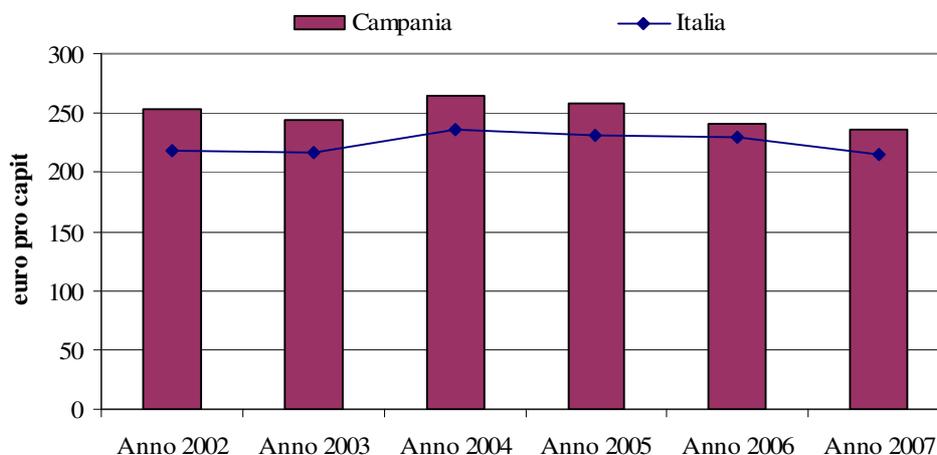


Figura 1. Andamento della spesa pro capite negli anni 2002-2007 in Italia e Campania

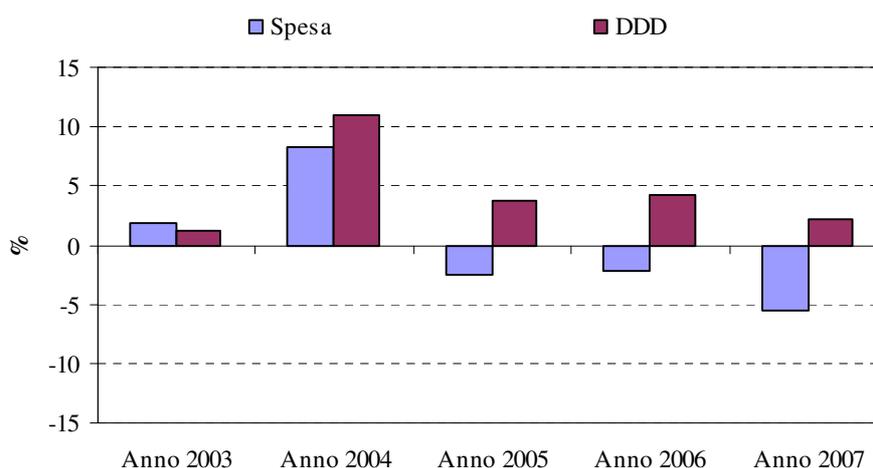


Figura 2. Variazione percentuale della spesa lorda e DDD rispetto all'anno precedente in Campania

Consumo farmaceutico in Campania nel 2007

In Tabella 4 sono riportati i principali indicatori di spesa e consumo suddivisi per ASL relativi alla prescrizione farmaceutica convenzionata. Analizzando il dato di spesa lorda *pro capite* per singola ASL, calcolata su popolazione pesata, si osserva un *range* che va da 162 euro per l'ASL Salerno³ a 229 euro per assistibile per la Napoli 1. Rispetto al 2006, per le AA.SS.LL. in esame, si è registrata una riduzione della spesa farmaceutica, con una punta del 10,2% per l'ASL Avellino 2. In termini di DDD/1000 abitanti/*die*, in generale si osserva un incremento in dosi dispensate rispetto al 2006; solo nelle AA.SS.LL. Avellino 2, Napoli 1 e Napoli 2 si osserva, invece, una lieve riduzione. In Figura 3 è

rappresentata la variabilità tra AA.SS.LL. per spesa e DDD, calcolate su popolazione pesata, come scostamento percentuale dal valore medio regionale. Come evidenziato dal grafico, le maggiori variazioni in spesa e consumo si confermano per le AA.SS.LL. Napoli1 e Napoli3, mentre per l'ASL Salerno 3 si registrano valori marcatamente inferiori alla media.

L'età si conferma il fattore predittivo principale nell'uso di farmaci. La spesa *pro capite* e il consumo farmaceutico di un assistibile ultrasessantacinquenne risulta circa 10 volte superiore rispetto a quella assorbita da un soggetto di età compresa tra 15 e 44 anni. La Figura 4 evidenzia l'andamento della spesa e dosi dispensate per età e sesso. La curva presenta un andamento crescente con l'aumentare dell'età. A parità di età, si evidenzia un maggior consumo negli uomini; solo nella fascia 15 e 44 anni, le donne consumano una maggiore quantità di farmaci rispetto agli uomini (258 vs 178 DDD/1000 abitanti/die).

Nelle Tabelle 5-22 sono riportati per singola ASL, il dato di spesa e consumo suddiviso per fascia di età e sesso. Accanto a tali valori è mostrato il rapporto tra le prevalenza d'uso maschi/femmine e l'incidenza percentuale di ciascuna fascia di età rispettivamente sul totale della spesa e DDD.

Tabella 4. Consumo farmaceutico SSN nel 2007 suddiviso per AA.SS.LL

ASL	Spesa (€)				Ricette		Confezioni		DDD/1000 ab.die	
	lorda	<i>pro capite</i>	<i>pro capite pesata</i>	Δ 07/06 %	N°	<i>pro capite pesate</i>	N°	<i>pro capite pesate</i>	N°	Δ 07/06 %
Avellino 2	55.125.058	200,1	191,9	-10,2	2.535.626	8,827983	4.331.760	15,1	745	-1,2
Caserta 1	70.036.830	177,7	176,3	-7,2	3.352.254	8,437811	5.847.214	14,7	746	3,1
Caserta 2	90.352.404	191,3	201,9	-4,6	4.377.051	9,778564	7.678.958	17,2	812	3,5
Napoli 1	229.492.969	238,2	229,0	-9,6	10.341.684	10,31773	18.006.875	18,0	888	-0,6
Napoli 2	88.849.883	165,2	184,9	-8,9	4.347.585	9,047259	7.399.967	15,4	736	-1,6
Napoli 3	66.339.732	190,1	214,9	-*	3.462.498	11,21783	5.891.385	19,1	882	-*
Napoli 5	125.026.965	206,9	206,1	-5,7	5.610.827	9,248938	10.251.271	16,9	811	3,5
Salerno 2	93.090.483	204,5	193,9	-6,7	4.358.744	9,07933	7.538.488	15,7	802	2,5
Salerno 3	48.938.003	185,5	162,5	-7,0	2.482.587	8,242831	4.279.452	14,2	726	2,3
Campania	1.160.822.305	200,5	200,5	-4,5	-	-	95.454.356	16,5	815	1,7

* Valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

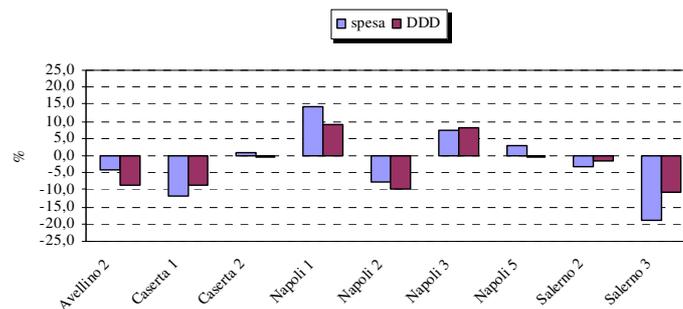


Figura 3 Scostamento delle DDD/1000 abitante/die e spesa lorda *pro capite* (calcolate su popolazione pesata) dal valore medio regionale

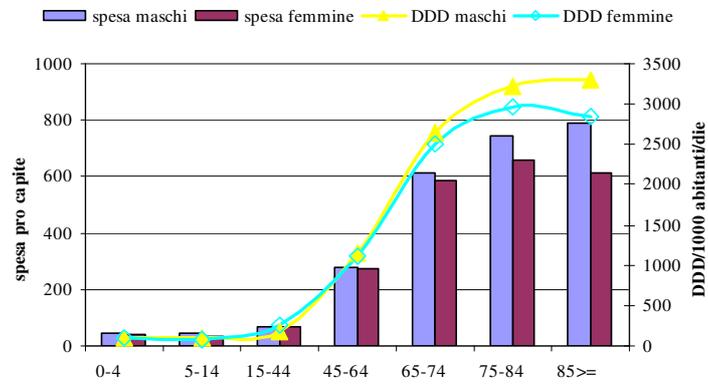


Figura 4. Andamento delle DDD/1000 abitanti/die e spesa lorda *pro capite* per sesso e fascia di età

Tabella 5. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Avellino 2.

ASL Avellino 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda pro capite (€)	% sul totale
0-4	M	2,5	340.777	49,6	0,6
	F	2,3	277.455	43,3	0,5
	TOT	4,8	618.232	46,5	1,1
5-14	M	5,4	740.823	49,8	1,3
	F	5,2	603.327	42,4	1,1
	TOT	10,6	1.344.150	46,2	2,4
15-44	M	21,9	3.954.308	65,6	7,2
	F	21,4	3.812.575	64,7	6,9
	TOT	43,3	7.766.883	65,2	14,1
45-64	M	11,9	8.609.183	261,6	15,6
	F	12,1	8.363.273	251,2	15,2
	TOT	24,0	16.972.456	256,3	30,8
65-74	M	4,1	6.467.389	567,6	11,7
	F	4,8	7.072.304	533,0	12,8
	TOT	8,9	13.539.693	549,0	24,5
75-84	M	2,5	4.975.737	709,5	9,0
	F	3,9	6.603.449	614,1	12,0
	TOT	6,4	11.579.186	651,8	21,0
≥85	M	0,6	1.165.112	725,8	2,1
	F	1,3	2.139.347	585,6	3,9
	TOT	1,9	3.304.458	628,4	6,0
Totale	M	49,0	26.253.328	194,5	47,6
	F	51,0	28.871.730	205,5	52,4
	TOT	100,0	55.125.058	200,1	100,0

Tabella 6. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Caserta 1

ASL Caserta 1					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda pro capite (€)	% sul totale
0-4	M	2,7	505.441	48,3	0,7
	F	2,6	417.435	41,5	0,6
	TOT	5,3	922.876	45,0	1,3
5-14	M	6,0	1.154.392	48,9	1,6
	F	5,8	746.538	32,9	1,1
	TOT	11,8	1.900.930	41,1	2,7
15-44	M	21,7	4.950.166	57,9	7,1
	F	21,8	4.952.894	57,7	7,1
	TOT	43,5	9.903.060	57,8	14,2
45-64	M	11,6	11.101.334	243,5	15,9
	F	12,2	11.490.540	239,9	16,4
	TOT	23,8	22.591.874	241,7	32,3
65-74	M	4,0	8.271.269	529,1	11,8
	F	4,7	9.096.709	487,4	13,0
	TOT	8,7	17.367.978	506,4	24,8
75-84	M	2,2	5.834.749	667,7	8,3
	F	3,5	7.973.309	581,7	11,4
	TOT	5,7	13.808.059	615,2	19,7
≥85	M	0,4	1.338.961	757,5	1,9
	F	1,0	2.203.092	559,5	3,1
	TOT	1,4	3.542.053	620,8	5,0
Totale	M	48,5	33.156.311	173,4	47,3
	F	51,5	36.880.518	181,9	52,7
	TOT	100,0	70.036.830	177,7	100,0

Tabella 7. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Caserta 2

ASL Caserta 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda <i>pro capite</i> (€)	% sul totale
0-4	M	3,1	683.454	46,4	0,8
	F	3,0	553.079	39,7	0,6
	TOT	6,1	1.236.533	43,1	1,4
5-14	M	6,4	1.173.577	38,9	1,3
	F	6,1	941.583	32,9	1,0
	TOT	12,5	2.115.160	36,0	2,3
15-44	M	22,6	6.997.778	65,5	7,7
	F	22,8	7.599.606	70,6	8,1
	TOT	45,4	14.597.384	68,0	15,8
45-64	M	11,1	15.086.617	287,1	16,7
	F	11,5	15.764.440	291,2	17,4
	TOT	22,6	30.851.057	289,2	34,1
65-74	M	3,5	10.201.313	623,5	11,3
	F	4,2	12.087.533	603,4	13,4
	TOT	7,7	22.288.847	612,4	24,7
75-84	M	1,8	6.374.290	749,9	7,1
	F	2,9	9.096.233	675,8	10,1
	TOT	4,7	15.470.523	704,5	17,2
≥85	M	0,3	1.451.994	926,1	1,6
	F	0,8	2.340.906	631,7	2,6
	TOT	1,1	3.792.900	719,2	4,2
Totale	M	48,9	41.969.024	181,9	46,5
	F	51,1	48.383.380	200,3	53,5
	TOT	100,0	90.352.404	191,3	100,0

Tabella 8. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Napoli 1

ASL Napoli 1					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda pro capite (€)	% sul totale
0-4	M	2,6	1.211.945	47,5	0,5
	F	2,5	997.885	40,7	0,4
	TOT	5,1	2.209.830	44,1	0,9
5-14	M	5,7	2.826.163	51,6	1,2
	F	5,5	1.928.935	36,4	0,8
	TOT	11,2	4.755.097	44,1	2,0
15-44	M	21,0	19.770.096	97,7	8,6
	F	21,2	15.213.810	74,4	6,6
	TOT	42,2	34.983.906	86,0	15,2
45-64	M	11,5	36.566.950	329,0	15,9
	F	12,8	37.437.436	303,6	16,3
	TOT	24,3	74.004.387	315,6	32,2
65-74	M	3,9	25.439.329	680,1	11,1
	F	5,1	31.414.461	645,3	13,7
	TOT	9,0	56.853.790	660,4	24,8
75-84	M	2,3	18.071.229	806,8	7,9
	F	4,0	27.176.073	703,7	11,8
	TOT	6,3	45.247.302	741,5	19,7
≥85	M	0,5	3.816.575	749,4	1,7
	F	1,3	7.622.081	624,2	3,3
	TOT	1,8	11.438.656	661,0	5,0
Totale	M	47,6	107.702.288	234,8	46,9
	F	52,4	121.790.681	241,3	53,1
	TOT	100,0	229.492.969	238,2	100,0

Tabella 9. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Napoli 2

ASL Napoli 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda pro capite (€)	% sul totale
0-4	M	3,3	691.332	39,1	0,8
	F	3,1	572.271	34,2	0,6
	TOT	6,4	1.263.602	36,7	1,4
5-14	M	6,9	1.378.657	37,3	1,6
	F	6,6	1.116.788	31,3	1,3
	TOT	13,5	2.495.446	34,3	2,9
15-44	M	22,9	6.743.439	54,8	7,6
	F	23,4	7.582.386	60,2	8,5
	TOT	46,3	14.325.826	57,5	16,1
45-64	M	11,4	15.718.585	255,7	17,7
	F	11,6	15.942.752	255,8	17,9
	TOT	23,0	31.661.337	255,7	35,6
65-74	M	3,0	10.056.029	620,5	11,3
	F	3,4	11.450.711	617,9	12,9
	TOT	6,4	21.506.740	619,1	24,2
75-84	M	1,4	5.881.010	795,3	6,6
	F	2,1	8.119.496	720,6	9,1
	TOT	3,5	14.000.506	750,2	15,7
≥85	M	0,3	1.270.872	939,9	1,4
	F	0,6	2.325.554	704,2	2,6
	TOT	0,9	3.596.426	772,7	4,0
Totale	M	49,1	41.739.924	158,0	47,0
	F	50,9	47.109.958	172,1	53,0
	TOT	100,0	88.849.883	165,2	100,0

Tabella 10. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Napoli 3

ASL Napoli 3					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda <i>pro capite</i> (€)	% sul totale
0-4	M	3,4	663.320	56,6	1,0
	F	3,2	546.373	48,9	0,8
	TOT	6,6	1.209.693	52,8	1,8
5-14	M	7,0	1.101.392	44,9	1,7
	F	6,6	923.289	40,0	1,4
	TOT	13,6	2.024.681	42,5	3,1
15-44	M	23,2	5.418.885	66,8	8,2
	F	23,6	6.249.354	76,1	9,4
	TOT	46,8	11.668.239	71,5	17,6
45-64	M	11,0	11.605.681	303,5	17,5
	F	11,4	12.447.259	314,0	18,8
	TOT	22,4	24.052.940	308,8	36,3
65-74	M	3,0	7.136.086	691,1	10,8
	F	3,5	8.374.647	678,5	12,6
	TOT	6,5	15.510.734	684,3	23,4
75-84	M	1,3	3.864.112	850,9	5,8
	F	2,1	5.618.433	761,5	8,5
	TOT	3,4	9.482.545	795,6	14,3
≥85	M	0,2	881.777	1207,3	1,3
	F	0,5	1.509.124	797,7	2,3
	TOT	0,7	2.390.901	911,8	3,6
Totale	M	49,1	30.671.252	179,2	46,2
	F	50,9	35.668.480	200,7	53,8
	TOT	100,0	66.339.732	190,1	100,0

Tabella 11. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Napoli 5

ASL Napoli 5					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda <i>pro capite</i> (€)	% sul totale
0-4	M	2,9	1.048.321	59,4	0,8
	F	2,8	849.794	51,0	0,7
	TOT	5,7	1.898.115	55,4	1,5
5-14	M	6,1	1.770.872	48,3	1,4
	F	5,9	1.439.380	40,5	1,2
	TOT	12,0	3.210.252	44,4	2,6
15-44	M	21,3	8.274.809	64,2	6,6
	F	21,6	8.815.866	67,6	7,1
	TOT	42,9	17.090.675	65,9	13,7
45-64	M	11,5	19.830.150	285,8	15,9
	F	12,4	20.665.989	275,7	16,5
	TOT	23,9	40.496.139	280,5	32,4
65-74	M	3,9	15.048.899	633,1	12,0
	F	4,7	17.067.337	603,0	13,7
	TOT	8,6	32.116.236	616,7	25,7
75-84	M	2,2	10.201.761	779,4	8,2
	F	3,3	13.641.023	685,8	10,9
	TOT	5,5	23.842.784	723,0	19,1
≥85	M	0,4	2.233.894	866,5	1,8
	F	1,1	4.138.869	649,7	3,3
	TOT	1,5	6.372.764	712,1	5,1
Totale	M	48,3	58.408.706	200,0	46,7
	F	51,7	66.618.259	213,4	53,3
	TOT	100,0	125.026.965	206,9	100,0

Tabella 12. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Salerno 2

ASL Salerno 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda <i>pro capite</i> (€)	% sul totale
0-4	M	2,4	419.537	38,6	0,5
	F	2,3	369.319	35,1	0,4
	TOT	4,7	788.855	36,9	0,9
5-14	M	5,4	919.883	37,2	1,0
	F	5,1	721.778	31,3	0,8
	TOT	10,5	1.641.662	34,4	1,8
15-44	M	21,3	5.713.460	58,8	6,1
	F	21,3	6.675.373	68,8	7,2
	TOT	42,6	12.388.833	63,8	13,3
45-64	M	12,0	14.268.006	262,1	15,3
	F	12,5	14.535.524	255,1	15,6
	TOT	24,5	28.803.530	258,5	30,9
65-74	M	4,2	11.301.179	584,2	12,1
	F	5,0	12.541.864	546,1	13,5
	TOT	9,2	23.843.043	563,5	25,6
75-84	M	2,7	8.808.543	729,7	9,5
	F	4,0	11.580.841	636,7	12,4
	TOT	6,7	20.389.385	673,8	21,9
≥85	M	0,5	1.917.643	773,1	2,1
	F	1,2	3.317.533	602,7	3,6
	TOT	1,7	5.235.176	655,6	5,7
Totale	M	48,6	43.348.251	196,1	46,6
	F	51,4	49.742.233	212,4	53,4
	TOT	100,0	93.090.483	204,5	100,0

Tabella 13. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda- ASL Salerno 3

ASL Salerno 3					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	Spesa lorda (€)	Spesa lorda <i>pro capite</i> (€)	% sul totale
0-4	M	2,1	200.448	35,7	0,4
	F	2,0	142.590	26,9	0,3
	TOT	4,1	343.038	31,4	0,7
5-14	M	5,0	436.279	32,9	0,9
	F	4,8	323.175	25,4	0,7
	TOT	9,8	759.454	29,2	1,6
15-44	M	20,0	2.738.803	52,0	5,6
	F	20,0	3.071.374	58,1	6,3
	TOT	40,0	5.810.177	55,1	11,9
45-64	M	12,1	6.984.430	219,0	14,3
	F	12,1	7.073.054	221,2	14,5
	TOT	24,2	14.057.484	220,1	28,8
65-74	M	5,1	6.181.972	461,5	12,6
	F	5,7	6.588.655	439,4	13,5
	TOT	10,8	12.770.627	449,8	26,1
75-84	M	3,6	5.492.793	571,1	11,2
	F	4,9	6.468.325	501,3	13,2
	TOT	8,5	11.961.118	531,1	24,4
≥85	M	0,8	1.219.799	562,3	2,5
	F	1,7	2.016.305	453,8	4,1
	TOT	2,5	3.236.104	489,4	6,6
Totale	M	48,8	23.254.524	180,8	47,5
	F	51,2	25.683.479	190,0	52,5
	TOT	100,0	48.938.003	185,5	100,0

Tabella 14. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Avellino 2

ASL Avellino 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,5	101,1	0,3	1,07
	F	2,3	87,1	0,3	
	T	4,8	94,4	0,6	
5-14	M	5,4	97,9	0,7	1,06
	F	5,2	82,2	0,5	
	T	10,6	90,2	1,2	
15-44	M	21,9	164,8	4,6	0,84
	F	21,4	220,7	6,1	
	T	43,3	192,4	10,7	
45-64	M	11,9	1050,5	16,2	0,93
	F	12,1	977,4	15,2	
	T	24,0	1013,8	31,4	
65-74	M	4,1	2374,0	12,6	0,99
	F	4,8	2214,3	13,7	
	T	8,9	2288,1	26,3	
75-84	M	2,5	2959,6	9,7	1,02
	F	3,9	2644,9	13,3	
	T	6,4	2769,1	23,0	
≥85	M	0,6	2982,3	2,2	1,35
	F	1,3	2614,0	4,5	
	T	1,9	2726,4	6,7	
Totale	M	49,0	735,4	46,4	0,90
	F	51,0	815,9	53,6	
	T	100,0	776,4	100,0	

Tabella 15. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Caserta 1

ASL Caserta 1					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,7	101,4	0,4	1,05
	F	2,6	88,7	0,3	
	T	5,3	95,2	0,7	
5-14	M	6,0	84,4	0,7	1,06
	F	5,8	72,8	0,6	
	T	11,8	78,7	1,3	
15-44	M	21,7	160,3	4,6	0,82
	F	21,8	215,6	6,2	
	T	43,5	188,0	10,8	
45-64	M	11,6	1052,7	16,2	0,92
	F	12,2	1029,6	16,6	
	T	23,8	1040,8	32,8	
65-74	M	4,0	2385,8	12,6	0,98
	F	4,7	2240,8	14,1	
	T	8,7	2306,9	26,7	
75-84	M	2,2	3040,2	9,0	1,00
	F	3,5	2821,8	13,1	
	T	5,7	2906,8	22,1	
≥85	M	0,4	3279,8	2,0	1,54
	F	1,0	2804,2	3,7	
	T	1,4	2951,5	5,7	
Totale	M	48,5	702,7	45,4	0,88
	F	51,5	798,4	54,6	
	T	100,0	751,9	100,0	

Tabella 16. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Caserta 2

ASL Caserta 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	3,1	95,1	0,4	1,05
	F	3,0	82,6	0,3	
	T	6,1	89,0	0,7	
5-14	M	6,4	87,5	0,7	1,04
	F	6,1	74,2	0,6	
	T	12,5	81,0	1,3	
15-44	M	22,6	186,8	5,5	0,87
	F	22,8	261,7	7,8	
	T	45,4	224,4	13,3	
45-64	M	11,1	1171,2	16,9	0,95
	F	11,5	1181,1	17,6	
	T	22,6	1176,2	34,5	
65-74	M	3,5	2688,7	12,1	1,02
	F	4,2	2627,0	14,5	
	T	7,7	2654,8	26,6	
75-84	M	1,8	3250,6	7,6	1,03
	F	2,9	3090,3	11,4	
	T	4,7	3152,4	19,0	
≥85	M	0,3	3772,9	1,6	1,73
	F	0,8	2919,1	3,0	
	T	1,1	3172,9	4,6	
Totale	M	48,9	706,8	44,9	0,85
	F	51,1	829,7	55,1	
	T	100,0	769,7	100,0	

Tabella 17. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Napoli 1

ASL Napoli 1					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,6	109,4	0,3	1,08
	F	2,5	96,9	0,3	
	T	5,1	103,3	0,6	
5-14	M	5,7	106,0	0,7	1,07
	F	5,5	88,3	0,5	
	T	11,2	97,3	1,2	
15-44	M	21,0	191,6	4,4	0,80
	F	21,2	284,3	6,5	
	T	42,2	238,2	10,9	
45-64	M	11,5	1285,5	16,1	0,94
	F	12,8	1200,4	16,6	
	T	24,3	1240,7	32,7	
65-74	M	3,9	2910,3	12,2	0,99
	F	5,1	2694,2	14,7	
	T	9,0	2788,1	26,9	
75-84	M	2,3	3456,3	8,7	1,02
	F	4,0	3063,3	13,3	
	T	6,3	3207,6	22,0	
≥85	M	0,5	3133,9	1,8	1,50
	F	1,3	2866,5	3,9	
	T	1,8	2945,2	5,7	
Totale	M	47,6	855,6	44,1	0,87
	F	52,4	986,0	55,9	
	T	100,0	923,9	100,0	

Tabella 18. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*- ASL Napoli 2

ASL Napoli 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	3,3	86,4	0,4	1,03
	F	3,1	75,2	0,4	
	T	6,4	81,0	0,8	
5-14	M	6,9	87,7	0,9	1,05
	F	6,6	73,4	0,7	
	T	13,5	80,7	1,6	
15-44	M	22,9	161,3	5,6	0,83
	F	23,4	233,3	8,3	
	T	46,3	197,7	13,9	
45-64	M	11,4	1053,2	18,3	0,92
	F	11,6	1026,5	18,1	
	T	23,0	1039,8	36,4	
65-74	M	3,0	2634,0	12,1	0,97
	F	3,4	2591,0	13,6	
	T	6,4	2611,1	25,7	
75-84	M	1,4	3344,6	7,0	0,99
	F	2,1	3189,2	10,2	
	T	3,5	3250,8	17,2	
≥85	M	0,3	3829,4	1,5	1,79
	F	0,6	3126,6	2,9	
	T	0,9	3330,7	4,4	
Totale	M	49,1	613,2	45,8	0,88
	F	50,9	699,5	54,2	
	T	100,0	657,1	100,0	

Tabella 19. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*- ASL Napoli 3

ASL Napoli 3					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	3,4	136,2	0,6	1,09
	F	3,2	118,7	0,5	
	T	6,6	127,7	1,1	
5-14	M	7,0	114,9	1,0	1,07
	F	6,6	101,8	0,9	
	T	13,6	108,5	1,9	
15-44	M	23,2	207,0	6,2	0,83
	F	23,6	325,7	9,8	
	T	46,8	266,7	16,0	
45-64	M	11,0	1.250,8	17,6	0,94
	F	11,4	1.312,2	19,1	
	T	22,4	1.282,1	36,7	
65-74	M	3,0	3.003,3	11,4	1,01
	F	3,5	2.985,8	13,5	
	T	6,5	2.993,8	24,9	
75-84	M	1,3	3.673,7	6,1	1,05
	F	2,1	3.530,7	9,6	
	T	3,4	3.585,2	15,7	
≥85	M	0,2	4602,8	1,2	2,08
	F	0,5	3644,9	2,5	
	T	0,7	3911,7	3,7	
Totale	M	49,1	701,5	44,1	0,82
	F	50,9	856,8	55,9	
	T	100,0	780,6	100,0	

Tabella 20. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Napoli 5

ASL Napoli 5					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,9	126,2	0,5	1,05
	F	2,8	108,6	0,4	
	T	5,7	117,6	0,9	
5-14	M	6,1	109,0	0,8	1,06
	F	5,9	92,8	0,7	
	T	12,0	101,0	1,5	
15-44	M	21,3	176,1	4,6	0,83
	F	21,6	258,6	6,9	
	T	42,9	217,6	11,5	
45-64	M	11,5	1.145,8	16,2	0,94
	F	12,4	1.091,2	16,6	
	T	23,9	1.117,4	32,8	
65-74	M	3,9	2.655,7	12,8	0,99
	F	4,7	2.493,5	14,3	
	T	8,6	2.567,5	27,1	
75-84	M	2,2	3.256,8	8,7	0,99
	F	3,3	2.982,6	12,1	
	T	5,5	3.091,4	20,8	
≥85	M	0,4	3.456,6	1,8	1,73
	F	1,1	2.888,8	3,7	
	T	1,5	3.052,4	5,5	
Totale	M	48,3	763,8	45,3	0,89
	F	51,7	861,5	54,7	
	T	100,0	814,3	100,0	

Tabella 21. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*- ASL Salerno 2

ASL Salerno 2					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,4	83,1	0,2	1,04
	F	2,3	73,2	0,2	
	T	4,7	78,2	0,4	
5-14	M	5,4	81,4	0,5	1,05
	F	5,1	70,9	0,4	
	T	10,5	76,3	0,9	
15-44	M	21,3	170,3	4,3	0,81
	F	21,3	250,2	6,3	
	T	42,6	210,2	10,6	
45-64	M	12,0	1.105,7	15,6	0,92
	F	12,5	1.036,7	15,3	
	T	24,5	1.070,4	30,9	
65-74	M	4,2	2.598,5	13,1	1,00
	F	5,0	2.371,3	14,1	
	T	9,2	2.475,2	27,2	
75-84	M	2,7	3.173,2	9,9	0,99
	F	4,0	2.891,4	13,7	
	T	6,7	3.003,9	23,6	
≥85	M	0,5	3.337,7	2,1	1,38
	F	1,2	2.878,8	4,1	
	T	1,7	3.021,4	6,2	
Totale	M	48,6	798,6	45,8	0,90
	F	51,4	890,9	54,2	
	T	100,0	846,1	100,0	

Tabella 22. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti *die*– ASL Salerno 3

ASL Salerno 3					
Classe di età	Sesso	Popolazione (%)	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	% sul totale	M:F
0-4	M	2,1	71,9	0,2	1,13
	F	2,0	55,2	0,1	
	T	4,1	63,8	0,3	
5-14	M	5,0	72,3	0,4	1,07
	F	4,8	57,1	0,3	
	T	9,8	64,9	0,7	
15-44	M	20,0	163,9	3,9	0,81
	F	20,0	218,7	5,3	
	T	40,0	191,4	9,2	
45-64	M	12,1	979,1	14,3	0,90
	F	12,1	968,6	14,2	
	T	24,2	973,8	28,5	
65-74	M	5,1	2.185,9	13,4	0,98
	F	5,7	2.060,1	14,1	
	T	10,8	2.119,5	27,5	
75-84	M	3,6	2.695,0	11,8	1,00
	F	4,9	2.476,9	14,6	
	T	8,5	2.570,0	26,4	
≥85	M	0,8	2.627,4	2,6	1,31
	F	1,7	2.305,8	4,7	
	T	2,5	2.411,3	7,3	
Totale	M	48,8	794,1	46,7	0,92
	F	51,2	863,0	53,3	
	T	100,0	829,4	100,0	

4.10 I consumi per categoria terapeutica.

Nel 2007, i farmaci cardiovascolari si confermano la categoria terapeutica a maggiore spesa e consumo in Campania (36,9% e 47,9% sul totale della spesa e DDD rispettivamente). Rispetto l'anno precedente per questa categoria si osserva una lieve riduzione di spesa (-0,9%) associato ad un aumento in dosi dispensate (+4,3%), invece, in aumento è la prescrizione per i farmaci gastrointestinali (+3,9%), che ritroviamo al secondo posto in termini di spesa. Si conferma il calo in spesa e prescrizione osservato nel 2006 per i farmaci antimicrobici e i farmaci per il sistema respiratorio (-12,1% e -3,4% (ATCI J); -3,9% e -4,2% (ATC1 R)). A tal proposito risulta particolarmente interessante la riduzione di prescrizione registrata per gli antimicrobici, scesi al terzo posto anche in termini di spesa, in una regione come la Campania che per questa categoria terapeutica, come emerge dai dati presentati nei rapporti annuali dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali dal 2001 al 2006, è risultata sempre al primo posto per consumo e spesa. In generale rispetto al 2006 si registra per tutte le categorie una riduzione di spesa mentre si osserva un aumento in dosi dispensate solo per i farmaci cardiovascolari, gastrointestinali, ematologici e per gli organi di senso.

In Tabella 23 è riportato in ordine decrescente di spesa il consumo regionale a carico dell'SSN disaggregato al I livello ATC. Le Tabelle 24-27, invece, mostrano il dato per categoria terapeutica suddiviso per singola ASL. Nelle suddette tabelle oltre alla spesa lorda pro capite e DDD/1000 abitanti/die sono presentate anche le relative percentuali per categoria terapeutica calcolate sul totale della prescrizione per singola ASL. Come verrà meglio evidenziata nei successivi approfondimenti per le principali classi terapeutiche, la variabilità prescrittiva tra AA.SS.LL risulta essere elevata. Per gli antimicrobici, ad esempio, si osserva ancora un'ampia variabilità che va dalle 22 DDD/1000 abitanti/die dell'ASL Salerno 3, alle 42 DDD/1000 abitanti/die dell'ASL Napoli 3.

Le Tabelle 28-37 mostrano, per l'intera regione e per singola ASL, i primi 20 gruppi terapeutici (ATC II livello) in ordine decrescente di spesa che nel complesso rappresentano quasi la totalità della prescrizione farmaceutica. E' da notare che le sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina (C09) e gli antimicrobici sistemici (J01) si collocano rispettivamente al primo e secondo posto rappresentando quasi 1/3 del totale della spesa farmaceutica sia per la Campania sia nelle singole AA.SS.LL. analizzate.

Le tabelle successive riportano, per l'intera regione e per singola ASL, i primi trenta principi attivi a maggior spesa pro capite (Tabelle 38-47). L'atorvastatina si conferma al primo posto con una spesa *pro capite* pari a 6,3 euro, stabile rispetto al 2006, mentre al secondo posto si ritrova l'amlodipina con 4,5 euro *pro capite*, seguita da esomeprazolo (4,4 euro *pro capite*) e omeprazolo (4,0 euro *pro capite*);

continua a crescere la prescrizione del lansoprazolo (+49% rispetto al 2006), molecola introdotta sul mercato dei generici a marzo del 2006.

Tabella 23. Consumo regionale SSN per categoria terapeutica (ATC I livello) in ordine decrescente di spesa.

ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa pro capite	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 ab./die	% [§]	Δ% 07/06
C	Sistema cardiovascolare	74,1	36,9	-0,9	390,1	47,9	4,3
A	Apparato gastrointestinale e metab	28,7	14,3	-2,6	96,1	11,8	3,9
J	Antimicrobici per uso sistemico	26,8	13,4	-12,1	30,7	3,8	-3,4
R	Sistema respiratorio	17,3	8,6	-3,9	56,6	6,9	-4,2
N	Sistema nervoso	15,3	7,6	-4,9	36,8	4,5	-0,3
B	Sangue ed organi emopoietici	11,0	5,5	-3,9	78,5	9,6	0,7
M	Sistema muscolo-scheletrico	7,8	3,9	-4,9	41,3	5,1	-2,2
L	Antineoplastici ed immunomodulatori	7,0	3,5	-8,5	3,6	0,4	-5,9
G	Genito-urinario ed ormoni sessuali	6,4	3,2	-13,7	32,1	3,9	-2,2
S	Organi di senso	2,6	1,3	1,9	13,1	1,6	1,8
H	Preparati ormonali sistemici	2,5	1,3	-5,9	31,5	3,9	-2,9
D	Dermatologici	0,8	0,4	-7,4	3,7	0,5	-3,6
V	Vari	0,1	0,1	-19,7	0,1	0,0	-3,1
P	Farmaci antiparassitari- insettici	0,1	0,1	-8,5	0,4	0,0	-2,3
	Totale	200,5	100,0	-4,5	814,5	100,0	1,7

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 24. Spesa lorda *pro capite* pesata per categoria terapeutica (ATC I livello) e per ASL

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	TOT
Avellino2	25,1	11,8	70,5	0,8	6,6	2,9	24,7	4,4	5,8	14,0	0,1	16,4	1,7	0,05	184,9
Caserta1	21,8	9,0	68,0	0,9	5,9	2,2	21,9	3,5	5,2	14,8	0,1	15,4	1,9	0,1	170,6
Caserta2	28,5	9,8	73,4	0,9	5,7	2,3	31,5	4,3	7,4	13,7	0,1	15,6	1,9	0,1	195,3
Napoli1	33,0	18,8	80,6	0,9	6,7	2,8	27,1	6,4	7,3	14,6	0,1	19,6	3,9	0,1	221,8
Napoli2	26,8	8,6	66,4	0,9	5,6	2,2	26,6	4,3	6,2	12,8	0,1	16,4	2,2	0,1	179,2
Napoli3	31,7	8,9	73,0	1,1	5,6	2,8	35,1	3,3	8,1	13,9	0,1	21,3	2,7	0,1	207,8
Napoli5	27,8	10,7	73,1	0,7	6,9	2,4	29,5	4,9	7,1	14,0	0,1	18,9	2,9	0,1	199,2
Salerno2	25,3	8,1	74,1	0,7	6,3	2,1	22,7	5,5	6,2	16,6	0,1	15,7	2,8	0,1	186,4
Salerno3	21,0	6,7	66,3	0,6	5,3	2,0	17,6	4,0	5,1	14,2	0,1	12,0	2,6	0,1	157,4
Campania	28,7	11,0	74,1	0,8	6,4	2,5	26,8	7,0	7,8	15,3	0,1	17,3	2,6	0,1	200,5

Tabella 25. Percentuale della spesa lorda *pro capite* per categoria terapeutica (ATC I livello) e per ASL

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	TOT
Avellino2	13,6	6,4	38,2	0,4	3,6	1,6	13,4	2,4	3,1	7,6	0,0	8,9	0,9	0,0	100,0
Caserta1	12,8	5,3	39,8	0,5	3,5	1,3	12,8	2,1	3,0	8,7	0,0	9,0	1,1	0,1	100,0
Caserta2	14,6	5,0	37,6	0,5	2,9	1,2	16,1	2,2	3,8	7,0	0,1	8,0	1,0	0,0	100,0
Napoli1	14,9	8,5	36,3	0,4	3,0	1,3	12,2	2,9	3,3	6,6	0,1	8,8	1,7	0,1	100,0
Napoli2	15,0	4,8	37,1	0,5	3,1	1,2	14,8	2,4	3,5	7,1	0,1	9,1	1,2	0,1	100,0
Napoli3	15,3	4,3	35,2	0,5	2,7	1,3	16,9	1,6	3,9	6,7	0,1	10,2	1,3	0,1	100,0
Napoli5	14,0	5,4	36,7	0,4	3,5	1,2	14,8	2,5	3,5	7,0	0,1	9,5	1,5	0,1	100,0
Salerno2	13,6	4,4	39,8	0,4	3,4	1,1	12,2	3,0	3,3	8,9	0,1	8,4	1,5	0,1	100,0
Salerno3	13,3	4,3	42,1	0,4	3,3	1,2	11,2	2,5	3,2	9,0	0,1	7,6	1,6	0,1	100,0
Campania	14,3	5,5	36,9	0,4	3,2	1,3	13,4	3,5	3,9	7,6	0,1	8,6	1,3	0,1	100,0

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 26. DDD/1000 abitanti/die pesate per categoria terapeutica (ATC I livello) e per ASL

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	TOT
Avellino2	81,9	76,6	359,3	3,2	28,5	28,3	29,0	2,7	32,9	34,2	0,3	47,5	8,0	0,0	732,3
Caserta1	78,0	74,1	369,3	3,2	28,9	27,6	25,2	2,4	29,0	38,3	0,3	48,5	9,3	0,1	734,2
Caserta2	92,8	78,6	387,0	3,8	31,4	31,5	34,8	2,7	39,7	37,3	0,4	51,4	9,4	0,1	801,0
Napoli1	99,2	82,9	429,0	4,4	33,2	32,2	29,9	3,9	45,0	36,1	0,4	61,6	18,2	0,1	876,1
Napoli2	83,5	68,3	347,4	4,6	29,1	28,7	30,0	2,7	36,3	31,4	0,5	52,9	10,1	0,1	725,6
Napoli3	100,7	83,4	387,5	5,8	34,1	38,4	42,2	2,3	48,9	37,8	0,5	73,9	13,0	0,1	868,7
Napoli5	90,2	75,7	380,1	3,1	34,2	32,6	30,6	3,0	41,4	34,8	0,4	59,0	13,6	0,1	798,8
Salerno2	83,9	78,1	396,3	2,6	31,1	29,5	27,1	3,3	33,7	40,2	0,4	46,9	14,2	0,1	787,4
Salerno3	77,4	76,3	366,4	2,0	25,0	27,1	21,6	2,5	29,2	36,7	0,4	37,8	13,1	0,1	715,6
Campania	96,1	78,5	390,1	3,7	32,1	31,5	30,7	3,6	41,3	36,8	0,4	56,6	13,1	0,1	814,5

Tabella 27. Percentuale delle DDD/1000 abitanti/die per categoria terapeutica (ATC I livello) e per ASL

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	TOT
Avellino2	11,2	10,5	49,1	0,4	3,9	3,9	4,0	0,4	4,5	4,7	0,0	6,5	1,1	0,0	100,0
Caserta1	10,6	10,1	50,3	0,4	3,9	3,8	3,4	0,3	3,9	5,2	0,0	6,6	1,3	0,0	100,0
Caserta2	11,6	9,8	48,3	0,5	3,9	3,9	4,3	0,3	5,0	4,7	0,0	6,4	1,2	0,0	100,0
Napoli1	11,3	9,5	49,0	0,5	3,8	3,7	3,4	0,4	5,1	4,1	0,0	7,0	2,1	0,0	100,0
Napoli2	11,5	9,4	47,9	0,6	4,0	4,0	4,1	0,4	5,0	4,3	0,1	7,3	1,4	0,0	100,0
Napoli3	11,6	9,6	44,6	0,7	3,9	4,4	4,9	0,3	5,6	4,3	0,1	8,5	1,5	0,0	100,0
Napoli5	11,3	9,5	47,6	0,4	4,3	4,1	3,8	0,4	5,2	4,4	0,1	7,4	1,7	0,0	100,0
Salerno2	10,6	9,9	50,3	0,3	3,9	3,7	3,4	0,4	4,3	5,1	0,1	6,0	1,8	0,0	100,0
Salerno3	10,8	10,7	51,2	0,3	3,5	3,8	3,0	0,4	4,1	5,1	0,1	5,3	1,8	0,0	100,0
Campania	11,8	9,6	47,9	0,5	3,9	3,9	3,8	0,4	5,1	4,5	0,0	6,9	1,6	0,0	100,0

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 28. I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda Campania

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	33,6	16,8	3,2	164,4	20,2	6,7
2	J	Antibatterici per uso sistemico	23,8	11,9	-11,7	29,7	3,6	-3,3
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	17,8	8,9	-3,6	60,2	7,4	10,5
4	A	Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	15,6	7,8	-7,6	36,0	4,4	7,4
5	R	Antiasmatici	15,4	7,7	-3,3	44,0	5,4	-5,2
6	C	Calcio-antagonisti	10,0	5,0	-2,4	57,9	7,1	0,3
7	A	Antidiabetici	8,4	4,2	7,4	48,1	5,9	2,8
8	B	Antitrombotici	6,8	3,4	-2,9	62,2	7,6	4,4
9	N	Psicoanalettici	5,7	2,8	-3,7	21,0	2,6	2,5
10	M	Antinfiammatori ed antireumatici	4,7	2,4	-10,4	31,1	3,8	-7,3
11	G	Urologici	4,7	2,4	-14,0	19,2	2,4	7,0
12	N	Antiepilettici	4,7	2,3	-11,2	9,1	1,1	-7,2
13	C	Terapia cardiaca	4,6	2,3	-7,6	42,1	5,2	-4,1
14	C	Betabloccanti	4,5	2,2	4,7	34,2	4,2	5,8
15	L	Terapia endocrina	4,5	2,2	-5,0	2,7	0,3	-5,4
16	M	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	2,8	1,4	5,0	6,2	0,8	22,1
17	S	Oftalmologici	2,6	1,3	1,9	13,1	1,6	1,8
18	A	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	2,6	1,3	1,1	3,8	0,5	5,1
19	C	Antipertensivi	2,3	1,1	-20,5	8,7	1,1	0,0
20	B	Antiemorragici	2,2	1,1	0,5	0,6	0,1	-9,4
Totale			177,3	88,4	-4,1	694,1	85,2	2,8

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 29. I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Avellino 2

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro</i> <i>capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	33,1	17,2	-4,7	152,3	20,4	1,2
2	J	Antibatterici per uso sistemico	22,0	11,4	-19,5	28,0	3,8	-4,6
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	16,9	8,8	-10,4	56,9	7,6	3,1
4	R	Antiamatici	15,2	7,9	-8,2	40,3	5,4	-8,1
5	A	Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	14,0	7,3	-15,5	31,7	4,3	-0,9
6	C	Calcio-antagonisti	9,4	4,9	-7,3	54,4	7,3	-4,2
7	A	Antidiabetici	7,7	4,0	0,9	43,5	5,8	0,0
8	B	Antitrombotici	7,3	3,8	-5,7	63,8	8,6	2,0
9	N	Psicoanalettici	5,0	2,6	-11,1	18,9	2,5	-1,1
10	G	Urologici	4,9	2,6	-14,5	18,6	2,5	3,3
11	N	Antiepilettici	4,5	2,3	-18,3	8,8	1,2	-12,8
12	C	β-bloccanti	4,4	2,3	1,1	33,6	4,5	3,0
13	M	Antinfiammatori e antireumatici	4,0	2,1	-14,5	23,9	3,2	-9,1
14	C	Terapia cardiaca	3,5	1,8	-11,9	30,7	4,1	-10,7
15	L	Terapia endocrina	3,4	1,8	1,1	2,1	0,3	-5,5
16	A	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	2,1	1,1	-5,5	3,0	0,4	-1,4
17	C	Antipertensivi	2,1	1,1	-24,9	7,9	1,1	-6,7
18	B	Antiemorragici	2,0	1,1	-66,1	0,6	0,1	-19,8
19	N	Antiparkinsoniani	2,0	1,0	-7,1	2,8	0,4	0,0
20	S	Oftalmologici	1,7	0,9	-0,7	8,0	1,1	-8,0
Totale			165,0	86,0	-11,9	629,6	84,5	-1,6

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD.

Tabella 30 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Caserta 1

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro</i> <i>capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	31,0	17,6	-0,3	155,0	20,8	6,9
2	J	Antibiotici per uso sistemico	18,8	10,6	-9,4	24,2	3,2	-1,8
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	14,2	8,1	-5,5	48,5	6,5	10,7
4	R	Antiasmatici	13,9	7,9	1,1	39,2	5,3	-1,0
5	A	Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	11,4	6,5	-6,6	25,6	3,4	9,9
6	C	Bloccanti i canali del calcio	9,5	5,4	-2,9	56,1	7,5	0,7
7	A	Antidiabetici	6,7	3,8	-1,7	45,0	6,0	1,7
8	N	Psicoanalettici	6,0	3,4	-7,1	23,6	3,2	6,7
9	B	Antitrombotici	5,5	3,1	-11,4	62,8	8,4	4,5
10	G	Urologici	4,7	2,7	-11,2	18,5	2,5	6,3
11	C	Betabloccanti	4,6	2,6	2,7	35,3	4,7	4,8
12	C	Terapia cardiaca	4,4	2,5	-7,4	38,6	5,2	-7,0
13	N	Antiepilettici	4,3	2,4	-13,5	8,4	1,1	-5,3
14	M	Antinfiammatori ed antireumatici	3,5	2,0	-9,3	21,3	2,9	-5,2
15	C	Antipertensivi	3,0	1,7	-21,6	11,2	1,5	-3,9
16	L	Terapia endocrina	2,8	1,6	-44,4	1,9	0,3	-36,7
17	B	Antiemorragici	2,2	1,3	-62,7	0,6	0,1	-10,0
18	N	Antiparkinsoniani	2,1	1,2	-3,3	2,7	0,4	1,1
19	A	Antidiarroici,antinfiammatori antimicrobici intestinali e	1,9	1,1	-1,8	2,9	0,4	1,8
20	S	Oftalmologici	1,9	1,1	3,9	9,3	1,2	-1,4
Totale			152,7	86,6	-8,3	630,8	84,6	2,9

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 31 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Caserta 2

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	32,8	16,2	0,6	163,5	20,1	8,4
2	J	Antibiotici per uso sistemico	27,8	13,8	-9,4	33,7	4,1	-2,8
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	17,8	8,8	-2,3	59,4	7,3	12,1
4	A	Antiacidi, antimetorici ed antiulcera peptica	16,5	8,2	-3,8	36,1	4,4	7,1
5	R	Antiasmatici	13,7	6,8	-0,9	39,6	4,9	-5,1
6	C	Bloccanti i canali del calcio	10,2	5,0	-2,2	59,3	7,3	1,3
7	A	Antidiabetici	7,7	3,8	2,2	48,2	5,9	3,6
8	B	Antitrombotici	6,8	3,4	4,9	62,9	7,8	7,4
9	N	Psicoanalettici	5,6	2,8	-6,9	22,5	2,8	5,1
10	M	Antiinfiammatori ed antireumatici	5,0	2,5	-9,5	31,0	3,8	-4,3
11	C	Betabloccanti	5,0	2,5	3,5	37,3	4,6	6,4
12	N	Antiepilettici	4,3	2,1	-13,6	8,6	1,1	-6,9
13	G	Urologici	4,2	2,1	-12,3	16,4	2,0	6,3
14	C	Terapia cardiaca	4,0	2,0	-9,6	35,7	4,4	-8,5
15	L	Terapia endocrina	3,7	1,8	-8,4	2,3	0,3	-7,5
16	C	Antipertensivi	2,6	1,3	-22,1	9,9	1,2	-4,8
17	A	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	2,3	1,2	-2,1	3,4	0,4	2,8
18	M	Antinfiammatori ed antireumatici	2,2	1,1	-9,2	5,0	0,6	11,9
19	S	Oftalmologici	1,9	0,9	4,8	9,4	1,2	-0,9
20	R	Antistaminici per uso sistemico	1,9	0,9	-7,1	11,7	1,4	-4,4
Totale			175,9	87,1	-4,1	696,1	85,7	3,5

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa pro capite	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 ab./die	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	35,2	15,4	-1,4	177,4	20,0	5,1
2	J	Antibiotici per uso sistemico	23,7	10,4	-17,6	28,7	3,2	-7,3
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	20,0	8,7	-10,6	67,7	7,6	4,1
4	A	Antiacidi, antimetorici ed antiulcera peptica	19,5	8,5	-10,8	42,9	4,8	2,8
5	R	Antiasmatici	17,5	7,6	-7,3	48,5	5,5	-9,3
6	C	Bloccanti i canali del calcio	11,1	4,9	-6,0	65,0	7,3	-2,3
7	B	Antiemorragicil	8,9	3,9	-34,6	0,7	0,1	-13,3
8	A	Antidiabetici	8,3	3,6	-0,5	46,6	5,2	2,8
9	B	Antitrombotici	7,7	3,4	-5,4	66,8	7,5	0,3
10	C	Terapia cardiaca	5,8	2,5	-9,8	51,9	5,8	-7,8
11	L	Terapia endocrina	5,4	2,4	-7,0	3,3	0,4	-7,4
12	N	Psicoanalettici	5,2	2,3	-15,8	20,3	2,3	0,7
13	M	Antinfiammatori ed antireumatici	5,2	2,2	-14,4	37,4	4,2	-11,1
14	G	Urologici	5,1	2,2	-18,7	20,3	2,3	1,3
15	C	Betabloccanti	5,0	2,2	1,0	38,0	4,3	4,1
16	N	Antiepilettici	4,8	2,1	-12,2	9,2	1,0	-6,9
17	S	Oftalmologici	3,9	1,7	-0,9	18,2	2,0	-5,6
18	A	Antidiarroici.,antinfiammatori e antimicrobici intestinali	3,0	1,3	-3,5	4,2	0,5	-0,6
19	C	Antipertensivi	2,4	1,0	-23,2	8,5	1,0	-4,7
20	R	Antistaminici per uso sistemico	2,1	0,9	-13,9	13,0	1,5	-11,7
Totale			199,7	87,2	-10,5	768,6	86,5	-0,8

Tabella 32 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Napoli 1

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 ab./die	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	29,2	15,8	-2,7	143,0	19,4	4,0
2	J	Antibiotici per uso sistemico	23,5	12,7	-15,9	28,9	3,9	-7,9
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	17,1	9,3	-12,7	57,4	7,8	1,5
4	A	Antiacidi, antimetorici ed antiulcera peptica	15,1	8,2	-8,8	32,9	4,5	2,0
5	R	Antiasmatici	14,2	7,7	-12,6	40,0	5,4	-13,3
6	C	Bloccanti i canali del calcio	8,7	4,7	-6,6	50,5	6,9	-3,0
7	A	Antidiabetici	7,5	4,1	-2,6	42,4	5,8	2,4
8	B	Antitrombotici	6,3	3,4	-6,9	52,5	7,1	-1,0
9	C	Terapia cardiaca	4,6	2,5	-8,8	41,0	5,6	-7,6
10	N	Antiepilettici	4,6	2,5	-10,3	8,3	1,1	-4,4
11	M	Antiinfiammatori ed antireumatici	4,4	2,4	-14,4	30,0	4,1	-12,8
12	G	Urologici	4,3	2,3	-18,1	17,0	2,3	0,8
13	N	Psicoanalettici	4,2	2,3	-15,3	17,2	2,3	2,1
14	C	Betabloccanti	4,0	2,2	-1,6	32,0	4,3	0,7
15	L	Terapia endocrina	3,6	1,9	-13,0	2,3	0,3	-11,4
16	A	Antidiarroici,antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	2,4	1,3	-3,3	3,5	0,5	-0,6
17	S	Oftalmologici	2,2	1,2	-1,4	10,1	1,4	-7,0
18	R	Antistaminici per uso sistemico	2,1	1,1	-11,1	12,9	1,8	-8,9
19	C	Antipertensivi	1,8	1,0	-21,6	6,5	0,9	-3,5
20	B	Sucedanei del sangue	1,6	0,9	-8,1	0,7	0,1	-7,6
Totale			161,6	87,4	-9,8	629,0	85,5	-2,0

Tabella 33 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Napoli 2

Tabella 34 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Napoli 3

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ%* 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ%* 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	32,1	15,0	-	159,2	18,0	-
2	J	Antibiotici per uso sistemico	31,6	14,7	-	41,0	4,6	-
3	R	Antiasmatici	17,9	8,3	-	52,9	6,0	-
4	C	Sostanze ipolipemizzanti	17,8	8,3	-	59,6	6,8	-
5	A	Antiacidi, antimeteorici ed antiulcera peptica	17,1	8,0	-	38,2	4,3	-
6	C	Bloccanti i canali del calcio	9,9	4,6	-	57,0	6,5	-
7	A	Antidiabetici	9,1	4,2	-	51,3	5,8	-
8	B	Antitrombotici	6,8	3,2	-	59,8	6,8	-
9	M	Antinfiammatori ed antireumatici	6,0	2,8	-	41,5	4,7	-
10	N	Antiepilettici	5,1	2,4	-	10,1	1,1	-
11	N	Psicoanalettici	5,0	2,3	-	21,0	2,4	-
12	C	Betabloccanti	4,8	2,2	-	37,0	4,2	-
13	C	Terapia cardiaca	4,7	2,2	-	42,3	4,8	-
14	G	Urologici	3,7	1,7	-	14,5	1,6	-
15	R	Antistaminici per uso sistemico	3,4	1,6	-	21,0	2,4	-
16	A	Antidiarroici- antinfiammatori e	3,0	1,4	-	4,4	0,5	-
17	S	Oftalmologici	2,7	1,3	-	13,0	1,5	-
18	L	Terapia endocrina	2,6	1,2	-	1,9	0,2	-
19	C	Antipertensivi	2,3	1,1	-	8,5	1,0	-
20	M	Farmaci per il trattamento delle malattie per le ossa	1,8	0,9	-	4,1	0,5	-
Totale			187,5	87,2	-	738,4	83,7	-

* Valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

§ percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angotensina	32,4	15,7	6,1	155,0	19,1	11,2
2	J	Antibiotici per uso sistemico	26,1	12,6	1,6	29,5	3,6	11,2
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	18,3	8,9	-2,4	62,1	7,7	13,3
4	R	Antiasmatici	16,9	8,2	-0,3	46,5	5,7	-0,1
5	A	Antiacidi, antimetorici ed antiulcera peptica	15,2	7,4	-0,5	34,3	4,2	17,1
6	C	Bloccanti i canali del calcio	10,1	4,9	1,0	58,6	7,2	4,5
7	A	Antidiabetici	7,7	3,8	7,6	46,9	5,8	10,5
8	B	Antitrombotici	6,8	3,3	-1,8	59,1	7,3	8,6
9	G	Urologici	5,5	2,7	-10,1	22,0	2,7	9,5
10	N	Psicoanalettici	5,2	2,5	4,9	18,6	2,3	13,6
11	C	Terapia cardiaca	4,9	2,4	-3,8	44,3	5,5	-2,8
12	M	Antiinfiammatori ed antireumatici	4,9	2,4	-3,8	33,7	4,2	0,9
13	N	Antiepilettici	4,6	2,2	-8,9	9,7	1,2	-1,9
14	C	Betabloccanti	4,2	2,1	9,3	31,5	3,9	12,5
15	L	Terapia endocrina	4,1	2,0	-20,4	2,5	0,3	-15,5
16	S	Oftalmologici	2,9	1,4	7,8	13,6	1,7	1,8
17	A	Antidiarroici,antinfiammatori e antimicrobici intestinali	2,9	1,4	10,3	4,1	0,5	15,1
18	B	Sucedanei del sangue	2,3	1,1	22,0	1,1	0,1	47,8
19	R	Antistaminici per uso sistemico	2,0	1,0	-4,2	12,5	1,5	-1,3
20	M	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	2,0	1,0	-11,6	4,4	0,5	11,2
Totale			179,1	86,9	0,5	690,0	85,1	7,8

Tabella 35 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Napoli 5

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 ab./die	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angotensina	33,5	17,3	0,2	166,3	20,7	6,5
2	J	Antibiotici per uso sistemico	20,3	10,5	-14,6	26,1	3,2	-3,2
3	C	Sostanze ipolipemizzanti	17,2	8,9	-7,0	59,1	7,4	8,3
4	R	Antiasmatici	14,0	7,2	-6,6	36,4	4,5	-9,2
5	A	Antiacidi, antimeteorici ed antiulcera peptica	13,2	6,8	-14,7	29,9	3,7	2,8
6	C	Bloccanti i canali del calcio	10,8	5,6	-1,8	63,2	7,9	1,6
7	A	Antidiabetici	7,8	4,0	-2,3	45,7	5,7	3,2
8	B	Antitrombotici	6,5	3,4	-5,2	63,3	7,9	5,4
9	N	Psicoanalettici	6,3	3,2	-7,1	24,1	3,0	5,9
10	N	Antiepilettici	5,0	2,6	-11,6	9,2	1,1	-6,9
11	G	Urologici	4,6	2,4	-16,2	18,5	2,3	7,0
12	L	Terapia endocrina	4,6	2,4	-9,3	2,7	0,3	-6,7
13	C	Betabloccanti	4,3	2,2	5,2	35,8	4,5	8,3
14	C	Terapia cardiaca	4,3	2,2	-8,8	38,1	4,8	-7,4
15	M	Antiinfiammatori ed antireumatici	4,0	2,1	-13,0	25,5	3,2	-9,6
16	A	Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	2,8	1,5	0,8	4,2	0,5	5,7
17	C	Antipertensivi	2,8	1,4	-22,3	10,3	1,3	-3,2
18	S	Oftalmologici	2,8	1,4	-2,4	14,2	1,8	-4,9
19	N	Antiparkinsoniani	2,1	1,1	-9,5	2,7	0,3	-0,9
20	M	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	2,0	1,0	-14,3	4,5	0,6	3,8
Totale			168,8	87,0	-7,3	679,7	84,7	2,2

Tabella 36 . I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Salerno 2

Rango	ATC1	Gruppo Terapeutico	spesa <i>pro capite</i>	% ^s	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% ^s	Δ% 07/06
1	C	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	33,0	20,3	-0,3	169,1	23,3	6,4
2	J	Antibiotici per uso sistemico	15,7	9,6	-15,4	20,8	2,9	-3,1
3	A	Antiacidi, antimetorici ed antiulcera peptica	11,4	7,0	-15,0	27,2	3,7	7,3
4	C	Sostanze ipolipemizzanti	11,4	7,0	-10,2	38,0	5,2	3,7
5	R	Antiasmatici	10,8	6,7	-6,0	30,7	4,2	-8,7
6	C	Bloccanti i canali del calcio	9,7	6,0	-4,3	56,2	7,7	-0,8
7	A	Antidiabetici	6,5	4,0	2,8	43,4	6,0	4,6
8	B	Antitrombotici	5,8	3,6	-7,4	65,3	9,0	4,8
9	N	Psicoanalettici	5,2	3,2	-10,9	22,3	3,1	4,6
10	C	Betabloccanti	4,9	3,0	4,7	35,5	4,9	6,5
11	G	Urologici	4,2	2,6	-16,8	16,7	2,3	5,8
12	N	Antiepilettici	4,0	2,5	-13,0	8,1	1,1	-4,9
13	C	Terapia cardiaca	3,6	2,2	-9,8	32,9	4,5	-9,8
14	M	Antiinfiammatori ed antireumatici	3,4	2,1	-15,3	20,8	2,9	-11,0
15	L	Terapia endocrina	3,1	1,9	-11,6	2,0	0,3	-11,2
16	N	Antiparkinsoniani	2,6	1,6	-2,0	3,1	0,4	1,9
17	S	Oftalmologici	2,6	1,6	2,2	13,1	1,8	-1,3
18	C	Antipertensivi	2,3	1,4	-21,6	8,5	1,2	-1,3
19	A	Antidiarroici,antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	2,0	1,2	2,4	3,1	0,4	7,4
20	M	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	1,5	0,9	-24,7	3,4	0,5	-7,0
Totale			143,6	88,4	-7,7	620,3	85,4	1,8

Tabella 37. I primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda_ ASL Salerno 3

Tabella 38. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda Campania

§

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	6,3	3,2	-0,9	22,3	2,7	8,3
2	C	Amlodipina	4,5	2,2	-2,0	25,0	3,1	1,5
3	A	Esomeprazolo	4,4	2,2	1,9	7,2	0,9	10,0
4	A	Omeprazolo	4,0	2,0	-23,5	7,1	0,9	-13,4
5	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	3,9	1,9	-0,7	4,7	0,6	1,8
6	C	Valsartan e diuretici	3,2	1,6	2,0	10,9	1,3	6,7
7	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,2	1,6	-21,7	8,7	1,1	9,2
8	C	Nitroglicerina	3,1	1,5	-7,7	23,6	2,9	-4,4
9	J	Claritromicina	3,0	1,5	-8,6	3,2	0,4	-4,7
10	C	Rosuvastatina	2,7	1,3	22,2	7,4	0,9	26,9
11	C	Simvastatina	2,6	1,3	-39,6	15,7	1,9	9,4
12	C	Ramipril	2,6	1,3	9,2	30,6	3,8	18,3
13	A	Lansoprazolo	2,4	1,2	13,4	9,0	1,1	48,7
14	C	Losartan e diuretici	2,3	1,2	2,0	6,8	0,8	1,5
15	C	Irbesartan e diuretici	2,3	1,2	5,0	6,2	0,8	4,1
16	J	Ceftriaxone	2,3	1,1	0,1	0,5	0,1	5,3
17	C	Pravastatina	2,1	1,0	-14,3	4,8	0,6	-11,0
18	B	Enoxaparina	2,0	1,0	7,0	2,0	0,2	11,7
19	J	Levofloxacina	2,0	1,0	8,9	1,2	0,2	8,3
20	A	Pantoprazolo	2,0	1,0	-9,0	4,1	0,5	14,6
21	C	Doxazosin	2,0	1,0	-22,9	7,2	0,9	0,5
22	R	Beclometasone	1,9	0,9	-8,1	8,7	1,1	-4,2
23	C	Omega-3-trigliceridi	1,9	0,9	11,8	2,8	0,3	19,9
24	J	Azitromicina	1,7	0,9	-10,1	1,3	0,2	-6,4
25	C	Valsartan	1,7	0,8	3,8	8,0	1,0	7,9
26	C	Nebivololo	1,7	0,8	8,3	9,2	1,1	10,3
27	B	Fattore VIII di coagulazione	1,7	0,8	21,0	0,0	0,0	0,5
28	R	Tiotropio bromuro	1,6	0,8	17,0	2,6	0,3	22,5
29	C	Lisinopril	1,6	0,8	-15,9	11,5	1,4	-5,1
30	L	Anastrozolo	1,6	0,8	1,5	0,8	0,1	1,3
Totale			78,4	39,1	-4,7	253,5	31,1	6,1

percentuale calcolata sul totale della spesa e DDD

Tabella 39. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Avellino 2

§

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	6,2	3,2	-5,0	21,6	2,9	3,7
2	C	Amlodipina	4,2	2,2	-7,1	23,4	3,1	-3,1
3	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	3,8	2,0	-11,2	4,7	0,6	-8,2
4	A	Esomeprazolo	3,8	2,0	-9,2	6,3	0,8	-1,3
5	A	Omeprazolo	3,4	1,8	-33,0	6,1	0,8	-23,3
6	C	Valsartan e diuretici	3,3	1,7	-4,5	11,3	1,5	16,7
7	C	Losartan e diuretici	3,2	1,7	-2,3	9,4	1,3	-2,1
8	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,2	1,7	-24,1	8,3	1,1	8,9
9	J	Claritromicina	2,9	1,5	-20,9	3,1	0,4	-17,2
10	C	Rosuvastatina	2,8	1,5	16,9	7,9	1,1	22,1
11	C	Irbesartan e diuretici	2,7	1,4	-0,3	7,3	1,0	-0,7
12	A	Lansoprazolo	2,7	1,4	7,3	8,9	1,2	28,7
13	C	Simvastatina	2,5	1,3	-41,8	13,8	1,8	-3,7
14	C	Nitroglicerina	2,3	1,2	-12,1	17,9	2,4	-8,0
15	C	Pravastatina	2,2	1,1	-21,3	5,1	0,7	-17,9
16	B	Enoxaparina	2,2	1,1	-8,0	2,1	0,3	-2,8
17	J	Levofloxacina	2,0	1,0	-3,0	1,2	0,2	-2,5
18	A	Pantoprazolo	2,0	1,0	-16,1	4,0	0,5	3,3
19	C	Ramipril	2,0	1,0	1,6	22,0	3,0	9,2
20	C	Nebivololo	2,0	1,0	0,7	10,8	1,4	3,4
21	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	1,9	1,0	14,4	2,8	0,4	23,8
22	R	Beclometasone	1,8	1,0	-8,4	8,4	1,1	-4,5
23	R	Tiotropio bromuro	1,8	1,0	11,0	3,0	0,4	17,5
24	C	Enalapril e diuretici	1,8	0,9	-12,9	6,6	0,9	-9,8
25	J	Azitromicina	1,8	0,9	-15,3	1,3	0,2	-11,4
26	C	Valsartan	1,7	0,9	-4,3	8,1	1,1	0,4
27	C	Losartan	1,7	0,9	-1,0	4,8	0,6	-0,9
28	R	Formoterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	1,7	0,9	16,2	1,9	0,3	10,5
29	C	Doxazosin	1,6	0,8	-29,2	5,8	0,8	-8,0
30	G	Alfozusina	1,6	0,8	3,6	6,4	0,9	10,0
Totale			77,0	40,1	-10,2	244,4	32,8	0,6

Tabella 40. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Caserta 1

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	5,6	3,2	-2,5	19,8	2,7	7,1
2	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	3,6	2,0	0,6	4,4	0,6	3,4
3	C	Amlodipina	3,5	2,0	-2,1	19,6	2,6	2,1
4	A	Esomeprazolo	3,3	1,9	-3,1	5,4	0,7	6,0
5	C	Ramipril	3,2	1,8	8,9	35,7	4,8	19,6
6	C	Valsartan e diuretici	3,1	1,8	-2,5	10,6	1,4	22,0
7	A	Omeprazolo	3,0	1,7	-25,9	5,3	0,7	-15,9
8	C	Nitroglicerina	2,7	1,6	-6,7	20,8	2,8	-2,8
9	C	Doxazosin	2,4	1,4	-24,9	8,9	1,2	-4,3
10	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	2,4	1,4	-13,8	6,1	0,8	20,4
11	C	Rosuvastatina	2,3	1,3	34,3	6,4	0,9	42,0
12	J	Claritromicina	2,3	1,3	-7,0	2,4	0,3	-3,4
13	C	Simvastatina	2,2	1,2	-37,3	12,0	1,6	4,6
14	C	Irbesartan e diuretici	2,0	1,1	2,9	5,4	0,7	2,9
15	C	Losartan e diuretici	2,0	1,1	3,1	5,9	0,8	3,3
16	C	Nebivololo	2,0	1,1	7,7	11,0	1,5	10,5
17	B	Fattore viii di coagulazione	2,0	1,1	-64,3	0,0	0,0	-64,3
18	R	Beclometasone	2,0	1,1	-3,7	8,9	1,2	0,5
19	A	Lansoprazolo	1,9	1,1	37,7	6,2	0,8	74,2
20	J	Levofloxacina	1,9	1,1	12,1	1,1	0,1	12,4
21	N	Escitalopram	1,8	1,0	9,3	5,5	0,7	12,5
22	G	Alfozusina	1,8	1,0	8,7	7,1	1,0	15,5
23	C	Ramipril e diuretici	1,6	0,9	0,5	6,4	0,9	1,7
24	C	Lercanidipina	1,6	0,9	4,6	9,9	1,3	8,3
25	C	Pravastatina	1,6	0,9	-14,0	3,7	0,5	-10,2
26	J	Cefixima	1,5	0,9	-8,7	1,3	0,2	-4,4
27	B	Acido acetilsalicilico	1,5	0,8	4,7	50,0	6,7	5,2
28	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	1,5	0,8	5,7	2,2	0,3	14,6
29	A	Pantoprazolo	1,4	0,8	1,0	3,0	0,4	29,2
30	R	Tiotropio bromuro	1,4	0,8	21,3	2,3	0,3	28,4
Totale			69,1	39,2	-7,7	286,9	38,5	8,0

Tabella 41. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Caserta 2

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	6,7	3,3	0,5	23,9	2,9	11,0
2	A	Esomeprazolo	5,0	2,5	5,2	8,1	1,0	14,2
3	C	Amlodipina	4,3	2,1	-1,0	24,1	3,0	3,4
4	A	Omeprazolo	4,1	2,0	-17,3	7,2	0,9	-5,9
5	C	Valsartan e diuretici	4,0	2,0	-1,1	13,4	1,7	23,3
6	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	3,9	1,9	3,4	4,7	0,6	6,5
7	J	Claritromicina	3,6	1,8	-5,1	3,9	0,5	-0,9
8	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,2	1,6	-15,4	8,0	1,0	16,0
9	C	Ramipril	3,0	1,5	10,1	35,6	4,4	20,9
10	C	Rosuvastatina	2,8	1,4	27,4	7,8	1,0	34,8
11	A	Pantoprazolo	2,7	1,3	14,4	5,6	0,7	44,6
12	C	Nitroglicerina	2,6	1,3	-9,9	20,6	2,5	-5,6
13	C	Simvastatina	2,5	1,3	-40,8	13,6	1,7	-2,1
14	C	Pravastatina	2,4	1,2	8,3	5,6	0,7	13,0
15	B	Enoxaparina	2,4	1,2	25,9	2,3	0,3	32,0
16	J	Ceftriaxone	2,3	1,2	10,8	0,5	0,1	22,2
17	J	Levofloxacina	2,3	1,1	6,7	1,4	0,2	7,0
18	C	Irbesartan e diuretici	2,2	1,1	7,5	5,8	0,7	6,4
19	J	Cefixima	2,1	1,0	-9,6	1,8	0,2	-5,1
20	R	Beclometasone	2,0	1,0	-9,7	9,1	1,1	-5,4
21	C	Doxazosin	2,0	1,0	-25,4	7,3	0,9	-4,0
22	C	Nebivololo	2,0	1,0	7,3	10,8	1,3	10,1
23	C	Valsartan	1,9	1,0	7,1	9,3	1,1	12,0
24	J	Azitromicina	1,9	1,0	-6,3	1,4	0,2	-1,9
25	A	Lansoprazolo	1,9	1,0	-8,1	6,0	0,7	6,1
26	C	Lercanidipina	1,9	1,0	4,7	11,8	1,5	8,4
27	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	1,9	0,9	13,3	2,8	0,3	22,7
28	C	Olmesartan medoxomil	1,8	0,9	20,3	5,4	0,7	20,4
29	C	Losartan e diuretici	1,8	0,9	4,9	5,3	0,7	5,0
30	N	Escitalopram	1,8	0,9	17,7	5,3	0,7	20,4
Totale			83,1	41,2	-1,3	268,6	33,1	9,2

Tabella 42. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Napoli 1

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	B	Fattore VIII coagulazione	8,6	3,8	-33,1	0,0	0,0	-39,4
2	C	Atorvastatina	7,3	3,2	-4,9	25,8	2,9	4,2
3	A	Omeprazolo	6,0	2,6	-23,0	10,2	1,1	-15,4
4	C	Amlodipina	5,5	2,4	-5,1	30,6	3,4	-0,6
5	A	Esomeprazolo	4,9	2,1	-5,6	7,9	0,9	3,2
6	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	4,4	1,9	-3,3	5,4	0,6	0,2
7	C	Nitroglicerina	4,0	1,8	-9,9	31,1	3,5	-5,3
8	C	Simvastatina	3,4	1,5	-38,0	17,7	2,0	-1,5
9	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,3	1,4	-28,0	8,6	1,0	3,2
10	C	Rosuvastatina	3,0	1,3	15,1	8,4	0,9	22,3
11	C	Ramipril	2,9	1,3	7,0	34,3	3,9	17,5
12	A	Lansoprazolo	2,8	1,2	19,3	9,1	1,0	49,1
13	J	Clarithromicina	2,8	1,2	-13,5	2,9	0,3	-8,9
14	C	Valsartan e diuretici	2,7	1,2	0,6	9,0	1,0	25,0
15	C	Losartan e diuretici	2,7	1,2	0,3	7,8	0,9	0,7
16	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	2,5	1,1	5,9	3,7	0,4	15,2
17	C	Irbesartan e diuretici	2,4	1,1	2,9	6,5	0,7	3,1
18	B	Enoxaparina	2,4	1,0	7,8	2,4	0,3	13,9
19	C	Lisinopril	2,4	1,0	-17,4	16,9	1,9	-6,5
20	J	Ceftriaxone	2,3	1,0	-10,0	0,5	0,1	-2,1
21	A	Pantoprazolo	2,1	0,9	-14,7	4,4	0,5	6,3
22	C	Doxazosin	2,1	0,9	-25,0	7,3	0,8	-4,8
23	J	Levofloxacina	2,1	0,9	0,5	1,3	0,1	1,0
24	C	Pravastatina	2,1	0,9	-20,7	4,8	0,5	-17,2
25	L	Anastrozolo	2,0	0,9	4,1	1,0	0,1	4,7
26	C	Lisinopril e diuretici	2,0	0,9	-6,7	7,9	0,9	-2,0
27	C	Irbesartan	1,9	0,8	-3,0	9,0	1,0	3,4
28	R	Tiotropio bromuro	1,9	0,8	16,9	3,1	0,3	24,7
29	R	Beclometasone	1,9	0,8	-14,3	8,6	1,0	-9,7
30	J	Azitromicina	1,8	0,8	-17,0	1,4	0,2	-12,6
Totale			96,1	42,0	-11,8	287,6	32,4	2,5

Tabella 43. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Napoli 2

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	6,2	3,4	-7,4	22,0	3,0	1,8
2	A	Esomeprazolo	4,3	2,3	0,4	6,9	0,9	8,8
3	C	Amlodipina	4,3	2,3	-4,3	23,7	3,2	0,1
4	A	Omeprazolo	3,9	2,1	-25,3	6,8	0,9	-15,0
5	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,5	1,9	-27,3	8,9	1,2	3,6
6	C	Nitroglicerina	3,3	1,8	-8,1	25,3	3,4	-4,0
7	R	Salmeterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	3,3	1,8	-10,5	4,1	0,6	-6,9
8	J	Claritromicina	3,2	1,7	-13,9	3,3	0,4	-9,4
9	C	Valsartan e diuretici	3,0	1,6	-4,8	10,2	1,4	23,2
10	C	Simvastatina	2,7	1,5	-41,6	14,1	1,9	-5,7
11	C	Rosuvastatina	2,5	1,4	14,9	7,0	1,0	21,0
12	J	Ceftriaxone	2,4	1,3	-5,5	0,5	0,1	1,5
13	C	Ramipril	2,3	1,2	7,1	27,5	3,7	15,1
14	A	Lansoprazolo	2,2	1,2	8,7	6,5	0,9	19,9
15	C	Pravastatina	2,1	1,2	-22,3	5,0	0,7	-18,9
16	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	2,1	1,1	10,3	3,1	0,4	19,5
17	C	Irbesartan e diuretici	2,1	1,1	-2,1	5,8	0,8	-1,6
18	C	Losartan e diuretici	2,1	1,1	-1,5	6,0	0,8	-1,3
19	B	Enoxaparina	2,1	1,1	10,2	2,0	0,3	16,5
20	J	Levofloxacina	1,9	1,0	4,2	1,1	0,2	4,3
21	R	Beclometasone	1,8	1,0	-16,7	8,2	1,1	-12,4
22	A	Pantoprazolo	1,7	0,9	-9,9	3,4	0,5	13,2
23	J	Azitromicina	1,6	0,9	-15,2	1,2	0,2	-11,2
24	C	Valsartan	1,6	0,9	-1,5	7,9	1,1	3,4
25	C	Lisinopril	1,6	0,9	-17,3	11,4	1,6	-6,1
26	A	Rabeprazolo	1,5	0,8	9,2	3,2	0,4	21,0
27	C	Olmesartan medoxomil	1,5	0,8	6,6	4,5	0,6	6,6
28	C	Doxazosin	1,5	0,8	-25,0	5,2	0,7	-4,3
29	C	Perindopril	1,5	0,8	7,9	4,6	0,6	-10,0
30	G	Alfozusina	1,5	0,8	1,2	5,8	0,8	7,7
Totale			75,2	40,6	-9,2	245,4	33,4	1,6

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ%* 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ%* 07/06
1	C	Atorvastatina	7,0	3,3	-	24,6	2,8	-
2	A	Esomeprazolo	5,3	2,5	-	8,7	1,0	-
3	A	Omeprazolo	5,0	2,3	-	8,7	1,0	-
4	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	4,7	2,2	-	11,7	1,3	-
5	C	Amlodipina	4,5	2,1	-	24,9	2,8	-
6	J	Claritromicina	4,0	1,9	-	4,2	0,5	-
7	R	Salmeterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	3,9	1,8	-	4,8	0,5	-
8	J	Ceftriaxone	3,3	1,5	-	0,7	0,1	-
9	C	Nitroglicerina	3,3	1,5	-	24,6	2,8	-
10	C	Valsartan e diuretici	3,0	1,4	-	10,1	1,1	-
11	C	Rosuvastatina	3,0	1,4	-	8,2	0,9	-
12	J	Levofloxacina	2,6	1,2	-	1,6	0,2	-
13	R	Beclometasone	2,6	1,2	-	12,1	1,4	-
14	C	Simvastatina	2,6	1,2	-	13,8	1,6	-
15	C	Ramipril	2,6	1,2	-	31,0	3,5	-
16	C	Irbesartan e diuretici	2,4	1,1	-	6,6	0,8	-
17	C	Losartan e diuretici	2,4	1,1	-	7,0	0,8	-
18	C	Doxazosin	2,1	1,0	-	7,5	0,8	-
19	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	2,1	1,0	-	3,0	0,3	-
20	A	Lansoprazolo	2,0	0,9	-	6,5	0,7	-
21	B	Enoxaparina	1,9	0,9	-	1,8	0,2	-
22	J	Cefixima	1,8	0,8	-	1,5	0,2	-
23	C	Pravastatina	1,8	0,8	-	4,2	0,5	-
24	A	Pantoprazolo	1,8	0,8	-	3,7	0,4	-
25	J	Azitromicina	1,8	0,8	-	1,3	0,2	-
26	C	Lisinopril	1,8	0,8	-	13,0	1,5	-
27	C	Olmesartan medoxomil	1,8	0,8	-	5,1	0,6	-
28	C	Nebivololo	1,6	0,8	-	8,9	1,0	-
29	C	Lisinopril e diuretici	1,6	0,7	-	6,5	0,7	-
30	C	Valsartan	1,6	0,7	-	7,7	0,9	-
Totale			85,7	39,9	-	274,2	31,1	-

Tabella 44. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Napoli 3

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa pro capite	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 ab./die	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	7,1	3,5	7,1	24,6	3,0	17,2
2	C	Amlodipina	4,9	2,4	2,0	27,0	3,3	6,4
3	A	Omeprazolo	4,2	2,0	-17,9	7,4	0,9	-6,1
4	A	Esomeprazolo	4,1	2,0	14,9	6,7	0,8	25,2
5	R	Salmeterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	3,9	1,9	2,0	4,8	0,6	5,4
6	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,4	1,6	-8,6	8,4	1,0	27,2
7	C	Valsartan e diuretici	3,4	1,6	6,2	11,4	1,4	28,1
8	J	Claritromicina	3,3	1,6	1,8	3,4	0,4	6,8
9	C	Nitroglicerina	3,2	1,5	-4,0	24,2	3,0	0,0
10	C	Simvastatina	2,9	1,4	-37,2	15,6	1,9	3,0
11	J	Ceftriaxone	2,8	1,4	28,9	0,6	0,1	39,7
12	C	Rosuvastatina	2,7	1,3	24,7	7,3	0,9	31,6
13	A	Lansoprazolo	2,3	1,1	27,9	8,1	1,0	68,3
14	C	Irbesartan e diuretici	2,2	1,1	14,6	5,9	0,7	13,2
15	C	Pravastatina	2,2	1,1	-10,4	5,1	0,6	-6,5
16	C	Ramipril	2,1	1,0	14,0	24,6	3,0	24,5
17	B	Enoxaparina	2,1	1,0	2,4	2,0	0,3	8,5
18	C	Losartan e diuretici	2,0	1,0	6,0	6,0	0,7	6,2
19	R	Beclometasone	2,0	1,0	1,1	9,2	1,1	6,3
20	J	Azitromicina	2,0	1,0	1,5	1,5	0,2	6,3
21	J	Levofloxacina	2,0	1,0	17,1	1,2	0,1	17,4
22	G	Alfozusina	1,9	0,9	14,8	7,8	1,0	22,3
23	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	1,9	0,9	15,1	2,9	0,4	24,7
24	C	Lisinopril	1,9	0,9	-14,0	14,0	1,7	-2,4
25	C	Valsartan	1,9	0,9	6,5	9,0	1,1	11,7
26	C	Olmesartan medoxomil	1,9	0,9	29,7	5,3	0,7	28,7
27	R	Tiotropio bromuro	1,8	0,9	21,7	2,9	0,4	29,0
28	A	Pantoprazolo	1,7	0,8	-10,0	3,6	0,4	14,2
29	B	Albumina	1,7	0,8	16,4	0,1	0,0	43,2
30	C	Doxazosin	1,6	0,8	-20,8	5,9	0,7	1,7
Totale			81,2	39,4	1,9	256,4	31,6	12,3

Tabella 45. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Napoli 5

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	5,8	3,0	-1,6	20,8	2,6	8,2
2	C	Amlodipina	4,5	2,3	-2,6	24,7	3,1	1,7
3	R	Salmeterolo ed altri farm. Per disturbi ostruttivi vie resp.	3,8	2,0	-5,6	4,7	0,6	-2,2
4	A	Esomeprazolo	3,8	2,0	-9,5	6,1	0,8	-0,9
5	C	Valsartan e diuretici	3,4	1,7	1,2	11,4	1,4	23,2
6	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,0	1,6	-23,0	8,0	1,0	13,1
7	C	Rosuvastatina	2,9	1,5	19,4	8,0	1,0	25,3
8	C	Simvastatina	2,8	1,4	-35,9	15,2	1,9	4,0
9	A	Omeprazolo	2,8	1,4	-37,0	4,9	0,6	-27,4
10	C	Nitroglicerina	2,6	1,3	-9,8	20,9	2,6	-5,2
11	C	Irbesartan e diuretici	2,6	1,3	1,9	7,0	0,9	1,3
12	C	Doxazosin	2,5	1,3	-23,8	9,0	1,1	-3,5
13	J	Claritromicina	2,4	1,2	-12,9	2,5	0,3	-8,2
14	C	Pravastatina	2,3	1,2	-21,8	5,4	0,7	-18,3
15	C	Ramipril	2,3	1,2	5,1	27,5	3,4	15,1
16	A	Pantoprazolo	2,2	1,1	-11,9	4,6	0,6	12,0
17	N	Escitalopram	2,1	1,1	11,8	6,5	0,8	15,5
18	A	Lansoprazolo	2,1	1,1	25,1	6,8	0,9	66,7
19	C	Valsartan	2,1	1,1	-2,7	10,0	1,3	2,2
20	C	Lercanidipina	2,1	1,1	7,0	12,8	1,6	9,4
21	J	Ceftriaxone	2,0	1,0	-1,0	0,4	0,1	12,7
22	L	Anastrozolo	2,0	1,0	5,6	1,0	0,1	6,0
23	C	Losartan e diuretici	2,0	1,0	-1,3	5,8	0,7	-1,0
24	B	Enoxaparina	1,8	0,9	3,3	1,8	0,2	9,5
25	J	Levofloxacina	1,7	0,9	5,7	1,0	0,1	6,1
26	C	Olmesartan medoxomil	1,7	0,9	10,3	4,8	0,6	10,4
27	R	Tiotropio bromuro	1,7	0,9	7,7	2,7	0,3	14,1
28	C	Omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi	1,6	0,8	8,7	2,4	0,3	17,8
29	C	Nebivololo	1,6	0,8	9,6	8,8	1,1	12,5
30	C	Enalapril e diuretici	1,5	0,8	-1,5	5,5	0,7	1,0
Totale			75,8	39,1	-6,4	251,2	31,3	5,9

Tabella 46. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Salerno 2

Rango	ATC1	Principio attivo	spesa <i>pro capite</i>	% [§]	Δ% 07/06	DDD/1000 <i>ab./die</i>	% [§]	Δ% 07/06
1	C	Atorvastatina	4,1	2,5	-15,0	14,0	1,9	-7,1
2	C	Amlodipina	4,0	2,5	-4,0	22,2	3,1	0,2
3	C	Ramipril	3,1	1,9	6,9	35,4	4,9	16,4
4	C	Valsartan e diuretici	3,1	1,9	-0,7	10,5	1,4	21,4
5	R	Salmeterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	3,1	1,9	-3,0	3,8	0,5	0,6
6	A	Lansoprazolo	2,6	1,6	27,1	8,8	1,2	80,6
7	A	Esomeprazolo	2,5	1,6	-10,2	4,2	0,6	-0,7
8	C	Losartan e diuretici	2,3	1,4	-2,1	6,7	0,9	-1,9
9	C	Rosuvastatina	2,3	1,4	19,9	6,3	0,9	26,2
10	J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	2,3	1,4	-20,0	6,0	0,8	17,3
11	J	Claritromicina	2,2	1,4	-16,0	2,3	0,3	-11,8
12	A	Pantoprazolo	2,2	1,3	-22,5	4,5	0,6	-1,4
13	C	Doxazosin	2,1	1,3	-22,9	7,4	1,0	-1,2
14	C	Nitroglicerina	2,0	1,3	-11,0	15,8	2,2	-6,8
15	C	Nebivololo	2,0	1,3	8,5	11,1	1,5	11,4
16	A	Omeprazolo	2,0	1,2	-42,6	3,6	0,5	-34,0
17	J	Ceftriaxone	1,9	1,2	-4,0	0,4	0,1	3,9
18	C	Simvastatina	1,9	1,1	-32,9	9,7	1,3	7,6
19	C	Irbesartan e diuretici	1,8	1,1	2,4	4,8	0,7	1,3
20	C	Valsartan	1,8	1,1	-0,1	8,4	1,2	4,6
21	C	Ramipril e diuretici	1,8	1,1	1,8	6,9	1,0	2,9
22	J	Levofloxacina	1,6	1,0	4,7	1,0	0,1	5,0
23	C	Losartan	1,6	1,0	-4,1	4,5	0,6	-4,2
24	N	Paroxetina	1,6	1,0	-3,2	7,3	1,0	6,6
25	C	Olmesartan medoxomil	1,5	1,0	4,9	4,3	0,6	4,4
26	B	Acido acetilsalicilico	1,5	0,9	4,0	51,9	7,1	4,7
27	C	Enalapril e diuretici	1,5	0,9	-7,2	5,6	0,8	-5,2
28	B	Enoxaparina	1,5	0,9	15,3	1,5	0,2	21,8
29	N	Escitalopram	1,5	0,9	18,0	4,5	0,6	22,5
30	C	Irbesartan	1,4	0,9	1,1	6,5	0,9	8,7
Totale			64,9	40,0	-6,5	280,1	38,6	5,6

Tabella 47. I primi 30 principi attivi (V livello ATC) per spesa lorda _ASL Salerno 3

4.10 Analisi delle principali categorie terapeutiche.

Di seguito sono riportati gli approfondimenti per le categorie terapeutiche di maggiore interesse clinico. Per ciascuna categoria sono stati descritti i principali indicatori di prescrizione utilizzando il medesimo schema di illustrazione. La prima figura presenta la ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi relativi ai gruppi terapeutici disaggregati al secondo livello ATC, riferita alla categoria principale di appartenenza (I livello ATC). In questo modo il lettore ha la possibilità da subito di individuare i gruppi terapeutici per i quali risulta interessante un approfondimento. A partire dal Rapporto Campania 2006, è stato introdotto, inoltre, per ciascuna categoria analizzata, il trend di prescrizione 2002-2007 espresso in DDD/ 1000 abitanti die.

I principali indicatori di prescrizione per ciascun gruppo terapeutico (ATC II livello) riferiti all'anno 2006 sono riportati in tabella suddivisi per singola ASL: spesa *pro capite*, DDD 1000 abitanti/*die* e incidenza percentuale (calcolata sul totale della spesa e DDD al I livello ATC). La variabilità prescrittiva tra AA.SS.LL è rappresentata anche come grafico sottoforma di scostamento percentuale della spesa *pro capite* e DDD/1000 abitanti die dalla media regionale. L'andamento del consumo, relativo alle 9 AA.SS.LL analizzate, per categoria terapeutica è riportato infine suddiviso per fascia di età. Seguono le tabelle ove vengono riportati i dati, suddivisi per ASL, di spesa *pro capite* pesata e DDD 1000 abitanti/*die* pesate riferiti ai sottogruppi terapeutici e ai principi attivi più utilizzati (riportati in ordine di codice ATC). I risultati ottenuti hanno consentito di delineare un quadro generale sulle abitudini prescrittive evidenziandone anche eventuali differenze tra AA.SS.LL. E' chiaro che analizzando le informazioni presenti in un *database* amministrativo contenente unicamente i dati derivanti dalle ricette, si devono tener presente i limiti potenziali prima di riferirsi all'appropriatezza prescrittiva. A tal proposito va ricordata la mancanza di informazioni inerenti: la motivazione alla prescrizione, ossia l'indicazione terapeutica, la posologia e la durata del trattamento. Nonostante tali limiti l'analisi delle prescrizioni di certo consentono di fornire una base che potrebbe risultare utile per la programmazione di interventi formativi atti a migliorare la qualità dell'assistenza.

Nel 2007 i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo diventano la seconda classe per spesa e per volumi prescrittivi in Campania. Di questi si è scelto di analizzare, più dettagliatamente, le due categorie che insieme hanno rappresentato circa l'84% della spesa e l'87% del consumo per i farmaci gastrointestinali: gli antiacidi/antiulcera (A02) e gli antidiabetici (A10).

Farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (I livello ATC: A)

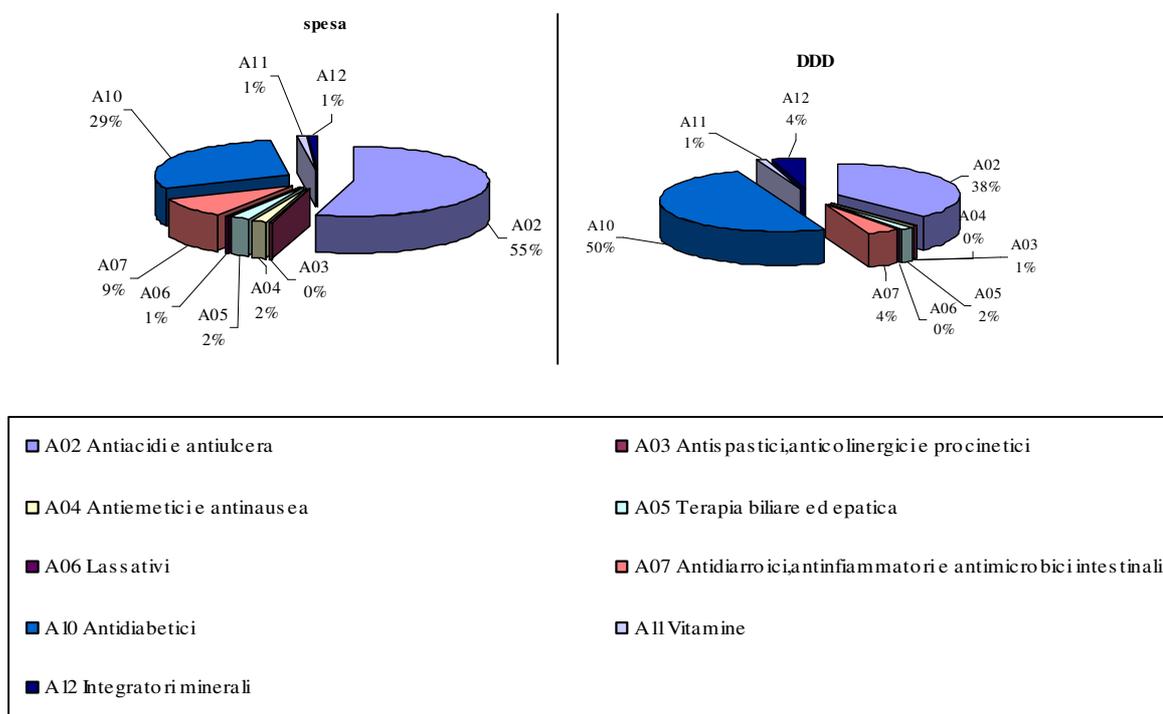


Figura 4. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrivibili (DDD) per i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo nel 2007

A02 - Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica.

Nel complesso i farmaci antiacidi e antiulcera (A02) continuano a registrare un incremento in consumo, rispetto agli anni precedenti, raggiungendo nel 2007 un valore pari a 36 DDD per 1000 abitanti die. E' evidente dal grafico, presentato in Figura 5, che il trend positivo è attribuibile quasi esclusivamente all'incremento d'uso degli inibitori della pompa protonica, la cui prescrizione dal 2002 al 2007 risulta quasi raddoppiata; mentre si continua a registrare una riduzione d'uso per gli anti-H2 (-43% $\Delta 07/02$). Nel 2007 gli inibitori della pompa protonica rappresentano circa l'83% del totale delle dosi dispensate per l'intera categoria antiacidi e antiulcera, mentre gli anti-H2 ed antiacidi il 6% e 7% rispettivamente. Stratificando il dato di consumo a livello del singolo principio attivo si osserva nell'ultimo triennio (2005-2007) una riduzione d'uso di omeprazolo (-13,5% $\Delta 07/02$) a favore di un marcato incremento dell'esomeprazolo (+217,7%), ultimo inibitore immesso in commercio, e del lansoprazolo (+413,8%), introdotto sul mercato dei farmaci generici a marzo del 2006 (Tabella 48). Il consumo di lansoprazolo, infatti, nel 2007 continua a crescere raggiungendo le 9 DDD/1000 abitanti die (+50% rispetto al 2006); questo incremento di prescrizione giustifica la riduzione di spesa osservata per l'intera categoria rispetto al 2006 (-7,6%), associato ad un incremento in dosi dispensate (+7,4%).

Le differenze di prescrizione tra AA.SS.LL, riportate in Tabella 49, vanno dalle 25,6 DDD dell'ASL Caserta1 alle 42,9 DDD per 1000 abitanti die dell'ASL Napoli 1; in tutte le AA.SS.LL analizzate si osserva un incremento di prescrizione rispetto al 2006 con l'unica eccezione dell'ASL Avellino 2 dove si registra una lieve riduzione (-0,9%). Nel complesso, nelle AA.SS.LL. in esame, l'uso dei farmaci antiacidi e antiulcera aumenta con l'avanzare dell'età e risulta essere superiore negli uomini (Figura 7).

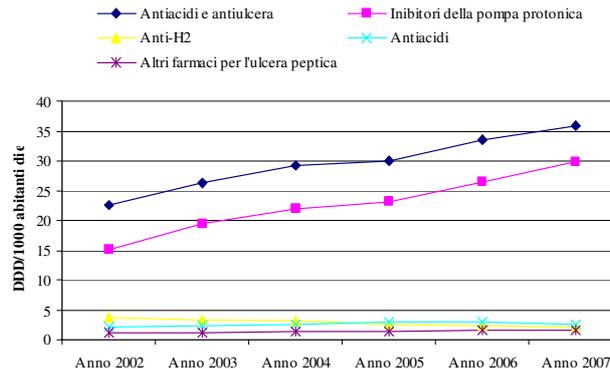


Figura 5. Consumo di antiacidi e antiulcera per categoria terapeutica (Campania 2002-2007)

Tabella 48. Consumo in DDD/1000 abitanti die di antiacidi e antiulcera per categoria terapeutica e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Inibitori della pompa protonica	15,2	19,3	22,0	23,1	26,4	29,7	95,8
Anti-H2	3,8	3,3	3,1	2,6	2,4	2,2	-42,7
Antiacidi	2,2	2,3	2,5	2,9	2,9	2,5	12,0
Altri farmaci per l'ulcera peptica	1,1	1,2	1,3	1,3	1,5	1,5	30,4
Antiacidi e antiulcera	22,6	26,3	29,2	30,0	33,5	35,9	58,5
associazioni saline comuni	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	0,9	-16,5
magaldrato	1,1	1,2	1,4	1,6	1,7	1,6	39,4
ranitidina	3,4	3,0	2,9	2,4	2,2	2,1	-39,9
omeprazolo	8,2	8,1	9,4	9,0	8,1	7,1	-13,5
pantoprazolo	1,7	2,1	2,8	3,3	3,6	4,1	139,7
lansoprazolo	1,8	2,4	3,6	3,6	6,0	9,0	413,8
rabeprazolo	1,2	1,5	1,8	1,9	2,1	2,3	84,7
esomeprazolo	2,3	5,3	4,4	5,4	6,5	7,2	217,7
sucralfato	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	-45,0
acido alginico	0,4	0,6	0,8	0,8	1,1	1,1	173,3

Tabella 49. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antiacidi e antiulcera

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	14,0	55,7	-15,5	31,7	38,7	-0,9
Caserta 1	11,4	52,5	-6,6	25,6	32,9	9,9
Caserta 2	16,5	58,0	-3,8	36,1	38,9	7,1
Napoli 1	19,5	59,1	-10,8	42,9	43,3	2,8
Napoli 2	15,1	56,4	-8,8	32,9	39,4	2,0
Napoli 3	17,1	54,0	-§	38,2	37,9	-§
Napoli 5	15,2	54,8	-0,5	34,3	38,0	17,1
Salerno 2	13,2	52,2	-14,7	29,9	35,7	2,8
Salerno 3	11,4	54,5	-15,0	27,2	35,1	7,3
CAMPANIA	15,6	54,3	-7,6	36,0	37,4	7,4

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

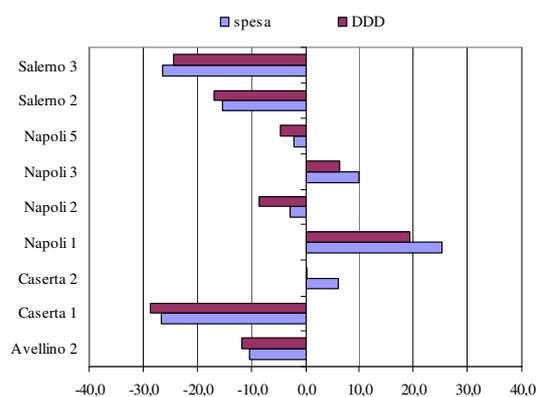


Figura 6. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di antiacidi e antiulcera per ASL

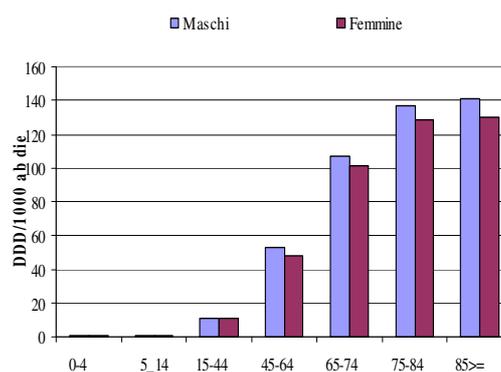


Figura 7. Andamento delle DDD/1000 ab die di antiacidi e antiulcera per classi di età e sesso

Tabella 50. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antiacidi	0,27	0,45	0,64	0,67	0,44	0,69	0,42	0,60	0,31	0,50
Anti-H2	0,59	0,27	0,63	0,80	0,69	0,93	0,57	0,43	0,30	0,58
Prostaglandin e Inibitori di pompa	0,04	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,05	0,03
Altri antiulcera	12,71	10,35	14,81	17,39	13,58	14,96	13,58	11,57	10,49	13,95
Sostanze										
associazioni saline comuni	0,09	0,16	0,21	0,17	0,12	0,23	0,12	0,12	0,11	0,15
magaldrato	0,18	0,29	0,43	0,50	0,32	0,46	0,30	0,49	0,19	0,36
ranitidina	0,57	0,26	0,61	0,74	0,65	0,86	0,52	0,40	0,28	0,54
omeprazolo	3,43	3,01	4,10	6,02	3,91	4,97	4,21	2,76	2,01	4,04
pantoprazolo	2,00	1,44	2,71	2,15	1,66	1,79	1,74	2,20	2,17	1,99
lansoprazolo	2,70	1,91	1,93	2,77	2,15	1,97	2,32	2,10	2,61	2,37
rabeprazolo	0,80	0,65	1,07	1,59	1,55	0,95	1,20	0,68	1,15	1,12
esomeprazolo	3,78	3,34	5,00	4,86	4,31	5,28	4,11	3,82	2,55	4,44
sucralfato	0,06	0,06	0,06	0,08	0,06	0,09	0,08	0,09	0,04	0,07
acido alginico	0,28	0,28	0,36	0,52	0,35	0,42	0,54	0,49	0,26	0,44

[§] Regione Campania

Tabella 51. DDD/1000 abitanti *die* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antiacidi	1,40	2,31	3,25	3,26	2,18	3,48	2,10	2,84	1,57	2,51
Anti-H2	2,29	1,00	2,38	3,05	2,60	3,51	2,04	1,61	1,16	2,17
Prostaglandin e	0,09	0,06	0,08	0,09	0,08	0,07	0,08	0,04	0,12	0,08
Inibitori di pompa	26,90	21,22	29,12	34,77	26,81	29,52	28,24	23,77	23,39	29,73
Altri antiulcera	1,04	1,04	1,26	1,77	1,19	1,64	1,82	1,68	0,92	1,48
Sostanze										
associazioni saline comuni	0,58	1,00	1,33	1,09	0,77	1,45	0,79	0,72	0,69	0,92
magaldrato	0,83	1,32	1,92	2,17	1,41	2,03	1,31	2,12	0,88	1,59
ranitidina	2,22	0,96	2,32	2,90	2,48	3,30	1,87	1,54	1,11	2,07
omeprazolo	6,06	5,26	7,19	10,17	6,84	8,72	7,41	4,91	3,57	7,09
pantoprazolo	4,04	3,03	5,64	4,36	3,40	3,70	3,60	4,56	4,49	4,13
lansoprazolo	8,87	6,16	6,01	9,08	6,45	6,49	8,11	6,84	8,80	9,01
rabeprazolo	1,63	1,34	2,19	3,26	3,17	1,95	2,47	1,37	2,35	2,29
esomeprazolo	6,29	5,43	8,09	7,89	6,94	8,67	6,65	6,08	4,18	7,21
sucralfato	0,35	0,36	0,37	0,49	0,35	0,60	0,48	0,49	0,27	0,41
acido alginico	0,69	0,68	0,89	1,28	0,85	1,03	1,34	1,19	0,64	1,07

[§] Regione Campania

A10 - Antidiabetici

Nel 2007 si conferma un incremento della prescrizione di farmaci antidiabetici rispetto al 2006 in termini sia di spesa (+7,4%) sia di consumo (+2,8%). Dal 2002 al 2007, le dosi dispensate per farmaci antidiabetici sono aumentate, raggiungendo nell'ultimo anno, le 48 DDD/1000 abitanti die (+31,4% rispetto al 2002). Tale incremento probabilmente è ascrivibile all'aumento della prevalenza del diabete noto, legato, sia all'invecchiamento della popolazione sia alla modifica dei criteri diagnostici. Come

atteso dall'epidemiologia della malattia, la prescrizione di tali farmaci aumenta con l'avanzare dell'età raggiungendo il picco nella fascia di età 65-74 anni; in particolare il consumo risulta superiore nelle donne più anziane.

Il consumo territoriale dell'insulina lispro, aspart e glargine continua ad aumentare rispetto l'anno precedente. I farmaci ipoglicemizzanti orali rimangono i più utilizzati con 35 DDD/1000 abitanti die (+24,2% rispetto al 2006); tra questi la metformina da sola o in associazione rappresenta circa il 68% della prescrizione totale relativa agli ipoglicemizzanti orali. Infatti anche se tutti gli antidiabetici orali sembrano essere ugualmente efficaci, per quanto riguarda il controllo dell'equilibrio glicemico, le linee guida consigliano come farmaco di prima scelta la metformina perché ha dimostrato una maggior efficacia nel ridurre mortalità totale e morbilità diabete-correlata [1,2]. Inoltre secondo le più recenti linee guida dell'*American Diabetes Association* e dell'*European Association for the Study of Diabetes*, la metformina è da considerarsi il farmaco di prima scelta nella terapia orale del diabete tipo 2, sia nel paziente obeso che normopeso [3]. Nell'ambito degli ipoglicemizzanti di recente introduzione in commercio, continua a crescere la prescrizione della repaglinide (+21,8% rispetto al 2006), secretagogo insulinico ad azione breve indicato nel trattamento di pazienti affetti da diabete di tipo 2 la cui iperglicemia non viene più controllata in modo soddisfacente da dieta, riduzione del peso ed esercizio fisico e anche in combinazione con metformina in soggetti con diabete di tipo 2 che non ottengono risultati soddisfacenti dal trattamento con la sola metformina.

Referenze

1. UKPDS Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformina on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352:854-65.
2. Saenz A et al. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
3. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. *Diabetes Care* 2006 Aug;29:1963-1.

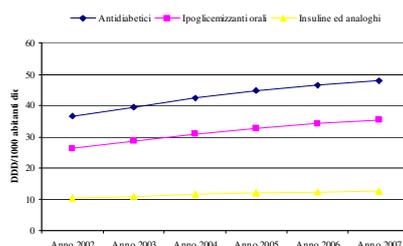


Figura 8. Consumo di antidiabetici per categoria terapeutica (Campania 2002-2007)

Tabella 52. Consumo in DDD/1000 abitanti die di antidiabetici per categoria terapeutica e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Ipoglicemizzanti orali	26,2	28,6	31,0	32,8	34,2	35,5	35,8
Insuline ed analoghi	10,4	10,9	11,5	12,0	12,3	12,5	20,3
Antidiabetici	36,6	39,5	42,5	44,8	46,5	48,1	31,4
insulina umana	9,1	9,3	9,2	9,2	7,8	6,0	-34,4
insulina lispro	1,2	1,4	1,4	1,6	2,3	3,2	166,2
insulina aspart	0,2	0,4	0,9	1,2	2,0	2,8	1045,1
insulina glargine	-	-	-	0,05	0,1	0,2	-
metformina	2,8	4,2	5,7	7,0	8,5	9,9	249,1
gliclazide	3,1	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	-25,7
glimepiride	2,3	3,1	3,7	4,1	4,2	4,4	91,2
metformina e sulfonamidi	13,3	13,7	14,6	15,2	14,9	14,4	8,0
repaglinide	0,4	0,9	1,3	1,7	2,1	2,6	548,5

Tabella 53. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antidiabetici

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	7,7	30,7	0,9	43,5	53,2	0,0
Caserta 1	6,7	30,9	-1,7	45,0	57,7	1,7
Caserta 2	7,7	27,1	2,2	48,2	51,9	3,6
Napoli 1	8,3	25,1	-0,5	46,6	46,9	2,8
Napoli 2	7,5	28,0	-2,6	42,4	50,8	2,4
Napoli 3	9,1	28,6	- [§]	51,3	51,0	- [§]
Napoli 5	7,7	27,8	7,6	46,9	52,0	10,5
Salerno 2	7,8	30,9	-2,3	45,7	54,5	3,2
Salerno 3	6,5	30,7	2,8	43,4	56,0	4,6
CAMPANIA	8,4	29,3	7,4	48,1	50,0	2,8

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

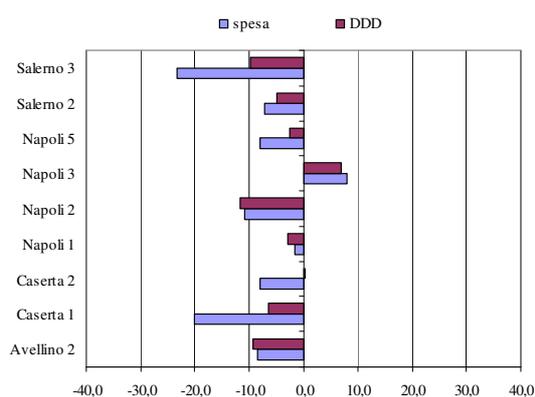


Figura 9. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di antidiabetici per ASL

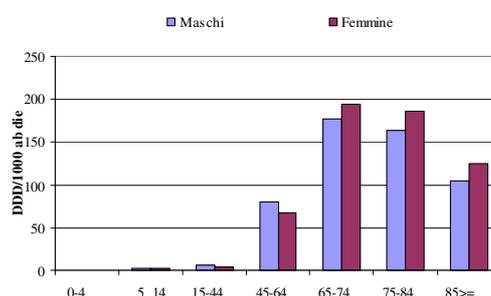


Figura 10. Andamento delle DDD/1000 ab die di antidiabetici per classi di età e sesso

Tabella 54. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Insuline ed analoghi	4,06	3,56	4,26	4,84	4,19	5,49	4,28	4,49	3,27	5,06
Ipoglicemizzanti orali	3,63	3,17	3,49	3,44	3,32	3,59	3,46	3,33	3,18	3,35
Sostanze										
insulina (umana)	0,61	0,85	0,74	0,90	0,72	1,21	0,77	0,61	0,67	0,81
insulina lispro	1,01	1,02	1,28	1,19	0,96	1,32	0,87	1,46	0,63	1,10
insulina aspart	0,67	0,62	1,06	1,26	1,19	1,12	1,07	1,04	0,80	1,04
metformina	0,70	0,82	0,76	0,81	0,88	0,89	0,74	0,90	0,79	0,78
gliclazide	0,33	0,33	0,35	0,48	0,39	0,48	0,45	0,38	0,28	0,40
glimepiride	0,19	0,18	0,22	0,15	0,11	0,13	0,18	0,22	0,21	0,17
metformina e sulfonamidi	0,98	1,18	1,30	1,10	0,98	1,24	1,23	1,01	1,13	1,12
repaglinide	0,49	0,53	0,67	0,54	0,68	0,62	0,37	0,53	0,52	0,54

[§] Regione Campania

Tabella 55. DDD/1000 abitanti *die* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Insuline ed analoghi	9,65	9,73	10,52	11,97	10,26	14,49	11,28	10,71	8,93	12,52
Ipoglicemizzanti orali	33,89	35,27	37,69	34,62	32,16	36,84	35,60	34,95	34,45	35,54
Sostanze										
insulina (umana)	2,30	3,29	2,82	3,26	2,56	4,54	2,94	2,30	2,59	3,08
insulina lispro	1,99	2,02	2,52	2,35	1,89	2,62	1,72	2,88	1,24	2,18
insulina aspart	1,33	1,23	2,09	2,49	2,36	2,21	2,12	2,06	1,59	2,05
metformina	8,74	9,83	8,94	9,72	10,48	10,46	8,86	11,25	9,16	9,91
gliclazide	2,08	2,06	1,79	2,57	1,75	3,12	2,37	2,26	1,75	2,27
glimepiride	4,50	4,37	4,89	3,52	2,41	2,72	4,03	4,70	4,90	4,41
metformina e sulfonamidi	12,58	15,06	16,75	14,15	12,57	15,89	15,81	12,97	14,64	14,37
repaglinide	2,31	2,58	3,47	2,47	3,38	2,69	1,57	2,51	2,70	2,58

[§] Regione Campania

Sangue e organi emopoietici (I livello ATC: B)

I farmaci per il sangue e organi emopoietici hanno costituito il 5,5% della spesa totale (vedi Tabella 25); il dato non è omogeneo, visto che varia tra il 8,5% della Napoli 1 (ove rappresenta la quinta classe per spesa) e il 4,3% della Salerno 3 e Napoli 3 (ove rappresenta la sesta classe per spesa). All'interno di questa categoria i farmaci antitrombotici (B01) hanno costituito circa il 62% della spesa e il 79% dei volumi prescrittivi (Figura 11).

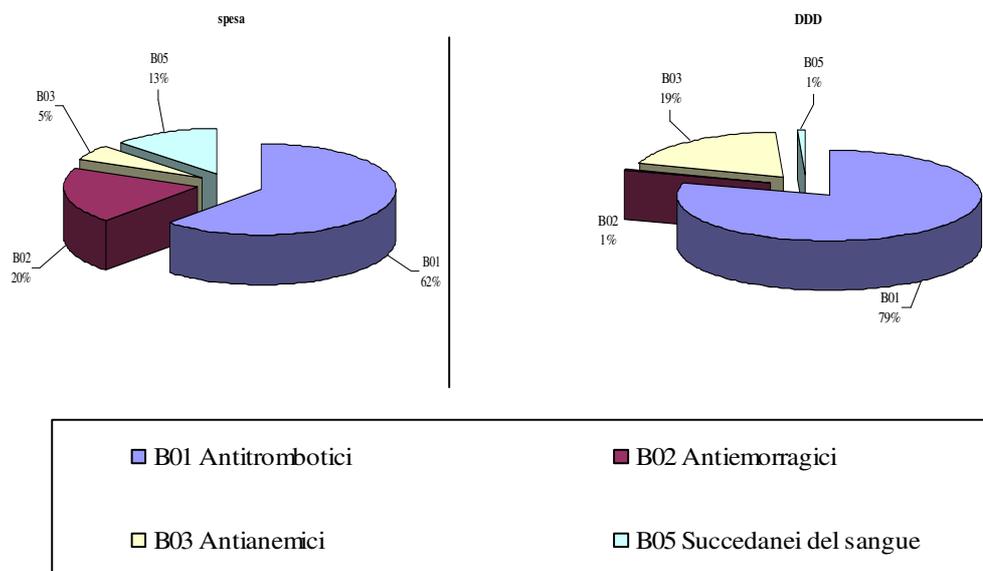


Figura 11. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci per il sangue ed organi emopoietici nel 2007

B01 - Antitrombotici

I farmaci antitrombotici registrano un lieve aumento in consumo ripetuto al 2006 (+5%). Dal 2002 al 2007 si osserva, in termini di DDD/1000 abitanti die, un netto trend positivo attribuibile quasi esclusivamente agli antiaggreganti piastrinici (+58,9% rispetto al 2002). Anche nel 2007, infatti, questi si confermano i farmaci più utilizzati; l'acido acetilsalicilico, con 47 DDD/1000 abitanti die, risulta il principio attivo più prescritto in Campania (+4,8% rispetto al 2006). Anche per la ticlopidina, soggetto a Nota AIFA 9 e presente tra i primi venti principi attivi equivalenti a maggiore spesa e consumo.

La stratificazione per sesso e fascia di età del dato di consumo relativo all'intera categoria antitrombotica mostra un incremento di utilizzo negli uomini soprattutto nella fascia 45-64 anni, probabilmente legato ad un maggiore rischio cardiovascolare.

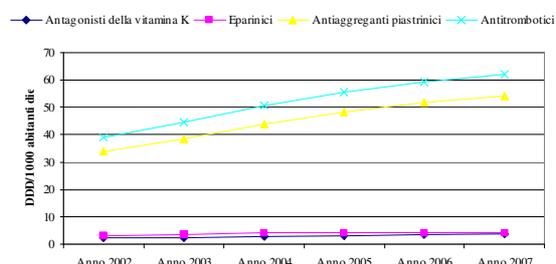


Figura 12. Consumo di antitrombotici per categoria terapeutica (Campania 2002-2007)

Tabella 56. Consumo in DDD/1000 abitanti die di antitrombotici per categoria terapeutica e principio

attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Antagonisti della vitamina k	2,2	2,4	2,8	3,1	3,3	3,7	63,5
Eparinici	3,0	3,5	4,0	4,2	4,2	4,2	37,5
Antiaggreganti piastrinici	33,9	38,6	43,9	48,3	51,7	54,4	60,6
Antitrombotici	39,1	44,5	50,7	55,6	59,2	62,2	58,9
warfarin	1,9	2,1	2,4	2,6	2,9	3,2	72,8
acenocumarolo	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	16,8
eparina	0,7	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	-58,1
dalteparina	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-87,5
enoxaparina	0,9	1,2	1,5	1,7	1,8	2,0	117,5
nadroparina	1,0	1,1	1,3	1,2	1,2	1,0	3,5
parnaparina	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	117,3
reviparina	0,2	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	104,2
clopidogrel	-	0,1	0,5	0,6	0,5	0,4	-
ticlopidina	3,9	4,7	5,4	5,9	6,3	7,0	76,5
acido acetilisalilico	29,9	33,7	37,9	41,8	44,8	47,0	57,0

Tabella 57. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antitrombotici

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
	pro capite	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	7,3	61,5	-5,7	63,8	83,3	2,0
Caserta 1	5,5	61,3	-11,4	62,8	84,7	4,5
Caserta 2	6,8	69,4	4,9	62,9	80,1	7,4
Napoli 1	7,7	41,3	-5,4	66,8	80,5	0,3
Napoli 2	6,3	73,5	-6,9	52,5	76,9	-1,0
Napoli 3	6,8	76,5	-§	59,8	71,7	-§
Napoli 5	6,8	63,5	-1,8	59,1	78,1	8,6
Salerno 2	6,5	80,0	-5,2	63,3	81,0	5,4
Salerno 3	5,8	85,7	-7,4	65,3	85,5	4,8
CAMPANIA	6,8	61,8	-2,9	62,2	79,3	4,4

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci per il sangue

ed organi emopoietici

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

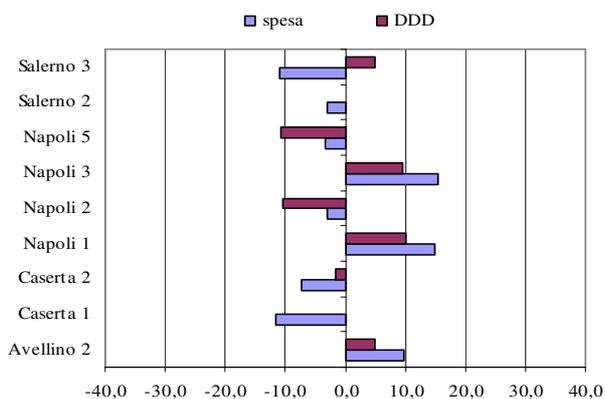


Figura 13. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di antitrombotici per ASL

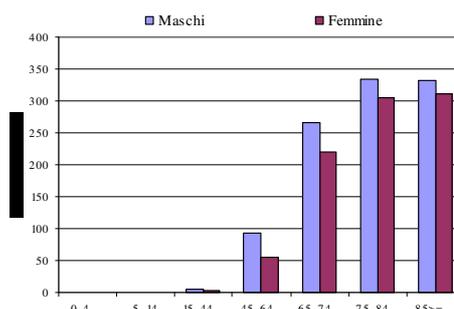


Figura 14. Andamento delle DDD/1000 ab die di antitrombotici per classi di età e sesso

Tabella 58. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antagonisti della vitamina k	0,16	0,14	0,13	0,15	0,11	0,14	0,15	0,21	0,21	0,16
Eparinici	4,94	2,90	4,34	4,74	3,98	4,23	4,33	3,63	3,24	4,12
Antiaggreganti piastrinici	2,18	2,50	2,35	2,85	2,20	2,41	2,34	2,66	2,32	2,53
Sostanze										
warfarin	0,11	0,10	0,09	0,14	0,10	0,13	0,13	0,14	0,19	0,13
acenocumarolo	0,05	0,04	0,03	0,01	0,01	0,01	0,02	0,07	0,02	0,03
eparina	0,14	0,26	0,11	0,15	0,12	0,16	0,17	0,11	0,12	0,15
dalteparina	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	0,01	0,01	<0,01	0,04	0,01	0,01
enoxaparina	2,17	1,09	2,38	2,40	2,06	1,87	2,07	1,84	1,53	2,04
nadroparina	1,46	1,16	1,10	1,31	0,90	1,36	1,16	1,02	1,00	1,15
parnaparina	0,20	0,17	0,34	0,36	0,35	0,30	0,45	0,31	0,40	0,35
reviparina	0,86	0,17	0,38	0,48	0,51	0,51	0,43	0,24	0,16	0,38
clopidogrel	0,03	0,30	0,18	0,37	0,28	0,27	0,16	0,42	0,20	0,30
ticlopidina	0,70	0,73	0,71	1,01	0,77	0,78	0,87	0,76	0,58	0,82
acido acetilisalicylico	1,45	1,48	1,46	1,47	1,16	1,36	1,31	1,48	1,54	1,41

[§] Regione Campania

Tabella 59. DDD/1000 abitanti *die* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antagonisti della vitamina k	3,69	3,25	2,84	3,75	2,78	3,39	3,54	4,47	5,05	3,66
Eparinici	5,02	3,03	4,33	4,81	4,03	4,30	4,41	3,69	3,21	4,18
Antiaggreganti piastrinici	55,09	56,49	55,77	58,19	45,67	52,15	51,19	55,11	57,04	54,38
Sostanze										
warfarin	2,82	2,53	2,33	3,58	2,65	3,21	3,27	3,41	4,69	3,22
acenocumarolo	0,87	0,72	0,51	0,17	0,13	0,18	0,27	1,06	0,36	0,44
eparina	0,25	0,50	0,20	0,29	0,21	0,29	0,32	0,20	0,22	0,28
dalteparina	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	0,01	0,01	<0,01	0,04	0,01	<0,01
enoxaparina	2,12	1,07	2,34	2,38	2,03	1,84	2,04	1,84	1,49	2,01
nadroparina	1,30	1,06	0,98	1,19	0,80	1,20	1,04	0,95	0,89	1,04
parnaparina	0,18	0,16	0,30	0,31	0,31	0,26	0,40	0,28	0,36	0,32
reviparina	1,04	0,20	0,46	0,58	0,62	0,62	0,52	0,30	0,20	0,46
clopidogrel	0,04	0,41	0,25	0,51	0,39	0,38	0,23	0,58	0,28	0,42
ticlopidina	5,91	6,10	5,93	8,48	6,47	6,32	7,32	6,32	4,87	6,95
acido acetililalicilico	49,14	49,98	49,58	49,19	38,81	45,45	43,63	48,19	51,89	47,00

[§] Regione Campania

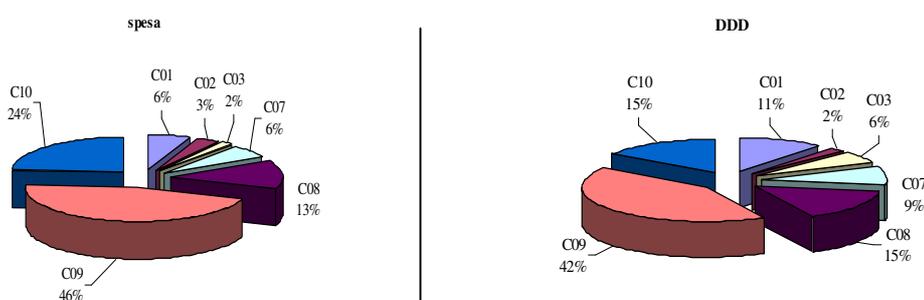
Farmaci per l'apparato cardiovascolare (I livello ATC: C)

I farmaci cardiovascolari si confermano la prima categoria terapeutica sia in termini di spesa che di volumi prescrittivi (36,9% e 47,9% sul totale della spesa e DDD rispettivamente). (Tabelle 25 e 27). A livello delle singole ASL, esiste un'ampia variabilità; la spesa lorda pro capite pesata va da 80,6 euro

della Napoli 1 a 66,3 euro per la Salerno 3 (Tabella 24). L'analisi del trend di prescrizione negli ultimi 6 anni delle categorie di seguito analizzate mostra un andamento positivo in termini di DDD dispensate. In particolare il consumo di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (C09) continua ad aumentare (+7,3% rispetto al 2006). Anche nel 2007 questi farmaci si confermano al primo posto sia in termini di spesa sia di volumi prescrittivi, costituendo rispettivamente circa il 45% e 42% del totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari, seguiti dai farmaci ipolipemizzanti (C10) e calcio-antagonisti (C08). Il maggiore incremento si è avuto per gli antagonisti dell'angiotensina II, usati da soli o in associazione con diuretici (+11%); mentre minore è l'aumento registrato per gli ACE-inibitori, da soli (+4,5%) o in associazione con diuretici (+4,2%).

Per quanto riguarda i farmaci ipolipemizzanti, si osserva un netto trend positivo attribuibile esclusivamente alle statine. Dal 2002 al 2007 la prescrizione di statine si è raddoppiata (+107% rispetto al 2002), mentre, per lo stesso periodo di osservazione, si è ridotta quella dei fibrati (-8,8%). Esiste tuttavia un'ampia variabilità tra le AA.SS.LL. visto che si oscilla tra le 38 DDD/1000 abitanti die dell'ASL Salerno3 alle 62 DDD/1000 abitanti die dell'ASL Napoli5. L'atorvastatina si conferma la statina più prescritta, sebbene, il maggior incremento percentuale in consumo rispetto al 2006 si sia registrato per la rosuvastatina (+27%) e l'associazione etizimibe/simvastatina, di recente immissione in commercio; la prescrizione di simvastatina, che nel corso del 2007 ha perso la copertura brevettuale, aumenta del 10% mentre per la pravastatina si osserva una riduzione d'uso del 10%.

Se si considerano i primi trenta principi attivi per spesa e consumo in Campania, circa il 50% appartengono alla categoria dei farmaci cardiovascolari; tra i più prescritti vi sono tre statine (atorvastatina, simvastatina e rosuvastatina), tre ACE-inibitori (ramipril, enalapril e lisinopril), cinque sartani (da soli o in associazione a diuretici), tra cui il valsartan la cui prescrizione continua a crescere (+8,4% da solo e +7,2% in associazione al diuretico rispetto al 2006), due calcio-antagonisti (amlodipina e lercanidipina), due beta-bloccanti (atenololo e nebivololo); seguono nitroglicerina, furosemide e doxazosin (Tabella XX).



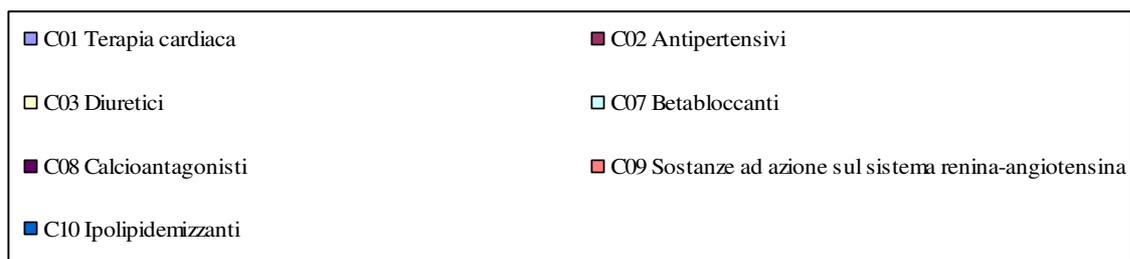


Figura 15. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci cardiovascolari nel 2007

C01 - Terapia cardiaca

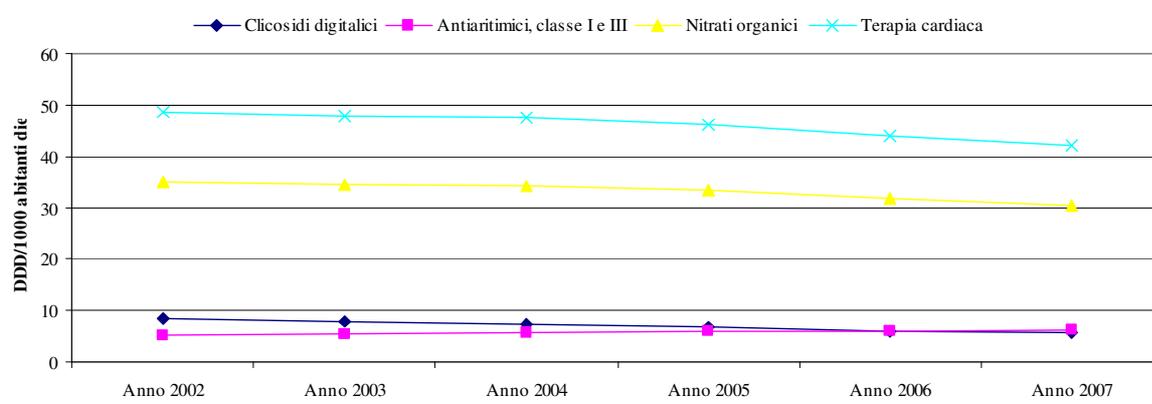


Figura 16. Consumo di farmaci usati nella terapia cardiaca (Campania 2002-2007)

Tabella 60. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci usati nella terapia cardiaca per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Glucosidi digitatici	8,3	7,8	7,3	6,7	6,1	5,6	-33,1
Antiarritmici classe I e III	5,2	5,5	5,8	6,0	6,1	6,1	16,9
Nitrati organici	35,0	34,6	34,3	33,3	31,8	30,4	-13,1
Terapia cardiaca	48,6	47,9	47,4	46,1	44,0	42,1	-13,3
digossina	6,7	6,4	6,0	5,6	5,1	4,7	-30,8
metildigossina	1,6	1,5	1,3	1,2	1,0	0,9	-42,8
propafenone	2,0	2,1	2,3	2,4	2,4	2,3	18,4
flecainide	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	106,5
amiodarone	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	6,2
nitroglicerina	26,0	25,9	26,0	25,5	24,5	23,6	-9,3
isosorbide dinitrato	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	-44,8
isosorbide mononitrato	8,6	8,3	8,0	7,5	7,0	6,6	-22,6

Tabella 61. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci usati nella terapia cardiaca

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	3,5	5,0	-11,9	30,7	8,5	-10,7
Caserta 1	4,4	6,4	-7,4	38,6	10,4	-7,0
Caserta 2	4,0	5,4	-9,6	35,7	9,2	-8,5
Napoli 1	5,8	7,2	-9,8	51,9	12,1	-7,8
Napoli 2	4,6	7,0	-8,8	41,0	11,8	-7,6
Napoli 3	4,7	6,5	-§	42,3	10,9	-§
Napoli 5	4,9	6,7	-3,8	44,3	11,7	-2,8
Salerno 2	4,3	5,7	-8,8	38,1	9,6	-7,4
Salerno 3	3,6	5,4	-9,8	32,9	9,0	-9,8
CAMPANIA	4,6	6,2	-7,6	42,1	10,8	-4,1

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

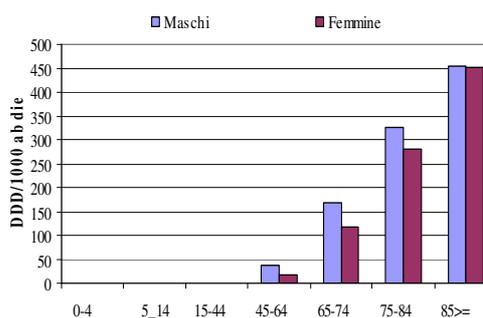
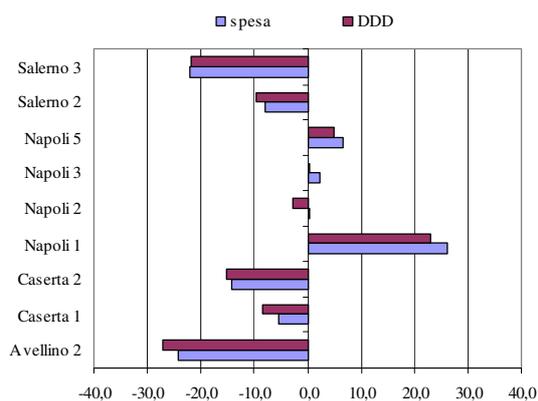


Figura 17. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci usati nella terapia cardiaca per ASL

Figura 18. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci usati nella terapia cardiaca per classi di età e sesso

Tabella 62. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Glucosidi digitatici	0,24	0,29	0,26	0,29	0,22	0,26	0,28	0,24	0,29	0,27
Antiarritmici classe I e III	0,70	0,93	0,74	0,86	0,64	0,71	0,86	0,92	0,79	0,81
Nitrati organici	2,57	3,15	2,98	4,68	3,78	3,76	3,79	3,10	2,52	3,54
Sostanze										
digossina	0,15	0,25	0,23	0,26	0,20	0,22	0,20	0,21	0,22	0,22
metildigossina	0,09	0,04	0,02	0,03	0,02	0,03	0,08	0,03	0,07	0,05
propafenone	0,20	0,30	0,22	0,27	0,18	0,23	0,26	0,26	0,27	0,25
flecainide	0,26	0,35	0,26	0,29	0,22	0,21	0,29	0,37	0,31	0,29
amiodarone	0,23	0,28	0,24	0,28	0,22	0,26	0,29	0,27	0,20	0,26
nitroglicerina	2,30	2,74	2,61	4,04	3,32	3,26	3,16	2,60	2,04	3,06
isosorbide dinitrato	<0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
isosorbide mononitrato	0,27	0,40	0,36	0,62	0,45	0,49	0,62	0,48	0,47	0,47

Tabella 63. DDD/1000 abitanti *die* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT ^s
Glucosidi digitatici	4,81	6,01	5,39	6,04	4,80	5,65	5,61	4,85	6,02	5,58
Antiarritmici classe I e III	4,17	5,65	4,49	5,49	4,09	4,80	5,33	5,37	4,51	6,13
Nitrati organici	21,69	26,91	25,82	40,33	32,12	31,81	33,33	27,90	22,41	30,43
Sostanze										
digossina	3,15	5,23	4,90	5,43	4,37	5,00	4,14	4,16	4,49	4,66
metildigossina	1,66	0,78	0,50	0,61	0,44	0,65	1,47	0,69	1,53	0,92
propafenone	0,83	1,54	1,04	1,54	1,00	1,33	1,24	1,22	1,32	2,34
flecainide	0,76	1,01	0,75	0,83	0,66	0,59	0,84	1,06	0,91	0,86
amiodarone	2,55	3,06	2,63	3,07	2,39	2,83	3,20	3,03	2,23	2,87
nitroglicerina	17,92	20,82	20,60	31,14	25,27	24,61	24,16	20,88	15,81	23,59
isosorbide dinitrato	0,10	0,17	0,15	0,27	0,21	0,19	0,21	0,15	0,11	0,17
isosorbide mononitrato	3,65	5,92	5,07	8,90	6,56	7,00	8,92	6,74	6,46	6,62

C02 - Antipertensivi

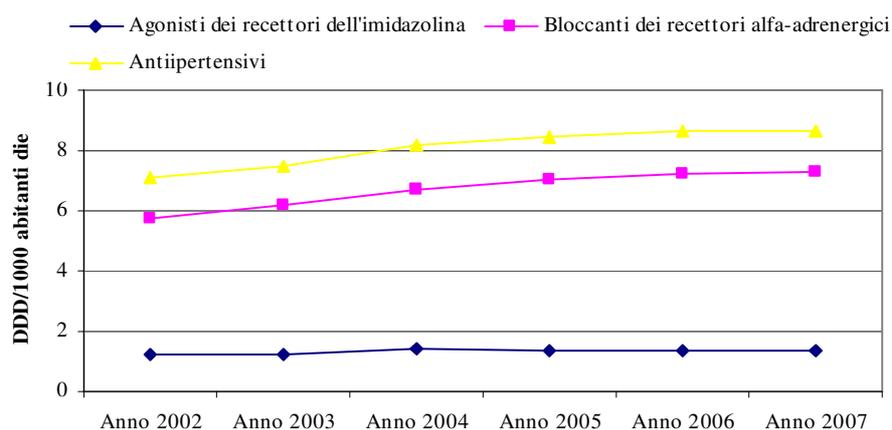


Figura 19. Consumo di farmaci antiipertensivi (Campania 2002-2007)

Tabella 64. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci antiipertensivi per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	$\Delta\%$ 07/02
Agonisti dei recettori dell'imidazoli-na	1,2	1,2	1,4	1,3	1,4	1,3	7,0
Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici	5,8	6,2	6,7	7,0	7,2	7,3	26,1
Antiipertensivi	7,1	7,5	8,2	8,4	8,6	8,7	22,3
metildopa (levogira)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-14,2
clonidina	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	-19,0
moxonidina	-	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	-
doxazosin	5,5	6,1	6,6	6,9	7,2	7,2	32,3

Tabella 65. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antiipertensivi

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	2,1	2,9	-24,9	7,9	2,2	-6,7
Caserta 1	3,0	4,4	-21,6	11,2	3,0	-3,9
Caserta 2	2,6	3,5	-22,1	9,9	2,5	-4,8
Napoli 1	2,4	2,9	-23,2	8,5	2,0	-4,7
Napoli 2	1,8	2,7	-21,6	6,5	1,9	-3,5
Napoli 3	2,3	3,2	-§	8,5	2,2	-§
Napoli 5	1,9	2,6	-17,8	6,9	1,8	2,8
Salerno 2	2,8	3,8	-22,3	10,3	2,6	-3,2
Salerno 3	2,3	3,5	-21,6	8,5	2,3	-1,3
CAMPANIA	2,3	3,1	-20,5	8,7	2,2	0,0

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

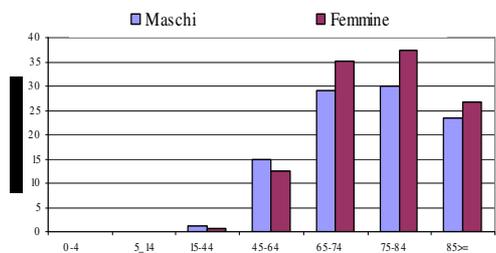
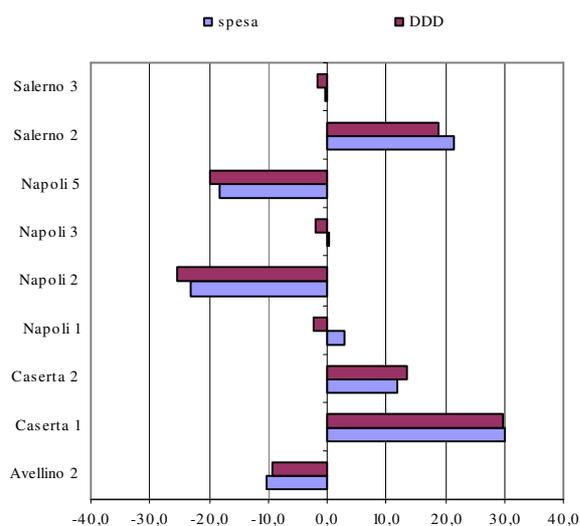


Figura 20. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci antiipertensivi

Figura 21. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci antiipertensivi per classi di età e sesso

Tabella 66. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Metildopa	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	<0,01	0,01
Agonisti dei recettori dell'imidazolina	0,43	0,55	0,56	0,25	0,29	0,24	0,24	0,26	0,23	0,31
Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici	1,62	2,44	2,00	2,11	1,47	2,07	1,64	2,53	2,06	1,98
Sostanze										
metildopa (levogira)	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	<0,01	0,01
clonidina	0,34	0,48	0,47	0,22	0,27	0,22	0,22	0,16	0,13	0,26
moxonidina	0,09	0,08	0,09	0,03	0,02	0,02	0,02	0,10	0,09	0,05
doxazosin	1,62	2,44	2,00	2,11	1,47	2,07	1,64	2,53	2,06	1,97

[§] Regione Campania

Tabella 67. DDD/1000 abitanti *die* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Metildopa	0,07	0,06	0,13	0,08	0,08	0,07	0,07	0,06	0,04	0,07
Agonisti dei recettori dell'imidazolina	1,98	2,31	2,42	1,05	1,16	0,97	0,96	1,29	1,13	1,33
Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici	5,82	8,88	7,32	7,34	5,21	7,47	5,91	8,95	7,35	7,27
Sostanze										
metildopa (levogira)	0,07	0,06	0,13	0,08	0,08	0,07	0,07	0,06	0,04	0,07
clonidina	1,38	1,81	1,81	0,84	1,01	0,82	0,84	0,65	0,52	1,01
moxonidina	0,60	0,50	0,61	0,21	0,15	0,15	0,12	0,63	0,60	0,32
doxazosin	5,82	8,88	7,32	7,34	5,21	7,47	5,91	8,95	7,35	7,22

[§] Regione Campania

C03 – Diuretici

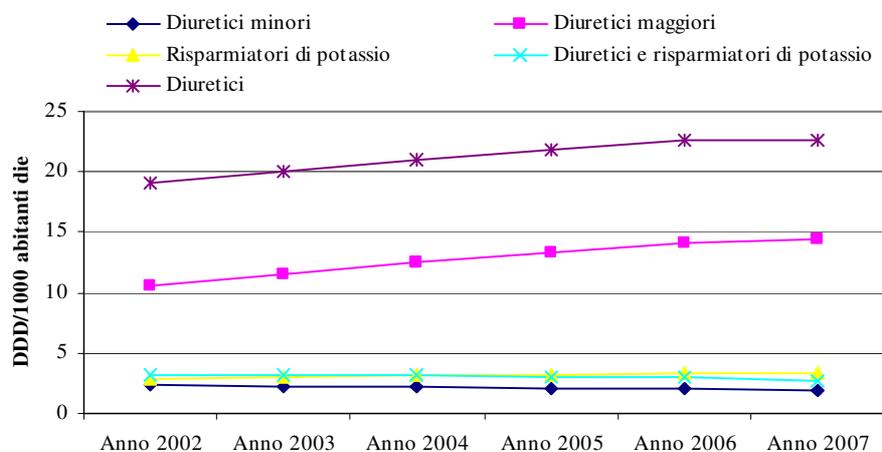


Figura 22. Consumo di farmaci diuretici (Campania 2002-2007)

Tabella 68. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci diuretici per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Diuretici ad azione diuretica minore	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	-17,2
Diuretici ad azione diuretica maggiore	10,6	11,5	12,5	13,4	14,1	14,4	35,5
Risparmiatori di potassio	2,9	3,0	3,2	3,3	3,3	3,3	14,9
Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,8	-13,0
Diuretici	19,1	20,0	21,1	21,9	22,6	22,6	18,1
indapamide	1,9	1,7	1,6	1,4	1,3	1,2	-33,7
furosemide	9,3	9,8	10,6	11,5	12,3	12,6	35,8
torasemide	1,3	1,6	1,9	1,9	1,9	1,8	40,6
spironolattone	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	-2,6
canrenoato di potassio	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	4,8
canrenone	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	71,1
Idroclorotiazide e farmaci risparmiatori di potassio	2,5	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	-13,2
butizide e farmaci risparmiatori di potassio	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	-24,9
furosemide e farmaci risparmiatori di potassio	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	-7,9

Tabella 69. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci diuretici

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
	pro capite	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	1,3	1,8	-6,2	23,6	6,6	-3,4
Caserta 1	1,2	1,8	-3,9	24,5	6,6	0,8
Caserta 2	1,2	1,6	-6,3	21,8	5,6	-2,1
Napoli 1	1,2	1,5	-7,0	20,6	4,8	-2,8
Napoli 2	0,9	1,4	-7,5	17,1	4,9	-4,4
Napoli 3	1,4	1,9	-\$	23,7	6,1	-\$
Napoli 5	1,2	1,6	1,6	21,6	5,7	7,5
Salerno 2	1,2	1,6	-3,5	23,6	5,9	2,3
Salerno 3	1,4	2,1	-3,6	26,1	7,1	5,8
CAMPANIA	1,2	1,7	-3,7	22,6	5,8	-0,4

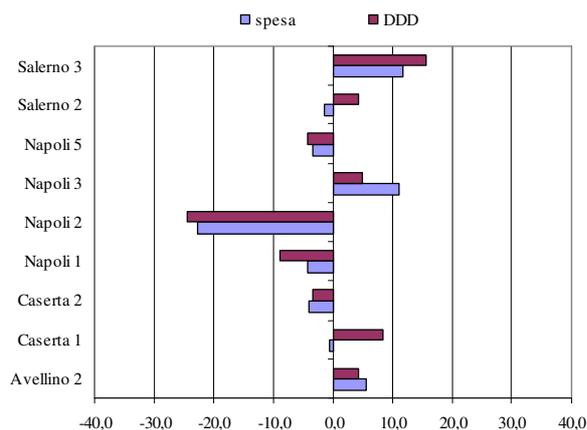


Figura 23. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e

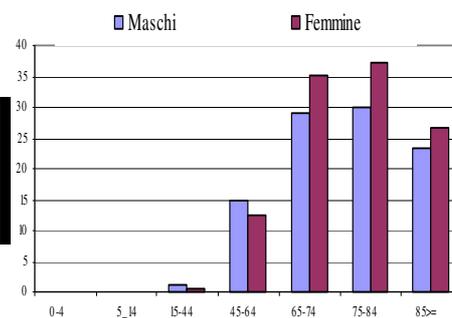


Figura 24. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci diuretici per classi di età e sesso

Tabella 70. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Tiazidi	<0,01	0,01	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	<0,01	<0,01
Diuretici ad azione diuretica maggiore	0,38	0,33	0,36	0,38	0,28	0,48	0,36	0,28	0,25	0,36
Risparmiatori di potassio	0,21	0,19	0,17	0,19	0,15	0,20	0,20	0,21	0,31	0,20
Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione	0,13	0,12	0,11	0,12	0,09	0,13	0,13	0,13	0,15	0,12
Sostanze										
indapamide	0,15	0,12	0,11	0,13	0,09	0,11	0,08	0,09	0,07	0,10
furosemide	0,39	0,41	0,34	0,30	0,26	0,35	0,34	0,38	0,40	0,36
torasemide	0,14	0,14	0,18	0,16	0,13	0,20	0,18	0,21	0,31	0,18
spironolattone	0,07	0,16	0,17	0,12	0,11	0,17	0,12	0,08	0,09	0,12
canrenoato di potassio	0,11	0,10	0,11	0,13	0,09	0,15	0,14	0,09	0,12	0,12
canrenone	0,20	0,07	0,08	0,13	0,08	0,16	0,10	0,11	0,04	0,13
Idroclorotiazide e farmaci risparmiatori di potassio	0,10	0,10	0,09	0,09	0,07	0,10	0,11	0,11	0,14	0,10
butizide e farmaci risparmiatori di potassio	0,04	0,02	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02
furosemide e farmaci risparmiatori di potassio	0,07	0,07	0,06	0,07	0,06	0,07	0,07	0,08	0,15	0,08

[§] Regione Campania

Tabella 71. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Tiazidi	0,16	0,18	0,05	0,16	0,13	0,10	0,04	0,25	0,11	0,13
Diuretici ad azione diuretica maggiore	3,42	3,03	3,18	3,49	2,58	4,37	3,36	2,61	2,47	3,33
Risparmiatori di potassio	2,72	2,56	2,34	2,51	2,05	2,73	2,90	3,02	4,04	2,79
Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione	2,28	2,07	1,94	2,06	1,69	2,29	2,46	2,54	3,11	2,29
Sostanze										
indapamide	1,33	1,57	1,54	1,53	1,14	1,30	0,94	1,21	0,87	1,25
furosemide	14,06	14,83	12,08	10,50	9,23	12,52	11,92	13,50	14,27	12,63
torasemide	1,46	1,39	1,78	1,58	1,35	1,98	1,83	2,15	3,17	1,78
spironolattone	0,58	1,26	1,31	0,96	0,85	1,39	0,92	0,67	0,70	0,93
canrenoato di potassio	1,31	1,27	1,28	1,59	1,10	1,81	1,68	1,15	1,50	1,46
canrenone	1,53	0,51	0,60	0,95	0,64	1,17	0,77	0,79	0,27	0,94
Idroclorotiazide e farmaci risparmiatori di potassio	2,07	1,95	1,85	1,91	1,57	2,14	2,33	2,43	3,06	2,17
butizide e farmaci risparmiatori di potassio	0,22	0,12	0,09	0,15	0,12	0,14	0,13	0,11	0,05	0,13
furosemide e farmaci risparmiatori di potassio	0,22	0,12	0,09	0,15	0,12	0,14	0,13	0,11	0,05	0,13

[§] Regione Campania

C07 – Betabloccanti

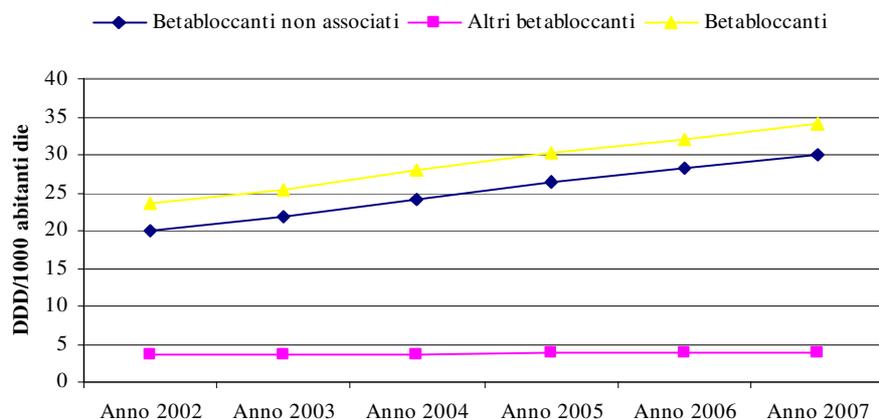


Figura 25. Consumo di farmaci β -bloccanti (Campania 2002-2007)

Tabella 72. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci β -bloccanti per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	$\Delta\%$ 07/02
Betabloccanti non associati	20,1	21,7	24,2	26,4	28,2	30,0	49,4
Altri betabloccanti	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7	7,5
Betabloccanti	23,6	25,3	27,9	30,2	32,1	34,2	45,0
propranololo	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	- 0,1
sotalolo	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	33,1
metoprololo	1,7	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2	31,5
atenololo	8,4	8,3	8,7	9,1	9,3	9,3	10,8
bisoprololo	1,0	1,1	1,4	2,1	2,6	3,1	229,1
nebivololo	4,6	5,6	6,6	7,5	8,3	9,2	99,5
carvedilolo	3,0	3,5	3,9	4,1	4,4	4,7	55,4
atenololo ed altri diuretici	3,2	3,3	3,5	3,5	3,6	3,6	12,0

Tabella 73. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci β -bloccanti

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
	pro capite	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	4,4	6,2	1,1	33,6	9,3	3,0
Caserta 1	4,6	6,8	2,7	35,3	9,6	4,8
Caserta 2	5,0	6,8	3,5	37,3	9,6	6,4
Napoli 1	5,0	6,1	1,0	38,0	8,9	4,1
Napoli 2	4,0	6,1	-1,6	32,0	9,2	0,7
Napoli 3	4,8	6,6	- [§]	37,0	9,6	- [§]
Napoli 5	4,2	5,8	9,3	31,5	8,3	12,5
Salerno 2	4,3	5,8	5,2	35,8	9,0	8,3
Salerno 3	4,9	7,4	4,7	35,5	9,7	6,5
CAMPANIA	4,5	6,1	4,7	34,2	8,8	5,8

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

§ valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

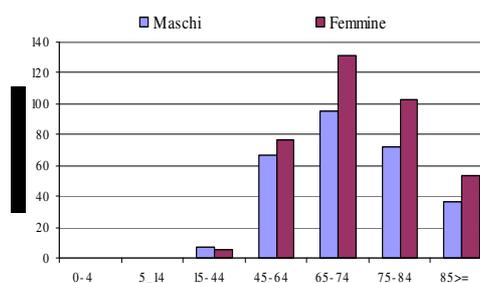
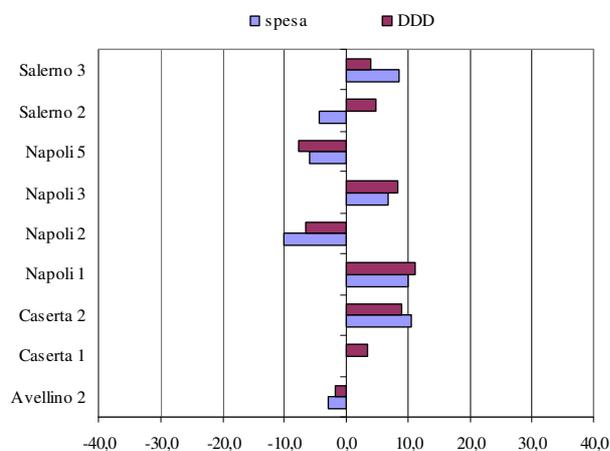


Figura 26. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci β -bloccanti per ASI

Figura 27. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci β -bloccanti per classi di età e sesso

Tabella 74. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	NA SA									
	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	5	2	SA 3	TOT [§]
Betabloccanti non selettivi	0,15	0,11	0,11	0,11	0,09	0,10	0,12	0,12	0,16	0,11
Betabloccanti selettivi	0,63	0,86	1,16	1,35	1,05	1,18	1,16	0,93	0,81	1,07
Bloccanti dei recettori α - e β -adrenergici	0,18	0,31	0,37	0,31	0,32	0,36	0,29	0,26	0,22	0,28
Betabloccanti ed altri diuretici	0,17	0,30	0,37	0,30	0,31	0,35	0,28	0,25	0,22	0,28
Sostanze										
propranololo	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03	0,06	0,04
sotalolo	0,11	0,06	0,07	0,07	0,05	0,06	0,07	0,08	0,10	0,07
metoprololo	0,12	0,24	0,21	0,22	0,15	0,16	0,14	0,08	0,15	0,16
atenololo	0,41	0,36	0,37	0,45	0,39	0,45	0,33	0,56	0,39	0,39
bisoprololo	0,78	0,70	0,74	0,84	0,58	0,90	0,72	0,67	1,06	0,76
nebivololo	1,97	2,01	1,97	1,62	1,43	1,62	1,41	1,62	2,04	1,68
carvedilolo	0,63	0,86	1,16	1,35	1,05	1,18	1,15	0,93	0,81	1,07

[§] Regione Campania

Tabella 75. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA5	SA 2	SA 3	TOT ^s
Betabloccanti non selettivi	1,82	1,24	1,24	1,31	1,01	1,20	1,45	1,41	1,86	1,35
Betabloccanti selettivi	2,69	3,71	4,95	5,78	4,51	4,94	5,05	4,13	3,56	4,68
Bloccanti dei recettori α - e β -adrenergici	2,29	4,14	4,78	4,09	4,37	5,04	3,76	3,35	2,87	3,73
Betabloccanti ed altri diuretici	2,22	4,00	4,67	3,93	4,25	4,95	3,61	3,26	2,82	3,63
Sostanze										
propranololo	0,35	0,37	0,32	0,37	0,29	0,43	0,41	0,32	0,59	0,38
sotalolo	1,45	0,79	0,85	0,89	0,68	0,74	0,97	1,07	1,25	0,93
metoprololo	1,72	3,31	2,94	2,91	2,02	2,20	1,96	1,16	2,04	2,24
atenololo	10,13	8,61	9,07	10,94	9,26	10,76	7,99	13,44	9,26	9,32
bisoprololo	2,75	2,95	3,15	3,58	2,45	3,67	3,01	2,83	4,26	3,14
nebivololo	10,79	10,97	10,77	8,85	7,85	8,87	7,74	8,85	11,14	9,19
carvedilolo	2,69	3,70	4,94	5,77	4,51	4,93	5,04	4,12	3,56	4,68

C08 – Calcioantagonisti

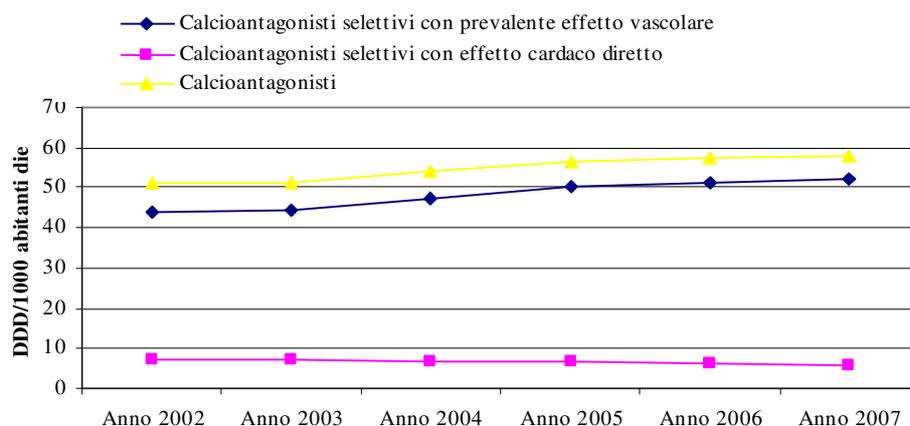


Figura 28. Consumo di farmaci calcioantagonisti (Campania 2002-2007)

Tabella 76. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci calcioantagonisti per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	43,9	44,3	47,1	50,0	51,3	52,2	18,9
Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto	7,3	7,0	6,9	6,6	6,1	5,8	-21,1
Calcioantagonisti	51,2	51,4	54,0	56,6	57,5	57,9	13,2
amlodipina	20,6	21,6	23,2	24,1	24,5	25,0	21,1
felodipina	3,5	3,3	3,1	2,8	2,5	2,3	-32,6
nifedipina	7,1	6,5	6,2	5,8	5,5	5,1	-27,2
lacidipina	3,9	3,8	3,8	3,6	3,4	3,3	-15,4
manidipina	3,9	3,8	3,9	3,8	3,8	3,8	-3,2
barnidipina	-	-	-	1,0	2,6	3,0	-
lercanidipina	4,1	4,6	6,3	8,4	8,6	9,3	125,3
verapamil	3,3	3,3	3,4	3,3	3,2	3,0	-9,2
diltiazem	3,9	3,7	3,4	3,2	2,9	2,7	-30,7

Tabella 77. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci calcioantagonisti

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	9,4	13,3	-7,3	54,4	15,1	-4,2
Caserta 1	9,5	14,0	-2,9	56,1	15,2	0,7
Caserta 2	10,2	13,9	-2,2	59,3	15,3	1,3
Napoli 1	11,1	13,8	-6,0	65,0	15,1	-2,3
Napoli 2	8,7	13,0	-6,6	50,5	14,5	-3,0
Napoli 3	9,9	13,6	- [§]	57,0	14,7	- [§]
Napoli 5	10,1	13,9	1,0	58,6	15,4	4,5
Salerno 2	10,8	14,6	-1,8	63,2	15,9	1,6
Salerno 3	9,7	14,7	-4,3	56,2	15,3	-0,8
CAMPANIA	10,0	13,5	-2,4	57,9	14,9	0,3

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

[§] valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

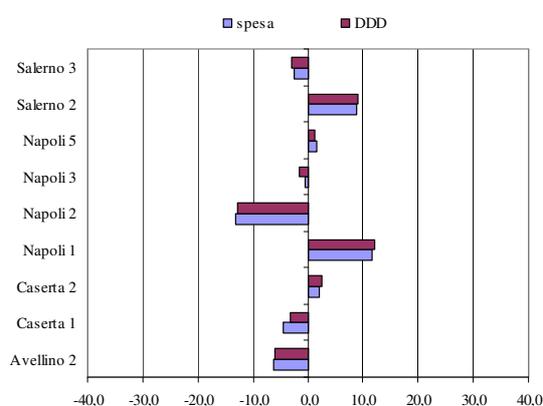


Figura 29. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci calcioantagonisti per ASL

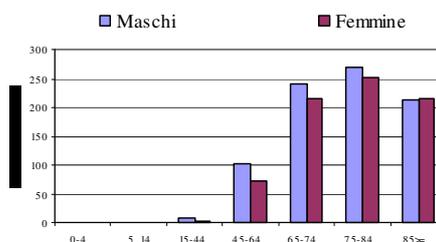


Figura 30. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci calcioantagonisti per classi di età e sesso

Tabella 78. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	8,42	8,77	9,50	10,13	7,77	9,07	9,24	9,77	8,70	9,08
Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto	0,93	0,75	0,68	1,01	0,89	0,84	0,90	1,07	1,02	0,89
Sostanze										
amlodipina	4,23	3,52	4,32	5,50	4,26	4,49	4,88	4,46	4,02	4,50
felodipina	0,28	0,49	0,44	0,44	0,26	0,29	0,28	0,37	0,46	0,37
nifedipina	0,73	1,14	0,81	0,79	0,60	0,73	0,70	0,92	0,94	0,77
lacidipina	0,56	0,77	0,95	0,61	0,66	0,88	0,55	0,67	0,89	0,70
manidipina	0,70	0,60	0,55	0,64	0,40	0,55	0,63	0,56	0,66	0,61
barnidipina	0,62	0,53	0,45	0,52	0,51	0,56	0,47	0,63	0,56	0,51
lercanidipina	1,19	1,62	1,92	1,54	0,99	1,53	1,59	2,07	1,12	1,52
verapamil	0,38	0,30	0,27	0,38	0,34	0,30	0,28	0,36	0,31	0,32
diltiazem	0,55	0,44	0,41	0,62	0,54	0,54	0,61	0,71	0,71	0,57

[§] Regione Campania

Tabella 79. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	48,31	51,00	54,89	58,29	44,64	51,62	52,88	56,52	49,93	52,18
Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto	6,09	5,05	4,45	6,67	5,90	5,40	5,72	6,65	6,25	5,76
Sostanze										
amlodipina	23,43	19,61	24,13	30,55	23,72	24,89	26,97	24,70	22,18	25,00
felodipina	1,79	3,11	2,82	2,78	1,67	1,85	1,79	2,34	2,93	2,33
nifedipina	4,86	7,59	5,44	5,34	4,15	4,88	4,59	5,97	6,07	5,13
lacidipina	2,58	3,57	4,39	2,84	3,07	4,06	2,56	3,11	4,11	3,27
manidipina	4,35	3,74	3,39	3,94	2,49	3,39	3,93	3,50	4,07	3,80
barnidipina	3,58	3,11	2,63	3,08	3,10	3,26	2,78	3,64	3,44	3,00
lercanidipina	7,17	9,85	11,81	9,36	6,06	9,03	9,70	12,84	6,92	9,26
verapamil	3,50	2,89	2,48	3,61	3,20	2,81	2,69	3,40	2,98	3,04
diltiazem	2,57	2,15	1,97	3,03	2,66	2,56	2,99	3,25	3,25	2,70

[§] Regione Campania

C09 - Sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina

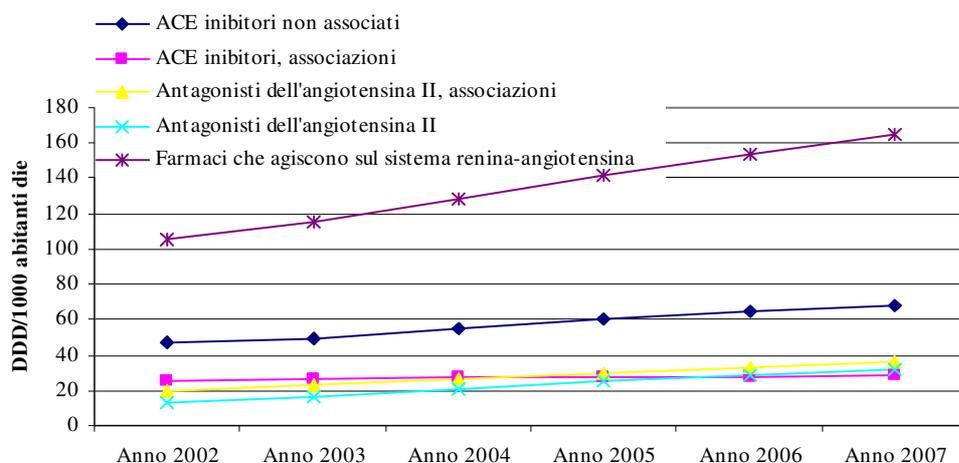


Figura 31. Consumo di farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina (Campania 2002-2007)

Tabella 80. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Ace-inibitori, non associati	47,4	49,5	54,4	60,2	64,7	67,7	42,8
Ace-inibitori, associazioni	25,4	26,2	27,6	27,3	27,4	28,6	12,5
Antagonisti angiotensina II, associazioni	19,7	22,8	26,2	29,3	32,9	36,7	86,0
Antagonisti angiotensina II	12,8	16,1	20,3	24,9	28,2	31,4	145,3
Farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina	105,3	114,7	128,5	141,8	153,2	164,4	56,0
captopril	0,6	0,6	0,5	0,4	110,1	0,3	-60,8
enalapril	14,5	14,6	14,5	14,0	6,0	13,8	-4,8
lisinopril	11,0	11,4	12,1	12,3	10,2	11,5	4,8
ramipril	8,1	10,0	13,6	20,1	6,6	30,6	280,3
captopril e diuretici	2,7	2,4	2,1	1,9	6,4	1,5	-45,7
enalapril e diuretici	5,6	5,6	5,6	5,5	7,4	5,3	-5,5
lisinopril e diuretici	4,9	5,0	5,5	5,7	3,6	5,8	19,2
ramipril e diuretici	3,1	3,7	4,3	4,6	4,9	5,1	61,6
losartan	3,0	3,1	3,4	3,6	6,0	3,8	26,8
valsartan	4,2	5,4	6,6	6,9	5,4	8,0	89,5
losartan e diuretici	4,0	5,2	6,0	6,5	25,8	6,8	67,8
valsartan e diuretici	3,7	4,5	5,8	8,3	12,1	10,9	194,2

Tabella 81. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	33,1	46,9	-4,7	152,3	42,4	1,2
Caserta 1	31,0	45,6	-0,3	155,0	42,0	6,9
Caserta 2	32,8	44,6	0,6	163,5	42,3	8,4
Napoli 1	35,2	43,6	-1,4	177,4	41,3	5,1
Napoli 2	29,2	44,0	-2,7	143,0	41,2	4,0
Napoli 3	32,1	44,0	- [§]	159,2	41,1	- [§]
Napoli 5	32,4	44,4	6,1	155,0	40,8	11,2
Salerno 2	33,5	45,2	0,2	166,3	42,0	6,5
Salerno 3	33,0	49,8	-0,3	169,1	46,1	6,4
CAMPANIA	33,6	45,4	3,2	164,4	42,1	6,7

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

[§] valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

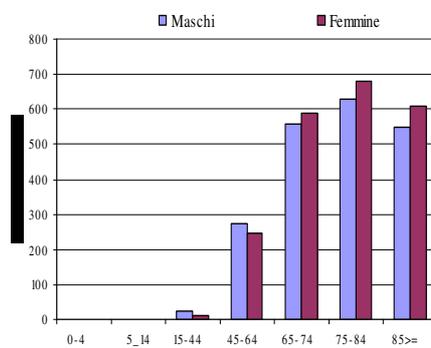
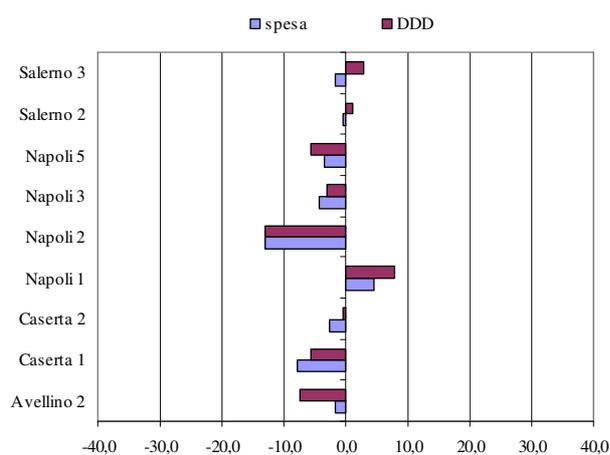


Figura 32. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina per ASL

Figura 33. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina per classi di età e sesso

Tabella 82. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	NA SA									
	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	5	2	SA 3	TOT [§]
Ace-inibitori	6,31	7,99	7,78	8,84	7,19	8,15	7,96	7,86	8,44	7,89
Ace-inibitori, associazioni	6,55	6,74	6,40	7,25	5,91	6,35	5,95	6,45	6,61	7,02
Antagonisti angiotensina II	8,68	7,20	8,58	9,29	7,46	8,07	9,17	9,34	8,94	8,49
Antagonisti angiotensina II, associazioni	11,52	9,03	10,00	9,78	8,68	9,57	9,36	9,84	9,03	10,21
Sostanze										
captopril	0,05	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03
enalapril	0,88	0,76	0,85	1,12	0,81	0,93	0,80	1,35	1,38	0,95
lisinopril	0,89	1,28	1,11	2,35	1,59	1,78	1,94	1,45	1,29	1,60
ramipril	1,99	3,16	2,97	2,89	2,26	2,57	2,12	2,26	3,12	2,61
captopril e diuretici	0,34	0,16	0,14	0,13	0,08	0,17	0,13	0,14	0,14	0,17
enalapril e diuretici	1,79	1,22	1,21	1,58	1,39	1,40	1,30	1,51	1,53	1,45
lisinopril e diuretici	0,98	1,31	1,33	1,96	1,33	1,60	1,52	1,45	1,02	1,44
ramipril e diuretici	1,14	1,65	1,48	1,19	1,08	0,98	0,85	1,24	1,75	1,29
losartan	1,70	1,11	0,93	1,61	1,15	1,19	1,32	1,32	1,61	1,33
valsartan	1,74	1,30	1,94	1,63	1,62	1,57	1,89	2,10	1,76	1,68
losartan e diuretici	3,23	2,01	1,82	2,68	2,06	2,38	2,04	2,00	2,30	2,31
valsartan e diuretici	3,34	3,12	3,99	2,70	3,04	3,03	3,38	3,38	3,12	3,24

[§] Regione Campania

Tabella 83. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Ace-inibitori	52,11	68,01	68,25	78,11	61,09	69,97	63,27	69,76	76,12	67,67
Ace-inibitori, associazioni	27,27	27,43	25,98	29,10	23,53	25,87	23,83	26,12	27,02	28,57
Antagonisti angiotensina II	37,57	31,63	38,40	40,40	31,70	34,13	39,10	40,07	37,99	36,68
Antagonisti angiotensina II, associazioni	35,30	27,93	30,91	29,75	26,66	29,26	28,82	30,34	27,93	31,44
Sostanze										
captopril	0,49	0,26	0,27	0,30	0,17	0,22	0,29	0,18	0,21	0,25
enalapril	12,75	11,04	12,40	16,25	11,78	13,48	11,51	19,66	19,90	13,82
lisinopril	6,23	9,26	8,18	16,89	11,43	13,05	14,02	10,52	9,24	11,55
ramipril	22,03	35,74	35,64	34,31	27,48	31,00	24,59	27,48	35,43	30,64
captopril e diuretici	2,75	1,37	1,30	1,10	0,78	1,39	1,09	1,12	1,25	1,49
enalapril e diuretici	6,62	4,48	4,43	5,73	5,09	5,14	4,75	5,53	5,59	5,26
lisinopril e diuretici	3,95	5,29	5,36	7,92	5,36	6,46	6,13	5,84	4,10	5,83
ramipril e diuretici	4,53	6,39	5,81	4,64	4,22	3,90	3,31	4,92	6,91	5,07
losartan	4,76	3,14	2,64	4,54	3,25	3,35	3,68	3,73	4,52	3,76
valsartan	8,14	6,20	9,32	7,79	7,87	7,66	9,04	10,04	8,45	8,04
losartan e diuretici	9,43	5,86	5,32	7,83	6,02	6,95	5,96	5,82	6,70	6,76
valsartan e diuretici	11,32	10,56	13,43	9,03	10,18	10,14	11,36	11,39	10,51	10,91

[§] Regione Campania

C10 – Ipolipemizzanti

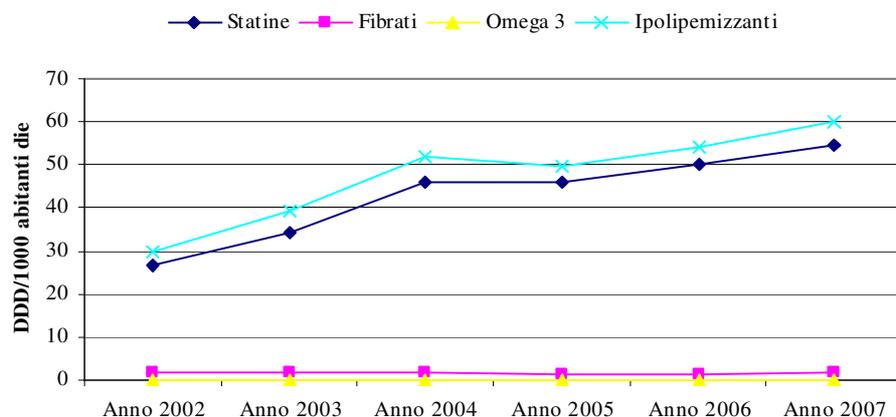


Figura 34. Consumo di farmaci ipolipemizzanti (Campania 2002-2007)

Tabella 84. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci ipolipemizzanti per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Statine	26,5	34,2	46,0	46,2	50,1	54,8	107,2
Fibrati	1,8	1,7	1,8	1,4	1,4	1,6	-8,8
Omega 3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	7,9
Ipolipemizzanti	29,7	39,2	52,1	49,7	54,2	60,2	102,4
simvastatina	10,9	12,7	14,0	14,4	14,3	15,7	44,1
pravastatina	4,4	5,6	6,7	5,7	5,4	4,8	10,3
fluvastatina	2,3	3,8	4,3	3,4	3,5	3,3	44,0
atorvastatina	8,9	12,1	19,2	18,7	20,5	22,3	151,5
rosuvastatina	-	-	1,8	4,0	5,8	7,4	-
Simvastatina- associazioni	-	-	-	-	0,2	0,9	-
bezafibrato	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	-63,7
gemfibrozil	0,5	0,4	0,4	0,2	1,0	0,2	-57,1
fenofibrato	0,8	1,0	1,2	1,0	0,1	1,2	46,6
colestiramina	0,1	0,1	0,1	0,1	2,3	0,1	7,6
omega-3-trigliceridi	1,5	3,2	4,2	2,0	0,3	2,8	89,6

Tabella 85. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci ipolipemizzanti

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 06/05	N	%*	Δ % 06/05
Avellino 2	16,9	24,0	-10,4	56,9	15,8	3,1
Caserta 1	14,2	21,0	-5,5	48,5	13,1	10,7
Caserta 2	17,8	24,2	-2,3	59,4	15,4	12,1
Napoli 1	20,0	24,8	-10,6	67,7	15,8	4,1
Napoli 2	17,1	25,8	-12,7	57,4	16,5	1,5
Napoli 3	17,8	24,3	- [§]	59,6	15,4	- [§]
Napoli 5	18,3	25,0	-2,4	62,1	16,3	13,3
Salerno 2	17,2	23,2	-7,0	59,1	14,9	8,3
Salerno 3	11,4	17,2	-10,2	38,0	10,4	3,7
CAMPANIA	17,8	24,1	-3,6	60,2	15,4	10,5

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci cardiovascolari

[§] valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

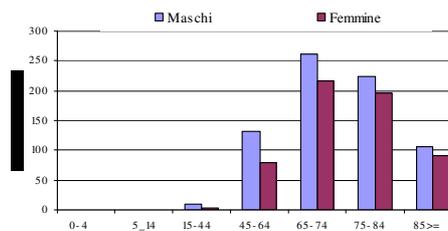
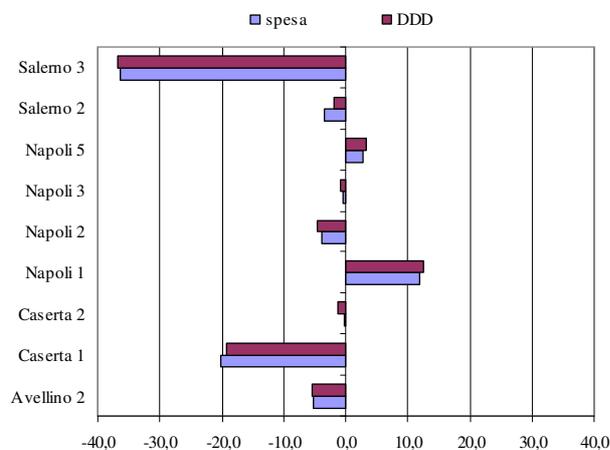


Figura 35. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci ipolipemizzanti per ASL

Figura 36. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci ipolipemizzanti per classi di età e sesso

Tabella 86. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Statine	14,77	12,62	15,64	17,05	14,67	15,41	16,10	15,37	10,33	14,87
Fibrati	0,20	0,12	0,19	0,34	0,30	0,26	0,23	0,19	0,09	0,23
Sequestranti degli acidi biliari	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,02	0,01	0,03
Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti, altri	1,89	1,47	1,91	2,52	2,12	2,05	1,95	1,63	0,93	1,86
Sostanze										
simvastatina	2,53	2,19	2,52	3,43	2,71	2,59	2,88	2,78	1,87	2,63
pravastatina	2,18	1,58	2,42	2,06	2,13	1,80	2,20	2,32	1,25	2,08
fluvastatina	0,71	0,54	0,61	0,75	0,57	0,58	0,80	0,89	0,44	0,66
atorvastatina	6,15	5,57	6,73	7,30	6,22	7,04	7,14	5,83	4,06	6,34
rosuvastatina	2,85	2,28	2,78	3,04	2,54	2,96	2,67	2,90	2,29	2,69
bezafibrato	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,02	0,04	0,02	0,01	0,02
gemfibrozil	0,05	0,02	0,04	0,05	0,05	0,04	0,03	0,02	0,02	0,03
fenofibrato	0,13	0,09	0,13	0,26	0,22	0,19	0,16	0,15	0,06	0,17
colestiramina	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,02	0,01	0,03
omega-3-trigliceridi	1,89	1,47	1,91	2,52	2,12	2,05	1,95	1,63	0,93	1,86

[§] Regione Campania

Tabella 87. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Statine	52,64	45,44	55,18	61,47	52,06	54,67	57,55	55,26	35,96	54,82
Fibrati	1,41	0,87	1,37	2,44	2,12	1,86	1,59	1,35	0,65	1,61
Sequestranti degli acidi biliari	0,07	0,05	0,06	0,08	0,06	0,07	0,08	0,04	0,03	0,06
Ipocolestero-lemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti, altri	2,80	2,18	2,83	3,73	3,15	3,04	2,88	2,41	1,38	2,76
Sostanze										
simvastatina	13,77	11,98	13,64	17,72	14,13	13,82	15,57	15,16	9,69	15,70
pravastatina	5,07	3,68	5,62	4,78	4,96	4,18	5,12	5,40	2,91	4,83
fluvastatina	3,57	2,66	3,11	3,76	2,91	2,94	4,07	4,49	2,18	3,31
atorvastatina	21,64	19,78	23,85	25,83	21,97	24,62	24,59	20,82	14,02	22,34
rosuvastatina	7,87	6,41	7,78	8,38	7,03	8,21	7,33	8,00	6,28	7,44
bezafibrato	0,11	0,10	0,14	0,19	0,18	0,16	0,24	0,10	0,07	0,15
gemfibrozil	0,32	0,14	0,26	0,32	0,31	0,27	0,21	0,15	0,10	0,22
fenofibrato	0,98	0,62	0,97	1,93	1,63	1,43	1,15	1,10	0,48	1,24
colestiramina	0,07	0,05	0,06	0,08	0,06	0,07	0,08	0,04	0,03	0,06
omega-3-trigliceridi	2,80	2,18	2,83	3,73	3,15	3,04	2,88	2,41	1,38	2,76

[§] Regione Campania

Antimicrobici per uso sistemico (I livello ATC: J)

Gli antimicrobici per uso sistemico scendono in Campania al terzo posto in termini di spesa lorda SSN. Dal 2002 al 2005 la prescrizione di antibiotici è lentamente aumentata (+5,7% Δ 05/02), mentre dal 2006 si inizia ad osservare una lieve riduzione (-5,6% Δ 05/07) associata ad un calo di spesa. Analizzando il trend di prescrizione per singolo gruppo terapeutico, rispetto al 2002 è evidente una diminuzione in dosi dispensate per le cefalosporine e macrolidi (-30,2% e -15,8% rispettivamente), mentre per le penicilline e i chinoloni si registra un incremento (+15,4% e +16,9% rispettivamente). Tra le penicilline l'aumento di prescrizione è dovuto soprattutto all'associazione amoxicillina + acido clavulanico, che risulta, con 8,7 DDD/1000 abitanti die, anche, l'antibiotico più prescritto; tra i

chinoloni aumentano la levofloxacin e la ciprofloxacina. Nell'ambito delle cefalosporine, le più utilizzate rimangono quelle di III generazione; tra queste la cefixima risulta la più impiegata, mentre si è arrestato l'incremento di consumo del ceftriaxone.

In ciascuna ASL in esame si osserva una riduzione di spesa e consumo per gli antimicrobici rispetto al 2006, con l'unica eccezione dell'ASL Napoli 5 dove si osserva un aumento in spesa e DDD (+1,6% e 11, 2% rispettivamente); l'ASL Napoli 3 con 41 DDD/100 abitanti die si conferma di gran lunga al di sopra del valore medio regionale. L'analisi per sesso e per età, nella popolazione assistibile delle 9 AA.SS.LL. a disposizione, evidenzia un consumo maggiore nelle fasce di età estreme; si osserva un lieve incremento di consumo nelle donne di età fertile probabilmente riconducibile alla terapia delle cistiti molto frequenti in questa sottopopolazione.

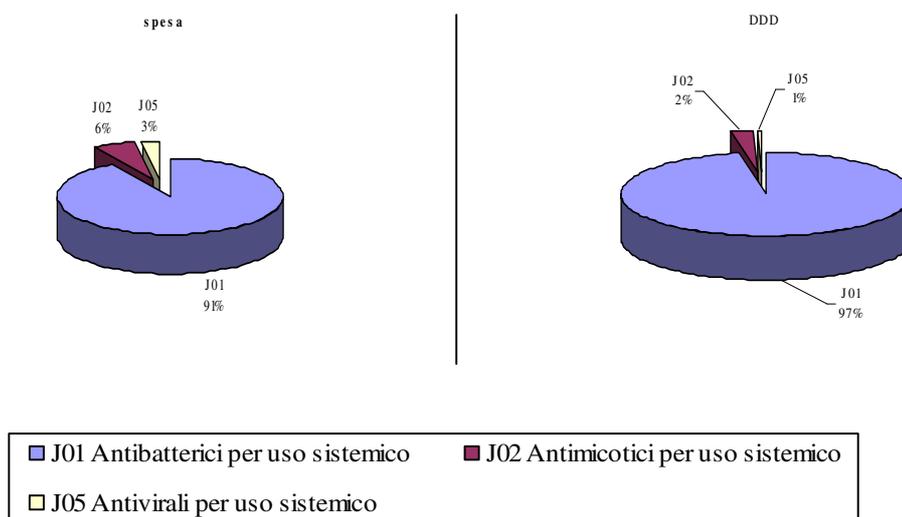


Figura 37. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci antimicrobici per uso sistemico nel 2006

J01 - Antibatterici per uso sistemico

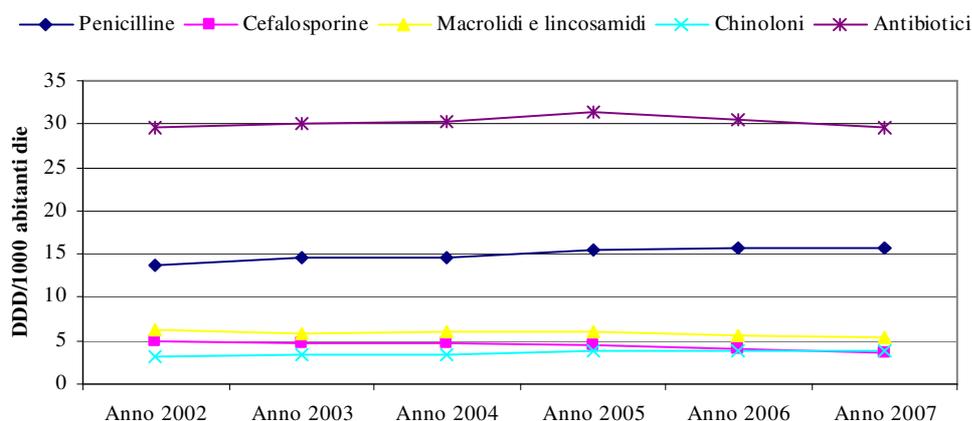


Figura 38. Consumo di farmaci antibatterici per uso sistemico(Campania 2002-2007)

Tabella 88. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci antibatterici per uso sistemico per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Penicilline	13,7	14,5	14,7	15,4	15,6	15,8	15,4
Cefalosporine	5,0	4,8	4,6	4,5	4,0	3,5	-30,2
Macrolidi e lincosamidi	6,3	5,9	6,0	6,1	5,7	5,3	-15,8
Chinoloni	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,7	16,9
Antibiotici	29,7	30,1	30,3	31,4	30,6	29,7	-0,2
amoxicillina	6,1	6,3	6,1	6,4	6,6	6,2	1,7
amoxicillina ed inibitori enzimatici	5,8	6,7	7,1	7,8	8,0	8,7	49,7
ceftriaxone	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	67,3
cefixima	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,1	-10,4
claritromicina	3,2	3,2	3,4	3,6	3,3	3,2	-1,1
azitromicina	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,3	-6,2
ciprofloxacina	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	27,5
levofloxacina	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	27,3
fosfomicina	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	15,9

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
	pro capite	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	22,0	88,8	-19,5	28,0	96,8	-4,6
Caserta 1	18,8	85,6	-9,4	24,2	96,0	-1,8
Caserta 2	27,8	88,2	-9,4	33,7	96,7	-2,8
Napoli 1	23,7	87,3	-17,6	28,7	96,0	-7,3
Napoli 2	23,5	88,4	-15,9	28,9	96,2	-7,9
Napoli 3	31,6	89,9	- [§]	41,0	97,1	- [§]
Napoli 5	26,1	88,3	1,6	29,5	96,5	11,2
Salerno 2	20,3	89,5	-14,6	26,1	96,2	-3,2
Salerno 3	15,7	89,1	-15,4	20,8	96,4	-3,1
CAMPANIA	23,8	88,9	-11,7	29,7	96,5	-3,3

Tabella 89. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antibatterici per uso sistemico

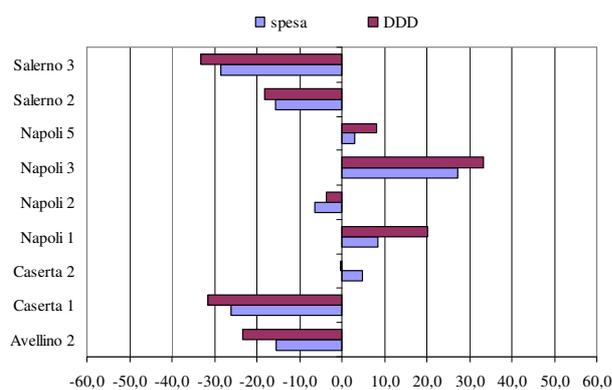


Figura 39. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci antibatterici per uso sistemico per ASL

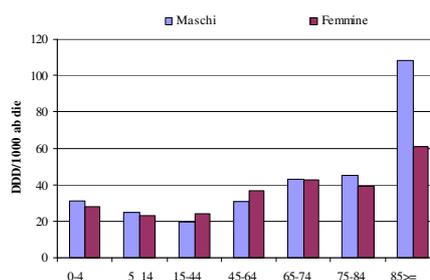


Figura 40. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci antibatterici per uso sistemico per classi di età e sesso

Tabella 90. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	SA									
	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA5	2	SA 3	TOT [§]
Tetracicline	0,05	0,05	0,06	0,05	0,05	0,08	0,06	0,08	0,05	0,06
Penicilline	4,55	3,98	5,43	4,76	5,15	6,93	4,86	4,21	3,28	4,82
Cefalosporine di I gen.	0,13	0,12	0,15	0,06	0,06	0,10	0,07	0,11	0,06	0,09
Cefalosporine di II gen.	0,78	0,83	1,21	0,72	0,84	1,36	0,88	0,89	0,72	0,89
Cefalosporine di III gen.	4,46	3,94	7,01	5,66	5,88	8,03	6,85	4,48	3,64	5,79
Cefalosporine di IV gen.	0,06	0,06	0,13	0,08	0,08	0,08	0,06	0,10	0,04	0,08
Sulfamidici e trimetoprim	0,11	0,11	0,19	0,11	0,13	0,17	0,11	0,10	0,08	0,12
Macrolidi e lincosamidi	5,50	4,47	6,90	5,61	5,80	7,33	6,18	4,44	3,69	5,69
Aminoglicosidi	0,17	0,15	0,26	0,32	0,29	0,42	0,39	0,17	0,12	0,27
Chinolonici	4,95	3,99	4,95	4,88	4,09	5,50	5,23	4,73	3,34	4,79
Altri antibatterici	1,16	1,01	1,47	1,35	1,08	1,52	1,28	1,01	0,64	1,19
Sostanze										
amoxicillina	0,76	0,69	0,99	0,78	0,79	1,37	0,79	0,76	0,69	0,83
amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,19	2,38	3,17	3,28	3,47	4,66	3,40	3,04	2,28	3,23
ceftriaxone	1,43	1,08	2,35	2,29	2,43	3,29	2,82	2,03	1,95	2,28
cefixima	1,08	1,53	2,09	1,19	1,14	1,82	1,33	0,94	0,85	1,33
ceftibuteno	0,55	0,51	0,84	0,52	0,51	0,87	0,78	0,58	0,28	0,62
sulfametoxa-zolo e trimetoprim	0,11	0,11	0,19	0,11	0,13	0,17	0,11	0,10	0,08	0,12
claritromicina	2,94	2,27	3,64	2,76	3,16	4,00	3,28	2,38	2,20	3,04
azitromicina	1,79	1,39	1,93	1,79	1,63	1,79	2,01	1,48	1,02	1,72
ciprofloxacina	1,39	1,01	1,27	1,40	1,04	1,16	1,64	1,37	0,86	1,32
levofloxacina	2,01	1,86	2,25	2,09	1,88	2,65	1,97	1,72	1,62	2,02
fosfomicina	0,89	0,79	1,25	1,10	0,86	1,31	1,06	0,88	0,57	0,99

[§] Regione Campania

Tabella 91. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE2	NA 1	NA 2	NA 3	NA5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Tetracicline	0,21	0,21	0,27	0,22	0,26	0,36	0,23	0,32	0,23	0,26
Penicilline	15,09	12,77	16,86	15,23	15,63	22,97	14,83	14,02	11,48	15,77
Cefalosporine di I gen.	0,11	0,08	0,11	0,08	0,07	0,09	0,07	0,10	0,05	0,08
Cefalosporine di II gen.	0,89	0,99	1,53	0,85	1,03	1,65	1,06	1,07	0,81	1,08
Cefalosporine di III gen.	1,82	1,98	3,14	2,16	2,17	3,23	2,59	1,83	1,44	2,33
Cefalosporine di IV gen.	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
Sulfamidici e trimetoprim	0,60	0,56	0,92	0,59	0,65	0,84	0,59	0,51	0,41	0,62
Macrolidi e lincosamidi	5,10	4,11	6,40	5,22	5,40	6,83	5,66	4,15	3,57	5,30
Aminoglicosidi	0,06	0,05	0,10	0,11	0,10	0,15	0,13	0,06	0,04	0,09
Chinolonici	3,81	3,10	3,84	3,83	3,22	4,37	3,93	3,66	2,56	3,74
Altri antibatterici	0,36	0,32	0,49	0,44	0,34	0,52	0,43	0,35	0,22	0,39
Sostanze										
amoxicillina	5,71	5,21	7,30	5,82	5,83	10,20	5,85	5,69	5,15	6,18
amoxicillina ed inibitori enzimatici	8,27	6,12	8,02	8,59	8,92	11,71	8,43	8,00	6,03	8,74
ceftriaxone	0,31	0,24	0,53	0,51	0,55	0,73	0,63	0,44	0,43	0,52
cefixima	0,91	1,25	1,76	1,00	0,95	1,53	1,10	0,81	0,73	1,12
ceftibuteno	0,36	0,34	0,56	0,35	0,34	0,58	0,52	0,39	0,18	0,42
sulfametoxa-zolo e trimetoprim	0,60	0,56	0,92	0,59	0,65	0,84	0,59	0,51	0,41	0,61
claritromicina	3,09	2,39	3,89	2,90	3,30	4,22	3,41	2,49	2,32	3,20
azitromicina	1,34	1,03	1,45	1,35	1,23	1,35	1,51	1,13	0,77	1,30
ciprofloxacina	1,05	0,77	0,96	1,06	0,80	0,88	1,24	1,01	0,62	1,02
levofloxacina	1,22	1,12	1,35	1,27	1,14	1,59	1,20	1,04	0,98	1,23
fosfomicina	0,34	0,30	0,48	0,42	0,33	0,50	0,40	0,34	0,22	0,38

[§] Regione Campania

Farmaci per il sistema muscolo-scheletrico (I livello ATC: M)

I farmaci per il sistema muscolo-scheletrico hanno rappresentato circa il 4% della spesa totale e il 5% di tutte le DDD prescritte (Tabelle 25 e 27). All'interno di questa categoria, i farmaci antinfiammatori e antireumatici (M01) hanno determinato la maggiore quota di spesa (61%) e di DDD prescritte (75%) (Figura 40). A livello di ASL si osserva una notevole variabilità prescrittiva sia in termini di spesa (da 5,2 euro pro capite dell'ASL Caserta 1 a 8,1 euro pro capite dell'ASL Napoli 3) sia di DDD dispensate (da 29,0 DDD/1000 abitanti die dell'ASL Caserta 1 a 48,9 DDD/1000 abitanti die dell'ASL Napoli 3) (Tabelle 24 e 26).

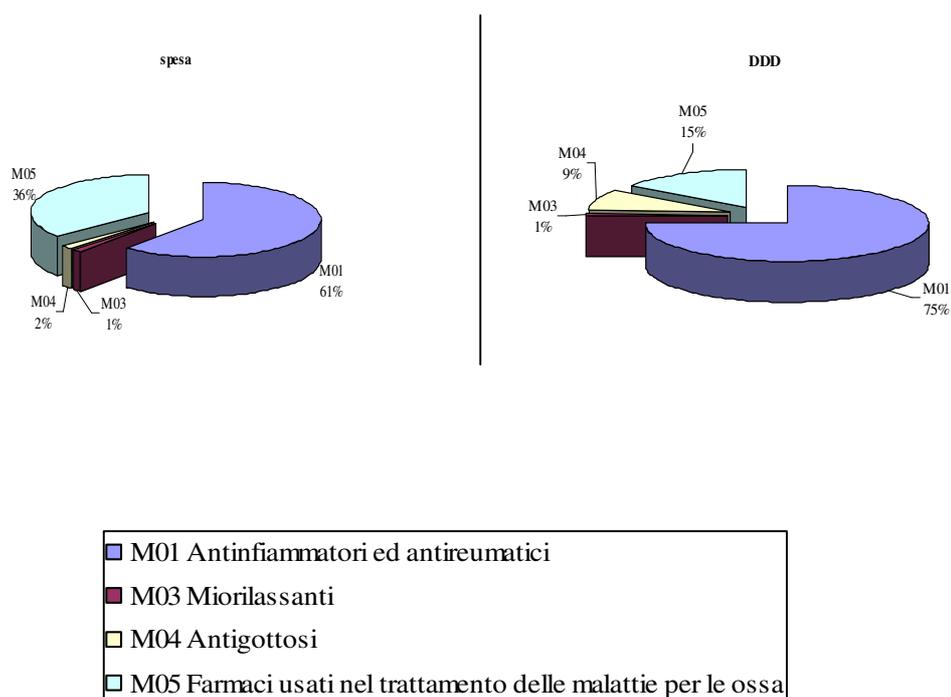


Figura 41. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci del sistema muscolo-scheletrico nel 2007

M01 - Antinfiammatori

Rispetto al 2002 la prescrizione dei farmaci antiinfiammatori è diminuita (-20,5% Δ 07/02). Il calo di consumo registrato è attribuibile, in realtà, al ritiro dal commercio per gli effetti cardiovascolari del

rofecoxib e valdecoxib, avventato alla fine del 2004. Infatti solo tra il 2004 e 2005, i COXIB hanno subito una riduzione di prescrizione pari al 65%, non compensata da quella dei Fans tradizionali, che rimane stazionaria. Anche il consumo di celecoxib ed etorocoxib risente del ritiro dei due congeneri, visto che tra il 2004 e 2006 si osserva un calo in DDD dispensate pari al 62% e 39% rispettivamente. Va segnalato però che nel 2007 si osserva un lieve aumento della prescrizione per i COXIB (+2% rispetto al 2006) e una riduzione d'uso dei FANS tradizionali (-1% rispetto al 2006). Per quanto riguarda i Fans tradizionali, negli ultimi anni si registra un incremento di prescrizione per l'ibuprofene e ketoprofene, mentre in calo è il consumo di piroxicam. La nimesulide rimane l'antiinfiammatorio più utilizzato, anche se, dal 2006 ha iniziato a registrare una riduzione d'uso (-22% Δ07/05).

L'analisi del consumo dei farmaci antiinfiammatori per sesso ed età, mostra un andamento crescente all'avanzare dell'età con un picco nella fascia 74-85 anni; in tutte le classi di età il consumo risulta maggiore sempre nelle donne.

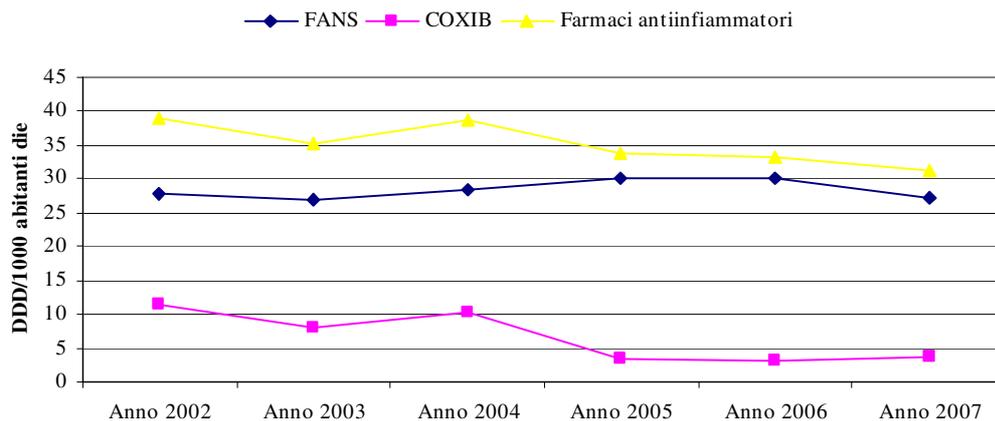


Figura 42. Consumo di farmaci antiinfiammatori (Campania 2002-2007)

Tabella 92. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci antinfiammatori per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	$\Delta\%$ 07/02
Fans	27,7	27,1	28,3	30,1	30,1	27,4	-1,3
Coxib	11,3	8,1	10,2	3,6	3,2	3,7	-67,3
Fans	39,1	35,2	38,6	33,7	33,4	31,1	-20,5
diclofenac	3,1	3,3	3,7	4,2	4,4	4,5	45,6
ketorolac	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	-41,5
piroxicam	2,7	2,3	2,2	2,1	1,9	1,7	-36,0
ibuprofene	0,6	0,6	0,7	0,9	1,0	1,1	88,8
ketoprofene	3,9	3,7	4,0	4,5	4,8	4,9	25,9
celecoxib	4,6	4,3	3,7	1,5	1,4	1,5	-66,8
etoricoxib	-	-	3,0	1,8	1,8	2,2	-
nimesulide	12,8	12,4	12,6	12,1	11,7	9,4	-26,5

Tabella 93. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antinfiammatori

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	4,0	69,4	-14,5	23,9	72,6	-9,1
Caserta 1	3,5	67,7	-9,3	21,3	73,5	-5,2
Caserta 2	5,0	67,0	-9,5	31,0	78,1	-4,3
Napoli 1	5,2	70,7	-14,4	37,4	83,1	-11,1
Napoli 2	4,4	71,8	-14,4	30,0	82,5	-12,8
Napoli 3	6,0	74,9	- [§]	41,5	84,7	- [§]
Napoli 5	4,9	69,4	-3,8	33,7	81,3	0,9
Salerno 2	4,0	64,7	-13,0	25,5	75,7	-9,6
Salerno 3	3,4	66,5	-15,3	20,8	71,2	-11,0
CAMPANIA	4,7	61,2	-10,4	31,1	75,3	-7,3

* calcolate sul totale della spesa e DDD per i farmaci per il sistema muscolo-scheletrico

[§] valore non calcolato in quanto i dati 2006/2007 non sono confrontabili

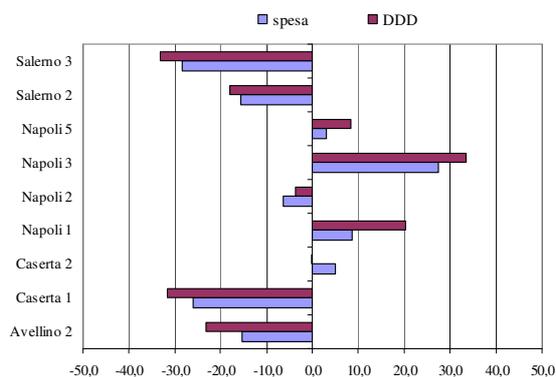


Figura 43. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci antinfiammatori per ASL

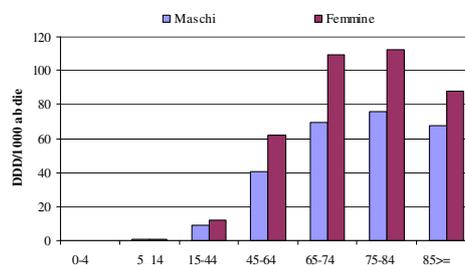


Figura 44. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci antinfiammatori per classi di età e sesso

Tabella 91 Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Fans	2,80	2,42	3,57	3,97	3,18	4,43	3,62	2,93	2,39	3,41
Coxib	1,21	1,09	1,41	1,18	1,26	1,61	1,26	1,07	1,00	1,33
Sostanze										
diclofenac	0,53	0,47	0,71	0,79	0,59	0,87	0,72	0,57	0,63	0,68
ketorolac	0,26	0,19	0,34	0,26	0,26	0,33	0,19	0,25	0,12	0,25
piroxicam	0,32	0,20	0,26	0,26	0,24	0,35	0,30	0,25	0,19	0,26
ibuprofene	0,22	0,11	0,19	0,15	0,14	0,19	0,15	0,25	0,19	0,18
naproxene	0,04	0,04	0,06	0,11	0,07	0,09	0,08	0,06	0,04	0,07
ketoprofene	0,43	0,50	0,74	0,76	0,65	0,91	0,78	0,49	0,44	0,66
celecoxib	0,58	0,40	0,65	0,53	0,50	0,63	0,53	0,35	0,46	0,56
etoricoxib	0,63	0,68	0,76	0,65	0,76	0,98	0,73	0,72	0,54	0,77
nimesulide	0,47	0,39	0,60	0,86	0,65	0,92	0,70	0,49	0,32	0,62

[§] Regione Campania

Tabella 92. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Fans	20,55	18,13	27,09	34,08	26,40	36,88	30,14	22,47	17,91	27,37
Coxib	3,30	3,12	3,91	3,29	3,54	4,57	3,51	3,00	2,88	3,71
Sostanze										
diclofenac	3,47	2,93	4,47	5,44	3,96	5,89	4,86	3,70	4,13	4,55
ketorolac	0,47	0,34	0,62	0,46	0,47	0,60	0,35	0,45	0,22	0,46
piroxicam	2,02	1,37	1,78	1,86	1,67	2,29	1,96	1,72	1,31	1,75
ibuprofene	1,22	0,62	1,02	0,79	0,73	1,04	0,83	1,37	1,04	1,09
naproxene	0,65	0,63	0,99	1,61	1,08	1,29	1,21	0,88	0,60	1,03
ketoprofene	2,73	3,39	5,25	6,07	5,15	7,17	5,96	3,41	3,16	4,94
celecoxib	1,58	1,12	1,79	1,45	1,36	1,74	1,45	0,98	1,27	1,53
etoricoxib	1,72	2,00	2,13	1,84	2,18	2,83	2,06	2,02	1,61	2,18
nimesulide	6,93	5,75	8,99	13,27	9,99	14,23	10,77	7,37	4,71	9,41

[§] Regione Campania

M05 - Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa

A livello regionale, gli M05 si confermano tra i primi 20 gruppi terapeutici in termini di spesa lorda registrando un incremento rispetto l'anno precedente, pari al 5% in termini di spesa e del 22% in termini di dosi dispensate. Nell'ambito di questa categoria per i bifosfonati si osserva un aumento in DDD pari al 10% rispetto al 2006. Dal 2002 al 2007, è evidente un netto trend positivo in termini di dosi dispensate per l'intera categoria; fino al 2005 tale incremento è quasi esclusivamente attribuibile ai bisofonati, mentre, tra il 2005 e 2007, è dovuto prevalentemente agli altri farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione, in particolare, alla nuova molecola proposta per il trattamento dell'osteoporosi, stronzio ranelato, immessa in commercio nel 2005. Va segnalato che l'acido aledondronico, come nel 2006, continua a registrare un lieve calo di consumo (-22% Δ07/05), a favore di un incremento, pari al 35%, per l'acido risedronico.

Come atteso la prescrizione degli M05 è soprattutto a carico delle donne, con un andamento crescente con l'età.

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
	pro capite	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	1,5	25,7	-6,8	3,4	10,4	17,4
Caserta 1	1,4	27,7	-9,9	3,2	10,9	11,7
Caserta 2	2,2	30,2	-9,2	5,0	12,7	11,9
Napoli 1	1,9	26,7	-18,1	4,4	9,7	4,3
Napoli 2	1,6	25,5	-12,6	3,4	9,5	12,0
Napoli 3	1,8	22,7	- ^s	4,1	8,3	- ^s
Napoli 5	2,0	27,9	-11,6	4,4	10,6	11,2
Salerno 2	2,0	32,0	-14,3	4,5	13,3	3,8
Salerno 3	1,5	28,7	-24,7	3,4	11,8	-7,0
CAMPANIA	2,8	35,9	5,0	6,2	15,1	22,1

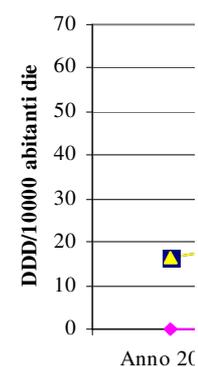


Figura 45.

Consumo di farmaci per i farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (Campania 2002-2007)

Tabella 96. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Bifosfonati	1,66	2,21	3,14	4,06	3,92	4,34	160,66
Altri farmaci che agiscono sulla struttura ossea	-	-	-	-	0,27	0,51	-
Farmaci usati per le malattie delle ossa	1,66	2,21	3,14	4,06	5,08	6,23	274,48
acido alendronico	0,10	0,14	0,18	0,22	0,18	0,17	69,83
acido risedronico	0,04	0,04	0,08	0,12	0,14	0,16	331,50

per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Tabella 97. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa

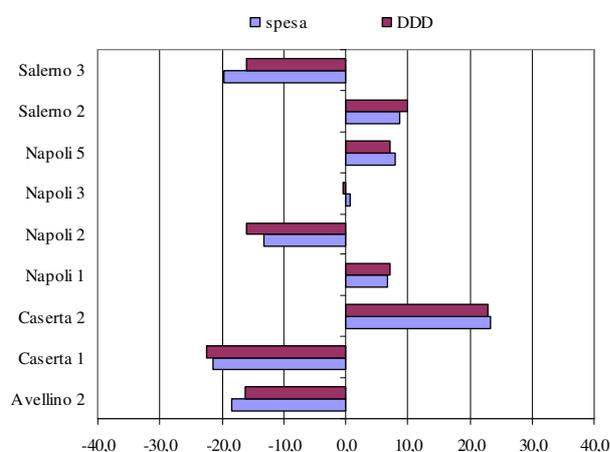


Figura 46. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa per ASL

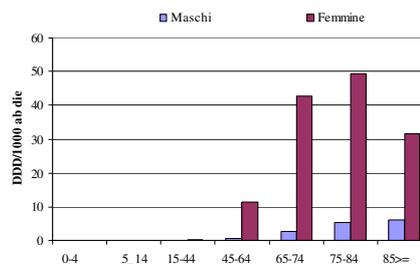


Figura 47. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa per classi di età e sesso

Tabella 91. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Bifosfonati	1,27	1,20	1,94	1,60	1,18	1,44	1,53	1,71	1,31	1,78
Sostanze										
acido alendronico	0,48	0,48	0,60	0,63	0,40	0,59	0,68	0,73	0,64	0,59
acido risedronico	0,77	0,66	1,28	0,94	0,75	0,82	0,83	0,97	0,65	0,92

[§] Regione Campania

Tabella 92. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Bifosfonati	3,10	2,82	4,56	3,86	2,83	3,47	3,71	4,09	3,20	4,34
Sostanze										
acido										
alendronico	1,45	1,32	1,78	1,85	1,22	1,72	1,94	2,02	1,80	2,02
acido										
risedronico	1,64	1,41	2,73	2,00	1,60	1,75	1,76	2,06	1,39	1,96

[§] Regione Campania

Farmaci per il sistema nervoso (I livello ATC: N)

Nel 2007 i farmaci per il sistema nervoso si confermano al quinto posto in termini di spesa lorda SSN in Campania sebbene si registri un calo rispetto l'anno precedente (-4,9%), a fronte di una lieve riduzione in DDD (-0,3%). Come mostrato in Figura 48, infatti, nell'ambito di questa categoria i psicoanalettici (N06) sono al primo posto per spesa e DDD seguiti dagli antiepilettici (N03).

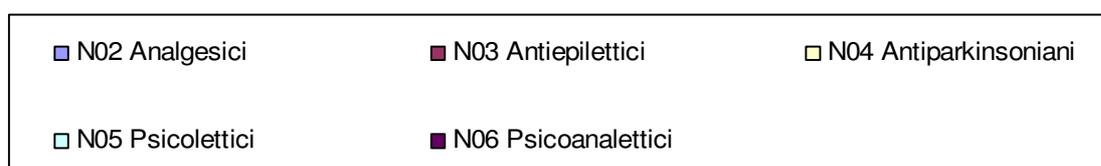
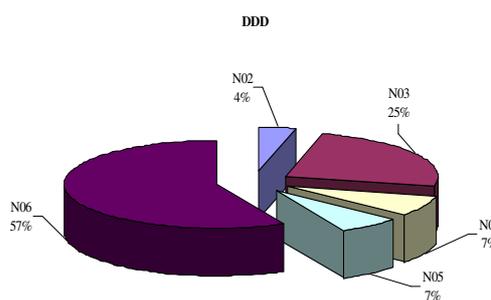
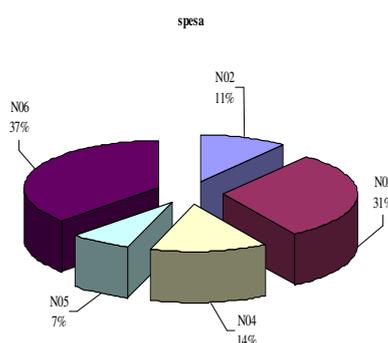


Figura 48. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci per il sistema nervoso, nel 2007

N03 – Antiepilettici

Nel 2007 la prescrizione dei farmaci antiepilettici ha registrato una lieve riduzione rispetto l'anno precedente (-6,7%), arrestando il trend in ascesa osservato negli anni dal 2002 al 2006 (+33,9% Δ 06/02). A livello di principio attivo, continua a crescere la prescrizione dell'oxacarbazepina, così come, continua diminuire quella del gabapentin e del pregabalin, immesso quest'ultimo in commercio dopo la scadenza del brevetto del gabapentin e la comparsa sul mercato dei corrispettivi generici avvenuta il 30 luglio 2005. L'utilizzo degli antiepilettici aumenta con l'età raggiungendo il picco nella fascia di età 75-84 anni; il consumo risulta maggiore negli uomini.

Tra le AA.SS.LL analizzate, la Napoli 3 registra il più alto valore di spesa (6,7 euro per assistibile) e DDD (12 DDD/1000 abitanti die) discostandosi dai rispettivi valori medi regionali del 25% e 28%.

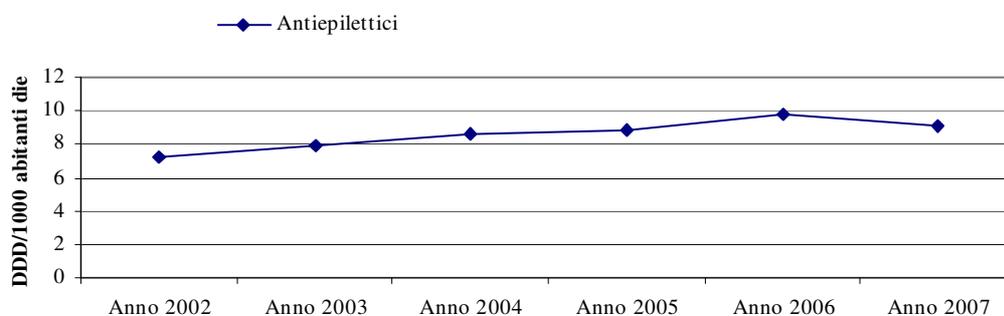


Figura 49. Consumo di farmaci per i farmaci antiepilettici (Campania 2002-2007)

Tabella 100. Consumo in DDD/1000 abitanti die per i farmaci antiepilettici per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Antiepilettici	7,3	7,9	8,6	8,9	9,7	9,1	24,9
fenobarbital	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	2,6	-16,4
clonazepam	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	57,4
carbamazepina	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	-7,7
oxcarbazepina	0,3	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	204,3
acido valproico	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	48,0
lamotrigina	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	98,3
gabapentin	0,6	0,7	0,9	0,7	0,5	0,3	-48,0
pregabalin	-	-	-	-	0,8	0,5	-

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	4,5	32,3	-18,3	8,8	25,7	-12,8
Caserta 1	4,3	29,0	-13,5	8,4	22,1	-5,3
Caserta 2	4,3	31,4	-13,6	8,6	23,0	-6,9
Napoli 1	4,8	33,0	-12,2	9,2	25,5	-6,9
Napoli 2	4,6	35,7	-10,3	8,3	26,5	-4,4
Napoli 3	5,1	36,4	- [§]	10,1	26,8	- [§]
Napoli 5	4,6	32,7	-8,9	9,7	27,9	-1,9
Salerno 2	5,0	30,0	-11,6	9,2	22,8	-6,9
Salerno 3	4,0	28,2	-13,0	8,1	22,0	-4,9
CAMPANIA	4,7	30,6	-11,2	9,1	24,7	-7,2

Tabella 101. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antiepilettici

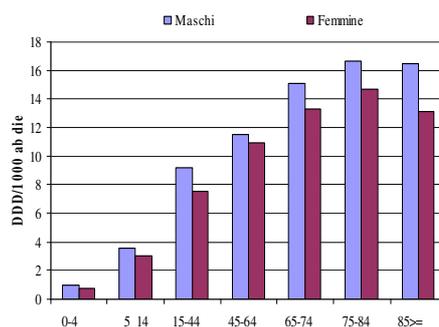
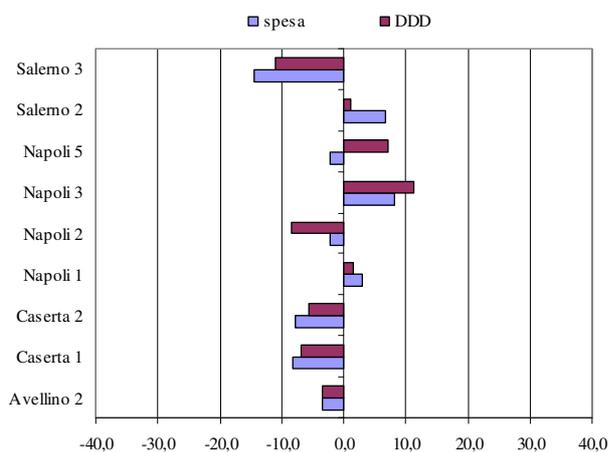


Figura 50. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci antiepilettici per ASL

Figura 51. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci antiepilettici per classi di età e sesso

Tabella 102. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antiepilettici	4,51	4,28	4,30	4,81	4,57	5,06	4,57	4,98	4,00	4,67
Sostanze										
fenobarbital	0,08	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,10	0,08	0,08	0,08
clonazepam	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,03	0,04
carbamazepin a	0,25	0,22	0,22	0,23	0,19	0,25	0,26	0,23	0,18	0,23
oxcarbazepina acido	0,28	0,30	0,30	0,33	0,28	0,41	0,28	0,27	0,21	0,32
valproico	0,42	0,53	0,51	0,47	0,43	0,52	0,53	0,54	0,45	0,50
lamotrigina	0,79	0,72	0,79	0,96	0,95	0,88	1,00	1,09	0,94	0,92
topiramato	0,67	0,71	0,75	0,64	0,72	0,73	0,47	0,90	0,71	0,66
gabapentin	0,26	0,27	0,19	0,27	0,22	0,25	0,23	0,29	0,25	0,25
pregabalin	0,85	0,54	0,63	0,81	0,73	0,79	0,71	0,56	0,44	0,70

[§] Regione Campania

Tabella 103. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antiepilettici	8,77	8,45	8,58	9,21	8,32	10,11	9,73	9,18	8,08	9,08
Sostanze										
fenobarbital	2,73	2,42	2,61	2,66	2,48	3,06	3,12	2,53	2,65	2,62
clonazepam	0,17	0,13	0,16	0,18	0,15	0,20	0,20	0,29	0,14	0,19
carbamazepin a	1,33	1,23	1,20	1,31	1,06	1,38	1,44	1,26	1,04	1,28
oxcarbazepina acido	0,79	0,83	0,85	0,92	0,78	1,15	0,78	0,76	0,60	0,90
valproico	1,07	1,40	1,34	1,25	1,11	1,40	1,42	1,39	1,21	1,31
lamotrigina	0,68	0,63	0,67	0,83	0,82	0,77	0,88	0,92	0,80	0,81
topiramato	0,36	0,38	0,40	0,34	0,38	0,38	0,25	0,48	0,37	0,35
gabapentin	0,29	0,30	0,22	0,31	0,24	0,29	0,26	0,34	0,29	0,30
pregabalin	0,65	0,41	0,47	0,63	0,57	0,60	0,56	0,43	0,33	0,53

N05 – Psicolettici

L'analisi dei dati di prescrizione relativi ai farmaci psicolettici risente della presenza di principi attivi, quali aripiprazolo, olanzapina, quietapina, clozapina e risperidone (antipsicotici atipici) nella lista dei farmaci erogabili in distribuzione diretta. Con queste limitazioni, in generale per l'intera categoria si osserva una riduzione di consumo tra il 2002 e 2006 (-5,3%). Nel 2006 in Campania l'uso dei farmaci antipsicotici tipici ed atipici è stato pari a 1,6 DDD/1000 abitanti die in linea con il dato nazionale, con un decremento rispetto al 2005 pari al 12%. Per quanto riguarda le singole molecole, si osserva un incremento di prescrizione per la clorpromazina, la levomepromazina, amisulpiride e aripiprazolo, rispettivamente +3%, +19% e +77%.

L'utilizzo per l'intera categoria risulta più elevato nelle classi di età 45-64 anni e ≥85 anni, specie negli uomini.

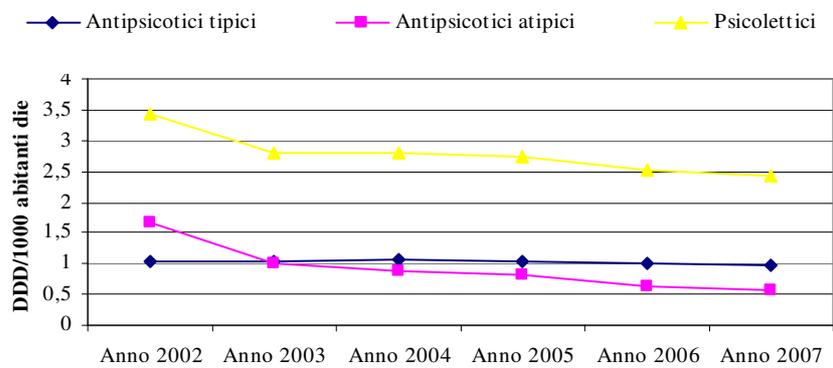


Figura 52. Consumo di farmaci per i farmaci psicolettici (Campania 2002-2007)

Tabella 104. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci psicolettici per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Antipsicotici tipici	1,05	1,04	1,07	1,03	0,99	0,98	-6,1
Antipsicotici atipici	1,68	1,01	0,87	0,83	0,64	0,58	-65,6
Psicolettici	3,43	2,79	2,80	2,75	2,51	2,44	-29,0
clorpromazina	0,05	0,05	0,05	0,06	0,07	0,06	31,5
levomeproma-zina	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	53,0
flufenazina	0,20	0,20	0,19	0,20	0,18	0,17	-16,1
tioridazina	0,13	0,12	0,12	0,04	<0,001	<0,001	-100,0
aloperidolo	0,53	0,53	0,57	0,58	0,61	0,62	17,2
clozapina	0,15	0,08	0,08	0,07	0,05	0,05	-64,5
olanzapina	0,68	0,47	0,42	0,39	0,25	0,21	-69,4
quetiapina	0,10	0,09	0,11	0,11	0,09	0,08	-14,8
amisulpride	0,07	<0,001	<0,001	0,04	0,07	0,09	22,7
levosulpiride	0,08	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-96,9
litio	0,48	0,48	0,49	0,50	0,49	0,49	3,8
risperidone	0,56	0,36	0,26	0,20	0,15	0,10	-81,6
clotiapina	0,17	0,18	0,29	0,30	0,30	0,29	70,4
aripiprazolo	-	-	-	0,02	0,03	0,04	-

Tabella 105. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci psicoletici

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	0,9	6,2	13,8	2,4	7,1	0,7
Caserta 1	0,6	4,2	-35,6	2,0	5,3	-10,0
Caserta 2	0,6	4,4	-14,3	2,5	6,8	-2,0
Napoli 1	0,9	5,9	-13,2	2,3	6,3	-4,3
Napoli 2	1,0	7,5	-32,7	2,5	7,8	-12,2
Napoli 3	1,0	7,1	- [§]	2,9	7,6	- [§]
Napoli 5	0,8	5,9	-42,5	2,5	7,1	-10,2
Salerno 2	1,7	10,2	-40,8	2,8	7,0	-17,1
Salerno 3	1,1	7,5	-30,9	2,0	5,5	-10,3
CAMPANIA	1,1	7,3	-14,7	2,4	6,6	-4,6
ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	0,9	6,2	13,8	2,4	7,1	0,7
Caserta 1	0,6	4,2	-35,6	2,0	5,3	-10,0
Caserta 2	0,6	4,4	-14,3	2,5	6,8	-2,0
Napoli 1	0,9	5,9	-13,2	2,3	6,3	-4,3
Napoli 2	1,0	7,5	-32,7	2,5	7,8	-12,2
Napoli 3	1,0	7,1	- [§]	2,9	7,6	- [§]
Napoli 5	0,8	5,9	-42,5	2,5	7,1	-10,2
Salerno 2	1,7	10,2	-40,8	2,8	7,0	-17,1
Salerno 3	1,1	7,5	-30,9	2,0	5,5	-10,3
CAMPANIA	1,1	7,3	-14,7	2,4	6,6	-4,6

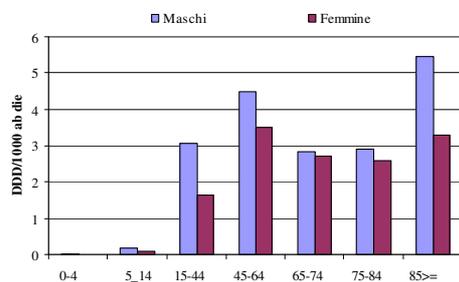


Figura 53. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci psicolettici per ASL

Figura 54. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci psicolettici per classi di età e sesso

Tabella 106. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antipsicotici tipici	0,87	0,61	0,59	0,85	0,95	0,98	0,82	1,69	1,05	1,11
Antipsicotici atipici	0,38	0,15	0,13	0,19	0,29	0,18	0,18	0,48	0,28	0,27
Ansiolitici	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ipnotici sedativi	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Sostanze										
clorpromazina	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
levomeproma- zina	0,03	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
flufenazina	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
aloperidolo	0,08	0,06	0,09	0,06	0,07	0,08	0,08	0,05	0,04	0,06
clozapina	0,02	0,02	0,01	0,03	0,04	0,03	0,03	0,11	0,04	0,05
olanzapina	0,07	0,14	0,10	0,24	0,26	0,29	0,22	0,50	0,27	0,38
quetiapina	0,05	0,09	0,07	0,11	0,13	0,14	0,14	0,30	0,22	0,16
amisulpride	0,15	0,05	0,08	0,11	0,06	0,12	0,08	0,14	0,12	0,08
litio	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,05	0,06	0,04	0,05
clotiapina	0,03	0,08	0,07	0,10	0,20	0,10	0,09	0,29	0,17	0,15
risperidone	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,03
aripirazolo	0,33	0,04	0,03	0,06	0,07	0,05	0,05	0,17	0,09	0,09

Tabella 107. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antipsicotici tipici	2,41	1,97	2,47	2,26	2,43	2,84	2,45	2,76	1,96	2,41
Antipsicotici atipici	0,38	0,39	0,45	0,43	0,47	0,44	0,45	0,53	0,32	0,43
Ansiolitici	0,01	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02
Ipnotici e sedativi	<0,00 1	0,02	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,03	0,01
Sostanze										
clorpromazina	0,08	0,04	0,07	0,05	0,08	0,04	0,08	0,10	0,05	0,06
levomeproma- zina	0,08	0,02	0,03	0,02	0,05	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03
flufenazina	0,22	0,13	0,18	0,19	0,16	0,27	0,25	0,08	0,15	0,17
aloperidolo	0,76	0,60	0,91	0,57	0,75	0,82	0,71	0,54	0,45	0,62
clozapina	0,02	0,02	0,01	0,03	0,04	0,03	0,03	0,11	0,04	0,05
olanzapina	0,04	0,08	0,06	0,13	0,14	0,16	0,12	0,28	0,15	0,21
quetiapina	0,03	0,04	0,03	0,05	0,07	0,07	0,08	0,17	0,11	0,08
amisulpride	0,16	0,05	0,09	0,12	0,07	0,14	0,08	0,15	0,13	0,09
litio	0,44	0,40	0,48	0,46	0,43	0,55	0,49	0,59	0,43	0,49
clotiapina	0,02	0,05	0,05	0,07	0,13	0,07	0,06	0,20	0,12	0,10
risperidone	0,24	0,32	0,39	0,34	0,31	0,36	0,36	0,27	0,17	0,29
aripiprazolo	0,12	0,02	0,01	0,02	0,03	0,02	0,02	0,07	0,03	0,04

N06 – Psicoanalettici

La prescrizione di farmaci antidepressivi è aumentata negli anni 2002-2006 (+55%); tale incremento è attribuibile quasi interamente agli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI); la prescrizione dei triciclici, invece, risulta stabile. In Campania nel 2006 l'uso dei farmaci antidepressivi è stato pari a 20 DDD/1000 abitanti die con un aumento rispetto al 2005 dell'8%; il maggiore incremento è

concentrato nell'ASL Napoli 3 con 22 DDD/1000 abitanti die (+11% rispetto al 2005). La paroxetina si conferma il molecola più prescritta con 4,5 DDD/1000 abitanti die (+2,8% rispetto al 2005), seguita dall'escitalopram con 4 DDD/1000 abitanti die (+22%). A tal proposito è opportuno ricordare che l'escitalopram, enantiomero attivo del citalopram, ha raggiunto tali livelli di prescrizione in soli 2 anni dall'inizio della commercializzazione (avvenuta ad ottobre del 2003). L'escitalopram è efficace nel trattamento della depressione, ma non ha dimostrato di essere più efficace, di presentare un'azione più rapida o di avere una minore probabilità di causare effetti collaterali, comprese disfunzioni sessuali, rispetto al citalopram o a qualsiasi altro SSRI. La commercializzazione dell'escitalopram, ha avuto il solo scopo di salvaguardare la quota di mercato in vista del decadimento della protezione brevettuale del citalopram (avvenuta nel corso del 2004).

L'analisi per sesso ed età rileva un aumento di prescrizione nelle donne, la differenza rispetto agli uomini risulta più marcata nella fascia di età 45-64 anni.

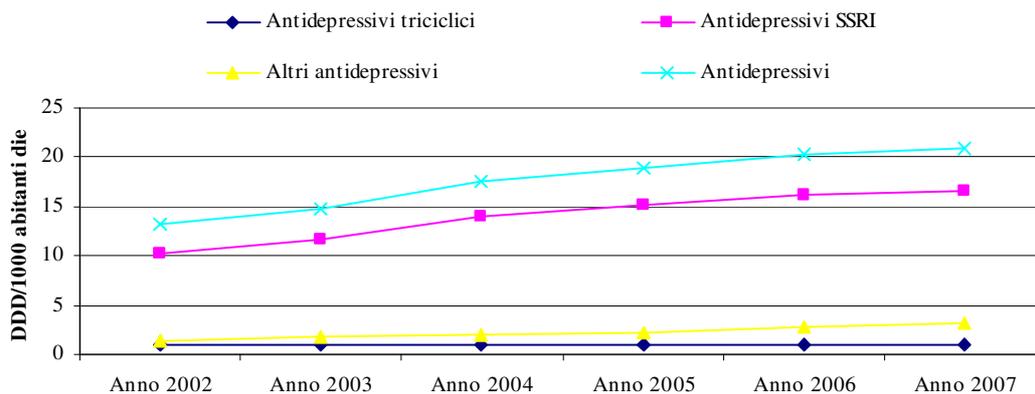


Figura 55. Consumo di farmaci per i farmaci psicoanalettici (Campania 2002-2007)

Tabella 108. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci psicoanalitici per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie e sostanze	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 07/02
Antidepressivi triciclici	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	-2,7
Antidepressivi SSRI	10,3	11,7	14,0	15,1	16,1	16,5	60,3
Altri antidepressivi	1,5	1,7	2,0	2,1	2,7	3,1	108,5
Antidepressivi	13,1	14,8	17,5	18,9	20,3	21,0	60,0
clomipramina	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	3,5
amitriptilina	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-4,8
fluoxetina	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	-28,7
citalopram	3,6	4,3	3,7	3,2	3,1	2,9	-18,7
paroxetina	3,7	3,9	4,2	4,4	4,5	4,7	27,0
sertralina	1,6	2,0	2,7	3,1	3,3	3,1	97,2
fluvoxamina	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-12,1
escitalopram	-	0,1	2,1	3,3	4,0	4,7	-
trazodone	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	38,0
venlafaxina	0,7	0,8	1,1	1,3	1,4	1,6	134,8
donepezil	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2	17,0
rivastigmina	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	31,8
galantamina	0,01	0,02	0,1	0,1	0,1	0,03	147,6

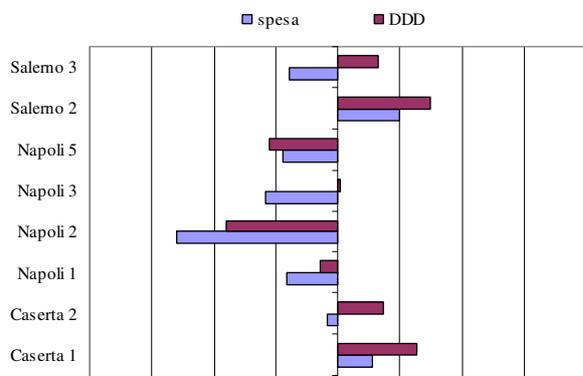


Figura 56. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci psicoanalitici per ASL

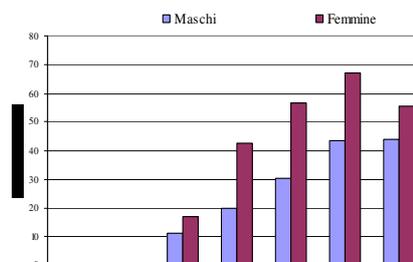


Figura 57. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci psicoanalitici per classi di età e sesso

Tabella 109. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antidepressivi triciclici	4,21	5,75	5,45	4,73	4,06	4,81	4,50	5,76	5,11	5,21
Antidepressivi SSRI	3,17	4,05	3,93	3,53	2,98	3,55	3,27	4,34	4,00	3,50
Altri antidepressivi	0,90	1,57	1,37	1,07	0,99	1,10	1,11	1,27	0,98	1,58
Psicostimolan -ti e nootropici	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1	<0,00 0,01
Anticolineste- rasici	0,81	0,24	0,12	0,47	0,15	0,21	0,67	0,48	0,13	0,46
Sostanze										
clomipramina	0,08	0,07	0,09	0,08	0,05	0,10	0,06	0,08	0,07	0,08
amitriptilina	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04
fluoxetina	0,12	0,12	0,11	0,11	0,10	0,11	0,10	0,13	0,10	0,10
citalopram	0,34	0,55	0,48	0,40	0,34	0,40	0,32	0,41	0,38	0,37
paroxetina	1,04	1,13	1,13	1,02	0,89	1,03	0,86	1,12	1,59	1,03
sertralina	0,30	0,34	0,33	0,33	0,33	0,47	0,31	0,38	0,34	0,35
fluvoxamina	0,09	0,10	0,11	0,09	0,07	0,10	0,09	0,16	0,11	0,09
escitalopram	1,28	1,81	1,77	1,58	1,25	1,44	1,59	2,14	1,49	1,56
trazodone	0,14	0,12	0,09	0,11	0,08	0,08	0,09	0,10	0,08	0,10
venlafaxina	0,65	1,29	1,16	0,79	0,81	0,86	0,88	0,88	0,75	0,88
donepezil	0,57	0,14	0,08	0,28	0,07	0,12	0,37	0,30	0,07	0,30
rivastigmina	0,22	0,07	0,03	0,12	0,04	0,04	0,22	0,13	0,04	0,12
galantamina	0,02	0,03	0,01	0,07	0,04	0,05	0,08	0,05	0,02	0,04

Tabella 110. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Antidepressivi triciclici	18,31	23,44	22,38	19,96	17,05	20,88	18,12	23,74	22,22	20,59
Antidepressivi SSRI	15,33	19,23	18,46	16,67	14,35	17,37	14,95	19,75	19,17	16,52
Altri antidepressivi	1,95	3,24	2,76	2,34	2,04	2,35	2,33	2,89	2,09	3,06
Psicostimolanti e nootropici	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	< 0,01	0,01
Anticolinesterasici	0,58	0,18	0,09	0,37	0,11	0,16	0,49	0,35	0,10	0,35
Sostanze										
clomipramina	0,49	0,43	0,54	0,45	0,27	0,62	0,39	0,47	0,42	0,48
amitriptilina	0,34	0,41	0,41	0,35	0,29	0,44	0,33	0,44	0,43	0,38
fluoxetina	0,84	0,90	0,78	0,79	0,69	0,81	0,69	0,91	0,71	0,70
citalopram	2,67	4,25	3,79	3,09	2,66	3,18	2,55	3,25	3,00	2,95
paroxetina	4,70	5,13	5,19	4,65	4,02	4,69	3,89	5,04	7,26	4,70
sertralina	2,90	3,09	2,98	3,03	2,88	3,92	2,66	3,44	3,21	3,10
fluvoxamina	0,36	0,41	0,43	0,35	0,29	0,43	0,36	0,64	0,46	0,38
escitalopram	3,85	5,45	5,30	4,76	3,80	4,35	4,80	6,46	4,53	4,70
trazodone	0,38	0,30	0,25	0,30	0,22	0,22	0,24	0,26	0,19	0,27
venlafaxina	1,15	2,29	2,06	1,41	1,45	1,54	1,58	1,57	1,34	1,56
donepezil	0,44	0,13	0,07	0,23	0,06	0,09	0,31	0,24	0,06	0,24
rivastigmina	0,12	0,04	0,02	0,08	0,02	0,02	0,13	0,07	0,02	0,07
galantamina	0,01	0,02	0,01	0,06	0,03	0,04	0,06	0,04	0,01	0,03

Farmaci per l'apparato respiratorio (I livello ATC: R)

Nel 2006 in Campania, i farmaci per l'apparato respiratorio si confermano al quarto posto per spesa e dosi prescritte, rappresentando l'8,6% e 7,4% del totale della spesa e DDD rispettivamente (Tabelle 25 e 27). Rispetto all'anno precedente si registra un lieve decremento in spesa e dosi dispensate (-3,8% e -1,6% rispettivamente). La quasi totalità della prescrizione per questa categoria è dovuta ai farmaci antiasmatici (R03), che rappresentano l'88,3% della spesa e 78,5% delle DDD.

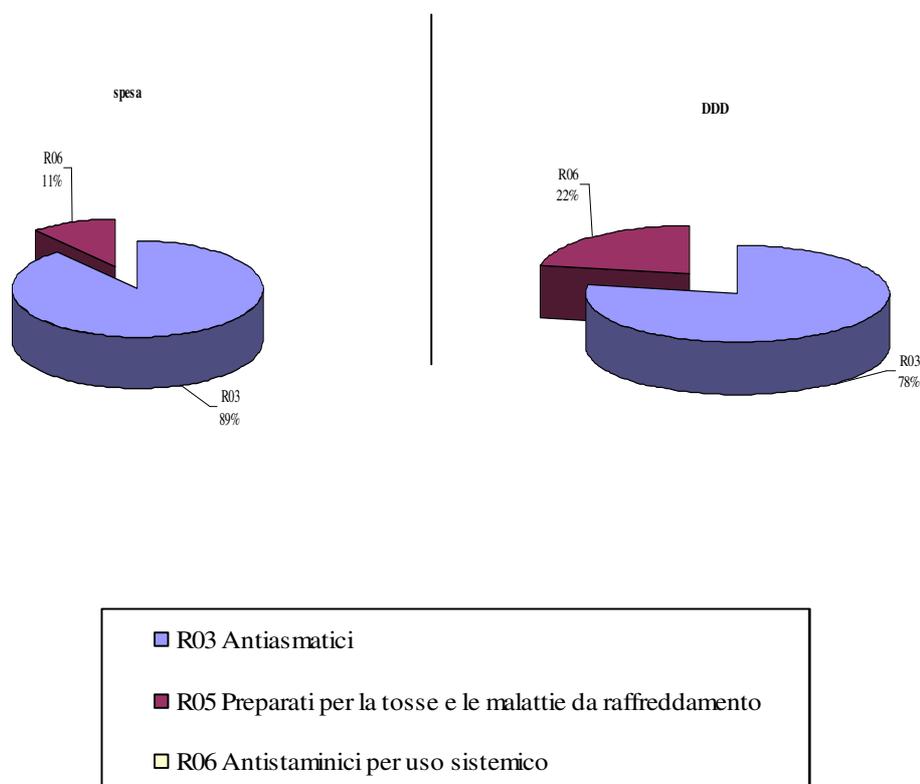


Figura 58. Ripartizione della spesa e dei volumi prescrittivi (DDD) per i farmaci per l'apparato respiratorio, nel 2007

R03 – Antiasmatici

Dal 2002 al 2006 la prescrizione di farmaci antiasmatici è stata pressocchè costante, registrando anzi, una lieve riduzione tra il 2005 e 2006 (-2%). Nel 2006 il consumo per questi farmaci è stato pari a 46 DDD/1000 abitanti die, valore in linea con il dato nazionale [1]. Analizzando le prescrizioni a livello

delle singole AA.SS.LL è evidente un'ampia variabilità che va da 39 DDD 1000 abitanti *die* per la Caserta 1 (-2,5% rispetto al 2005) a 62 DDD 1000 abitanti *die* per la Napoli 3 (+5,1%). L'uso di questi farmaci si concentra nelle fasce di età al di sopra dei 75 anni per la più alta prevalenza della BPCO negli anziani. Anche le differenze legate al genere si potrebbero spiegare con l'epidemiologia della malattia; la BPCO, infatti, risulta più frequente tra gli uomini rispetto alle donne, fenomeno attribuito solitamente alle minori prevalenze di abitudine al fumo di sigaretta e di esposizione lavorativa a sostanze nocive nel sesso femminile.

Analizzando i singoli principi attivi, si osserva un incremento di consumo per l'associazione salmeterolo+fluticasone (+97% Δ 06/02), che si colloca al settimo posto in termini di spesa; anche per l'associazione formoterolo+budesonide si registra un aumento delle dosi dispensate (+67% Δ 06/02). La flunisolide è presente tra i primi 20 principi attivi equivalenti a maggiore spesa. La riduzione di utilizzo della teofillina si può spiegare per la loro indicazione come farmaci di seconda scelta e per la minore tollerabilità.

Referenze

1. Silverman EK, Weiss ST, Drazen JM, Chapman HA, Carey V, Campbell EJ, Denish P, Silverman RA, Celedon JC, Reilly JJ, Ginns LC, Speizer FE. Gender-related differences in severe, early-onset chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:2152.

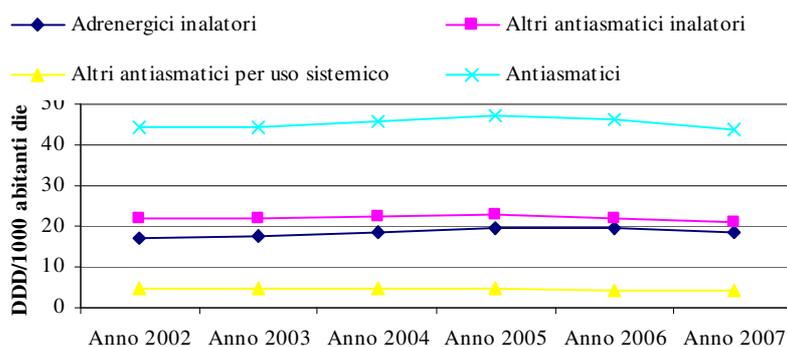


Figura 59. Consumo di farmaci per i farmaci antiasmatici (Campania 2002-2007)

Tabella 111. Consumo in DDD/1000 abitanti die di farmaci antiasmatici per gruppo terapeutico e principio attivo (Campania 2002-2007)

Categorie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	$\Delta\%$ 07/02
Adrenergici inalatori	17,3	17,8	18,6	19,7	19,7	18,8	8,3
Altri antiasmatici inalatori	22,1	21,7	22,3	22,8	21,9	20,9	-5,3
Altri antiasmatici per uso sistemico	4,8	4,6	4,6	4,6	4,5	4,3	-10,5
Antiasmatici	44,2	44,1	45,5	47,1	46,1	44,0	-0,5
salbutamolo	4,1	4,3	4,7	4,9	5,0	4,8	15,5
salmeterolo	1,6	1,3	1,1	0,9	0,8	0,7	-58,7
formoterolo	3,0	2,9	2,8	3,2	3,2	3,0	-0,3
salbutamolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	4,5	4,6	4,2	4,3	4,0	3,5	-21,9
salmeterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	2,3	2,8	3,6	4,3	4,6	4,7	102,2
formoterolo ed altri farm. per disturbi ostruttivi vie resp.	0,9	1,1	1,4	1,4	1,5	1,6	77,7
beclometasone	8,3	8,2	8,5	9,2	9,0	8,7	4,5
budesonide	2,4	2,2	2,2	2,0	2,0	1,7	-27,4
flunisolide	4,4	4,0	4,2	3,7	3,2	3,0	-31,9
fluticasone	2,7	2,6	2,4	2,2	2,0	1,8	-33,7
oxitropio bromuro	2,0	2,6	2,7	2,3	2,0	1,7	-16,0
tiotropio bromuro	-	-	0,4	1,7	2,1	2,6	-
teofillina	2,3	2,3	2,2	2,0	1,9	1,7	-27,2
doxofillina	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	-3,1
montelukast	0,9	1,1	1,3	1,5	1,7	1,7	81,5

Tabella 112. Principali indicatori di prescrizione per i farmaci antiasmatici

ASL	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro capite</i>	%*	Δ % 07/06	N	%*	Δ % 07/06
Avellino 2	15,2	92,7	-8,2	40,3	84,8	-8,1
Caserta 1	13,9	90,2	1,1	39,2	80,9	-1,0
Caserta 2	13,7	87,8	-0,9	39,6	77,2	-5,1
Napoli 1	17,5	89,1	-7,3	48,5	78,8	-9,3
Napoli 2	14,2	87,1	-12,6	40,0	75,5	-13,3
Napoli 3	17,9	84,0	- [§]	52,9	71,5	- [§]
Napoli 5	16,9	89,2	-0,3	46,5	78,8	-0,1
Salerno 2	14,0	89,2	-6,6	36,4	77,7	-9,2
Salerno 3	10,8	90,3	-6,0	30,7	81,3	-8,7
CAMPANIA	15,4	88,8	-3,3	44,0	77,7	-5,2

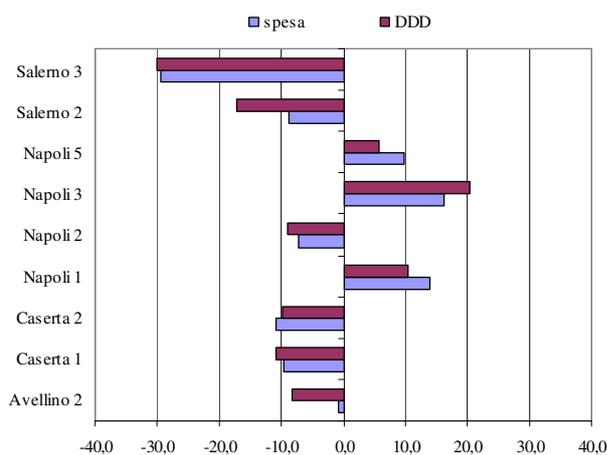


Figura 60. Scostamento % dal valore medio regionale della spesa pro capite e DDD/1000 ab die di farmaci antiasmatici

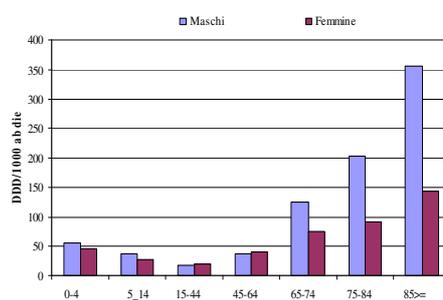


Figura 61. Andamento delle DDD/1000 ab die di farmaci antiasmatici per classi di età e sesso

Tabella 113. Spesa lorda *pro capite* su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Adrenergici per aerosol	7,66	6,92	7,01	9,23	7,21	8,50	8,45	7,44	5,60	7,84
Altri antiasmatici per aerosol	5,98	5,58	5,51	6,52	5,44	7,65	6,50	5,36	4,28	5,97
Sostanze										
salbutamolo	0,39	0,29	0,41	0,53	0,48	0,59	0,46	0,41	0,33	0,43
salmeterolo	0,18	0,36	0,31	0,34	0,27	0,25	0,24	0,20	0,19	0,26
formoterolo	0,97	0,91	0,82	1,43	1,05	1,19	1,59	0,84	0,71	1,07
salbutamolo e associazioni	0,56	0,76	0,78	0,79	0,71	1,01	0,87	0,66	0,42	0,77
salmeterolo e associazioni	3,82	3,56	3,87	4,38	3,25	3,92	3,90	3,85	3,10	3,86
formoterolo e associazioni	1,67	0,98	0,78	1,66	1,38	1,49	1,31	1,42	0,82	1,39
beclometason e	1,85	1,96	2,00	1,86	1,77	2,65	2,01	1,51	1,38	1,90
budesonide	0,62	0,58	0,39	0,67	0,67	0,87	0,77	0,40	0,23	0,56
flunisolide	0,92	0,74	0,73	0,90	0,66	1,22	0,89	1,17	0,59	0,88
fluticasone	0,51	0,64	0,71	0,98	0,94	1,17	0,84	0,44	0,44	0,75
oxitropio bromuro	0,15	0,16	0,19	0,13	0,07	0,14	0,11	0,09	0,28	0,17
tiotropio bromuro	1,83	1,40	1,41	1,90	1,27	1,50	1,77	1,67	1,24	1,62
teofillina	0,20	0,14	0,12	0,12	0,08	0,12	0,10	0,12	0,10	0,13
doxofillina	0,03	0,10	0,12	0,10	0,09	0,23	0,13	0,11	0,11	0,12
montelukast	1,29	1,11	0,87	1,41	1,33	1,27	1,55	0,94	0,70	1,22

Tabella 114. DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata per categoria terapeutica e sostanza suddivisa per ASL

Categorie	AV 2	CE 1	CE 2	NA 1	NA 2	NA 3	NA 5	SA 2	SA 3	TOT [§]
Adrenergici per aerosol	15,43	15,54	16,73	22,83	18,17	21,90	20,14	15,24	11,33	18,78
Altri antiasmatici per aerosol	19,82	19,56	19,38	21,17	17,92	26,50	21,58	17,49	16,14	20,89
Sostanze										
salbutamolo	3,47	2,89	4,26	6,73	5,37	6,81	4,88	3,61	2,82	4,78
salmeterolo	0,44	0,90	0,79	0,86	0,67	0,63	0,60	0,50	0,48	0,65
formoterolo	2,21	2,09	1,92	3,35	2,36	2,63	3,55	1,70	1,65	3,01
salbutamolo e associazioni	2,25	3,66	3,66	3,88	3,52	4,76	4,06	2,65	1,44	3,50
salmeterolo e associazioni	4,73	4,37	4,72	5,40	4,09	4,84	4,83	4,72	3,79	4,73
formoterolo e associazioni	1,89	1,13	0,86	1,87	1,57	1,72	1,49	1,60	0,92	1,58
beclometason e	8,36	8,90	9,09	8,62	8,23	12,14	9,20	6,69	6,31	8,70
budesonide	1,68	1,69	1,29	1,99	2,01	2,59	2,27	1,25	0,72	1,75
flunisolide	2,84	2,22	1,99	2,77	1,96	3,85	2,84	3,64	1,59	2,97
fluticasone	1,26	1,57	1,69	2,38	2,25	2,80	2,03	1,09	1,09	1,81
oxitropio bromuro	1,51	1,57	1,93	1,24	0,69	1,41	1,11	0,90	2,87	1,69
tiotropio bromuro	2,99	2,28	2,30	3,09	2,07	2,45	2,88	2,72	2,02	2,63
teofillina	2,78	2,07	1,68	1,53	1,08	1,55	1,34	1,81	1,32	1,70
doxofillina	0,08	0,27	0,34	0,26	0,23	0,56	0,34	0,30	0,41	0,31
montelukast	1,70	1,52	1,20	2,00	1,80	1,72	2,05	1,38	1,06	1,70

Tabella 115. Consumo SSN per i medicinali a brevetto scaduto (popolazione pesata)

ASL	Spesa lorda		DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
	<i>pro</i> capite	%*	N	%*	Δ07/06
Avellino 2	35,4	18,5	211,4	28,4	11,2
Caserta 1	33,9	19,3	213,1	28,6	14,0
Caserta 2	38,6	19,1	221,5	27,3	12,3
Napoli 1	43,9	19,2	261,9	29,5	10,7
Napoli 2	38,1	20,6	214,5	29,2	7,8
Napoli 3	46,0	21,4	255,9	29,0	- [§]
Napoli 5	41,3	20,0	233,4	28,8	16,5
Salerno 2	39,3	20,2	241,3	30,1	15,5
Salerno 3	34,3	21,1	215,3	29,6	13,7
CAMPANIA	50,1	25,0	268,1	32,9	27,4

ATC	Principio attivo	Spesa lorda		DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
		<i>pro capite</i>	%*	N	%*	Δ % 0706
A	Omeprazolo	4,04	8,1	7,1	2,6	-13,4
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,19	6,4	8,7	3,2	8,5
C	Nitroglicerina	3,05	6,1	23,5	8,8	-4,7
C	Simvastatina	2,63	5,2	15,7	5,9	9,5
A	Lansoprazolo	2,37	4,7	9,0	3,4	48,8
J	Ceftriaxone	2,28	4,6	0,5	0,2	5,3
C	Doxazosin	1,97	3,9	7,2	2,7	0,5
C	Lisinopril	1,60	3,2	11,5	4,3	-5,1
G	Tamsulosina	1,17	2,3	6,4	2,4	6,7
C	Carvedilolo	1,07	2,1	4,7	1,7	6,8
J	Ciprofloxacina	1,06	2,1	0,8	0,3	-12,8
G	Finasteride	1,03	2,1	2,8	1,0	-3,6
J	Fluconazolo	0,98	2,0	0,3	0,1	- 15,9
C	Enalapril	0,95	1,9	13,8	5,2	-0,6
N	Paroxetina	0,92	1,8	4,4	1,6	-4,3
N	Lamotrigina	0,92	1,8	0,8	0,3	2,8
A	Mesalazina	0,87	1,7	1,8	0,7	5,9
B	Ticlopidina	0,82	1,6	7,1	2,6	9,5
J	Amoxicillina	0,80	1,6	8,7	2,3	- 7,4
R	Flunisolide	0,75	1,5	23,5	0,9	- 23,1
Totale		32,5	64,8	134,6	50,2	13,5

Tabella 117. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ Campania

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti <i>die</i>		
		<i>pro capite</i>	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,2	8,9	43,8	8,2	3,9	8,3
A	Lansoprazolo	2,7	7,6	36,2	8,9	4,2	28,7
C	Nitroglicerina	2,3	6,5	91,5	17,9	8,5	-8,2
J	Ceftriaxone	1,4	4,0	64,3	0,3	0,1	-6,4
C	Simvastatina	1,4	3,8	21,8	9,7	4,6	-32,2
G	Tamsulosina	1,1	3,1	25,3	5,6	2,7	1,8
N	Paroxetina	0,9	2,6	82,0	4,3	2,0	-8,2
C	Enalapril	0,9	2,5	38,2	12,8	6,0	-9,0
J	Ceftazidima	0,8	2,3	72,9	0,1	0,0	-3,4
C	Doxazosin	0,8	2,3	3,8	3,5	1,6	-45,0
R	Flunisolide	0,8	2,3	51,8	2,7	1,3	-23,2
N	Lamotrigina	0,8	2,2	4,2	0,7	0,3	-2,5
J	Amoxicillina	0,7	2,1	69,4	5,7	2,7	5,2
B	Ticlopidina	0,7	2,0	100,0	5,9	2,8	9,0
J	Ciprofloxacina	0,7	1,9	7,8	0,6	0,3	-42,9
C	Carvedilolo	0,6	1,8	33,3	2,7	1,3	-4,9
A	Mesalazina	0,6	1,7	80,1	1,1	0,5	-28,7
A	Ranitidina	0,6	1,6	87,2	2,2	1,0	-11,9
A	Metformina	0,5	1,5	57,0	7,4	3,5	-0,7
M	Diclofenac	0,5	1,5	68,9	3,5	1,6	-1,3
Totale		22,0	62,2	51,0	103,6	49,0	-8,4

Tabella 117. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Avellino 2

Tabella 118. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Caserta 1

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
C	Nitroglicerina	2,7	8,0	91,0	20,7	9,7	-3,4
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	2,4	6,9	39,2	6,1	2,8	19,3
A	Lansoprazolo	1,9	5,6	50,7	6,2	2,9	74,2
C	Doxazosin	1,3	3,7	7,5	5,3	2,5	-42,5
C	Simvastatina	1,2	3,5	22,6	8,5	4,0	-25,4
J	Ceftriaxone	1,1	3,2	60,8	0,2	0,1	16,0
N	Paroxetina	1,0	3,0	79,1	4,8	2,3	-1,0
G	Tamsulosina	0,9	2,8	27,4	4,8	2,3	-3,5
C	Carvedilolo	0,9	2,5	37,0	3,7	1,7	5,4
C	Enalapril	0,8	2,2	43,4	11,0	5,2	-3,4
B	Ticlopidina	0,7	2,1	100,0	6,1	2,9	12,2
N	Lamotrigina	0,7	2,1	2,5	0,6	0,3	3,0
J	Amoxicillina	0,7	2,0	63,7	5,2	2,4	-7,7
R	Flunisolide	0,6	1,9	65,0	2,1	1,0	-4,7
A	Mesalazina	0,6	1,8	77,1	1,1	0,5	-26,7
J	Ciprofloxacina	0,6	1,7	19,3	0,5	0,2	-31,1
N	Citalopram	0,5	1,6	45,8	4,2	2,0	11,3
A	Metformina	0,5	1,6	62,9	7,5	3,5	-9,7
M	Diclofenac	0,5	1,4	74,2	2,9	1,4	-2,7
M	Acido alendronico	0,5	1,4	18,6	1,3	0,6	-19,8
Totale		20,1	59,1	51,3	103,0	48,3	-5,2

* calcolata sul totale della spesa e DDD per i farmaci a brevetto scaduto

Unbranded: Farmaci a brevetto scaduto con nome del principio attivo

Tabella 119. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Caserta 2

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,1	8,1	37,0	7,9	3,6	15,0
C	Nitroglicerina	2,6	6,7	90,5	20,5	9,3	-6,0
J	Ceftriaxone	2,3	6,1	57,6	0,5	0,2	22,2
A	Lansoprazolo	1,9	5,0	37,1	6,0	2,7	6,1
C	Simvastatina	1,4	3,6	23,6	9,6	4,4	-30,7
C	Carvedilolo	1,2	3,0	34,3	4,9	2,2	11,5
N	Paroxetina	1,0	2,7	79,3	4,9	2,2	-4,1
C	Doxazosin	1,0	2,7	6,3	4,4	2,0	-42,1
G	Tamsulosina	1,0	2,6	25,8	5,1	2,3	1,6
J	Amoxicillina	1,0	2,5	66,3	7,2	3,2	-10,7
C	Enalapril	0,9	2,2	40,5	12,4	5,6	-3,0
J	Ceftazidima	0,8	2,2	53,5	0,1	0,0	27,6
N	Lamotrigina	0,8	2,0	3,7	0,7	0,3	2,2
B	Ticlopidina	0,7	1,8	100,0	5,9	2,7	12,7
M	Diclofenac	0,7	1,8	74,8	4,5	2,0	8,2
J	Ciprofloxacina	0,7	1,7	12,6	0,6	0,3	-35,9
A	Mesalazina	0,6	1,6	78,6	1,1	0,5	-22,3
M	Acido alendronico	0,6	1,5	12,0	1,8	0,8	-19,5
A	Ranitidina	0,6	1,5	85,7	2,3	1,0	-5,6
R	Flunisolide	0,6	1,5	68,0	1,9	0,9	-16,0
Totale		23,5	60,9	49,7	102,4	46,2	-7,8

* calcolata sul totale della spesa e DDD per i farmaci a brevetto scaduto

Unbranded: Farmaci a brevetto scaduto con nome del principio attivo

Tabella 120. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Napoli 1

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
C	Nitroglicerina	4,0	9,2	93,8	31,0	11,8	-5,8
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,2	7,4	24,8	8,5	3,3	2,5
A	Lansoprazolo	2,8	6,3	40,6	9,1	3,5	49,1
J	Ceftriaxone	2,3	5,2	50,8	0,5	0,2	-2,1
C	Simvastatina	1,7	3,9	25,4	11,9	4,5	-33,9
G	Tamsulosina	1,5	3,4	26,0	7,4	2,8	-2,6
C	Carvedilolo	1,4	3,1	32,6	5,8	2,2	5,0
C	Enalapril	1,1	2,5	37,3	16,3	6,2	0,9
B	Ticlopidina	1,0	2,3	100,0	8,5	3,2	3,4
C	Doxazosin	1,0	2,2	6,0	4,1	1,6	-46,9
N	Lamotrigina	1,0	2,2	2,8	0,8	0,3	3,3
N	Paroxetina	0,9	2,1	79,7	4,4	1,7	-6,0
M	Nimesulide	0,8	1,9	35,9	13,2	5,0	-22,9
A	Acido ursodesossicolico	0,8	1,8	99,5	2,4	0,9	-3,3
M	Diclofenac	0,8	1,8	71,1	5,4	2,1	1,0
A	Mesalazina	0,8	1,8	72,2	1,5	0,6	-19,9
J	Amoxicillina	0,8	1,7	65,3	5,8	2,2	-9,0
R	Flunisolide	0,8	1,7	75,4	2,5	1,0	-28,8
A	Ranitidina	0,7	1,6	86,0	2,9	1,1	-12,0
J	Ciprofloxacina	0,7	1,6	15,2	0,6	0,2	-41,6
Totale		28,0	63,8	51,4	142,5	54,4	-9,5

* calcolata sul totale della spesa e DDD per i farmaci a brevetto scaduto

Unbranded: Farmaci a brevetto scaduto con nome del principio attivo

Tabella 121. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Napoli 2

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,4	9,0	29,4	8,9	4,1	2,8
C	Nitroglicerina	3,3	8,7	90,7	25,2	11,7	-4,4
J	Ceftriaxone	2,4	6,4	46,8	0,5	0,3	1,5
A	Lansoprazolo	2,1	5,6	37,5	6,5	3,0	19,9
C	Simvastatina	1,4	3,7	24,6	9,7	4,5	-34,9
G	Tamsulosina	1,1	2,9	26,2	5,7	2,7	-3,3
C	Carvedilolo	1,1	2,8	34,1	4,5	2,1	6,8
N	Lamotrigina	0,9	2,5	2,7	0,8	0,4	1,6
C	Enalapril	0,8	2,1	37,7	11,8	5,5	0,5
J	Ceftazidima	0,8	2,1	52,4	0,1	0,0	4,5
N	Paroxetina	0,8	2,1	76,0	3,7	1,7	-3,9
B	Ticlopidina	0,8	2,0	100,0	6,5	3,0	0,6
J	Amoxicillina	0,8	2,0	68,9	5,7	2,7	-14,5
C	Doxazosin	0,7	1,9	6,9	3,1	1,4	-44,0
A	Mesalazina	0,7	1,9	80,3	1,4	0,6	-20,3
A	Acido ursodesossicolico	0,7	1,8	99,1	2,0	0,9	1,1
A	Metformina	0,6	1,7	68,8	8,5	4,0	-4,4
M	Nimesulide	0,6	1,7	39,0	9,9	4,6	-26,7
A	Ranitidina	0,6	1,6	87,1	2,4	1,1	-14,6
M	Diclofenac	0,6	1,6	68,2	4,0	1,8	-2,3
Totale		24,4	64,0	51,3	120,9	56,3	-9,9

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706 ^s
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	4,6	10,0	34,8	11,6	4,5	-
J	Ceftriaxone	3,3	7,1	62,1	0,7	0,3	-
C	Nitroglicerina	3,2	7,1	93,6	24,5	9,6	-
A	Lansoprazolo	2,0	4,3	36,6	6,5	2,5	-
C	Simvastatina	1,4	3,0	22,6	9,7	3,8	-
J	Amoxicillina	1,3	2,9	80,7	10,1	3,9	-
C	Carvedilolo	1,2	2,6	36,7	4,9	1,9	-
G	Tamsulosina	1,1	2,5	31,4	5,1	2,0	-
R	Flunisolide	1,1	2,3	79,3	3,5	1,4	-
C	Doxazosin	1,1	2,3	4,9	4,5	1,8	-
C	Enalapril	0,9	2,0	36,3	13,5	5,3	-
N	Paroxetina	0,9	2,0	79,9	4,4	1,7	-
M	Nimesulide	0,9	2,0	38,0	14,1	5,5	-
N	Lamotrigina	0,9	1,9	1,6	0,8	0,3	-
M	Diclofenac	0,9	1,9	70,3	5,9	2,3	-
A	Mesalazina	0,9	1,9	77,5	1,6	0,6	-
J	Ceftazidima	0,8	1,8	54,6	0,1	0,0	-
A	Ranitidina	0,8	1,8	88,6	3,2	1,3	-
B	Ticlopidina	0,8	1,7	100,0	6,3	2,5	-
A	Acido ursodesossicolico	0,8	1,6	99,6	2,3	0,9	-
Totale		28,8	62,6	55,2	133,3	52,1	-

Tabella 122. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Napoli 3

Tabella 123. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Napoli 5

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,0	7,7	43,4	8,0	3,3	12,5
C	Nitroglicerina	2,6	6,6	90,3	20,7	8,6	-5,9
A	Lansoprazolo	2,1	5,4	46,8	6,8	2,8	66,7
J	Ceftriaxone	2,0	5,2	60,2	0,4	0,2	12,7
C	Simvastatina	1,6	4,0	25,8	10,8	4,5	-25,6
G	Tamsulosina	1,4	3,5	28,9	7,2	3,0	2,8
C	Enalapril	1,3	3,4	45,8	19,7	8,1	5,9
C	Doxazosin	1,3	3,3	8,7	5,3	2,2	-42,4
N	Lamotrigina	1,1	2,8	4,2	0,9	0,4	2,9
R	Flunisolide	1,0	2,6	47,3	3,4	1,4	-25,1
N	Paroxetina	1,0	2,5	81,1	4,6	1,9	0,0
C	Carvedilolo	0,9	2,4	41,9	4,1	1,7	7,9
A	Mesalazina	0,8	2,1	76,7	1,6	0,7	-23,0
B	Ticlopidina	0,8	1,9	100,0	6,3	2,6	14,7
J	Amoxicillina	0,7	1,9	80,7	5,7	2,3	-8,8
M	Acido alendronico	0,7	1,8	18,9	2,0	0,8	-20,4
J	Ciprofloxacina	0,7	1,8	12,9	0,6	0,2	-41,1
A	Metformina	0,7	1,7	66,1	9,4	3,9	-2,0
M	Diclofenac	0,6	1,4	67,3	3,7	1,5	-0,1
C	Atenololo	0,6	1,4	69,1	13,4	5,6	4,8
Totale		24,9	63,3	50,3	134,7	55,8	-3,9

* calcolata sul totale della spesa e DDD per i farmaci a brevetto scaduto

Unbranded: Farmaci a brevetto scaduto con nome del principio attivo

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	3,4	8,2	32,4	8,4	3,6	26,6
C	Nitroglicerina	3,1	7,6	92,9	24,1	10,3	-0,4
J	Ceftriaxone	2,8	6,8	61,0	0,6	0,3	39,7
A	Lansoprazolo	2,3	5,6	42,7	8,1	3,5	68,3
C	Simvastatina	1,5	3,7	23,1	10,9	4,7	-27,6
G	Tamsulosina	1,3	3,1	27,9	6,6	2,8	-1,3
C	Carvedilolo	1,2	2,8	41,3	5,0	2,2	15,2
N	Lamotrigina	1,0	2,4	3,0	0,9	0,4	4,9
B	Ticlopidina	0,9	2,1	100,0	7,3	3,1	13,6
A	Mesalazina	0,9	2,1	77,6	1,6	0,7	-1,8
C	Doxazosin	0,8	2,0	6,1	3,5	1,5	-39,0
J	Ceftazidima	0,8	2,0	55,2	0,1	0,0	69,0
C	Enalapril	0,8	1,9	43,7	11,5	4,9	1,6
J	Ciprofloxacina	0,8	1,9	16,2	0,7	0,3	-37,2
J	Amoxicillina	0,8	1,8	64,8	5,8	2,5	10,0
N	Paroxetina	0,7	1,8	77,6	3,5	1,5	-0,2
M	Diclofenac	0,7	1,7	73,7	4,9	2,1	9,1
R	Flunisolide	0,7	1,7	79,0	2,4	1,0	-21,1
M	Nimesulide	0,7	1,6	50,2	10,7	4,6	-13,1
M	Acido alendronico	0,7	1,6	15,5	1,9	0,8	-25,4
Totale		25,9	62,7	50,5	118,5	50,8	-1,6

Tabella 124. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Salerno 2

* calcolata sul totale della spesa e DDD per i farmaci a brevetto scaduto

ATC	Principio Attivo	Spesa lorda			DDD/1000 abitanti die		
		pro capite	%*	% unbranded	N	%*	Δ % 0706
A	Lansoprazolo	2,6	7,6	52,7	8,8	4,1	80,6
J	Amoxicillina ed inibitori enzimatici	2,3	6,6	40,9	6,0	2,8	16,4
C	Nitroglicerina	2,0	5,9	90,0	15,7	7,3	-7,3
J	Ceftriaxone	1,9	5,7	64,8	0,4	0,2	3,9
N	Paroxetina	1,4	4,2	83,1	6,8	3,1	-0,7
C	Enalapril	1,4	4,0	43,3	19,9	9,2	3,5
G	Tamsulosina	1,2	3,5	27,4	6,4	3,0	3,3
C	Simvastatina	1,1	3,3	28,4	7,2	3,4	-19,9
C	Doxazosin	1,1	3,2	6,9	4,5	2,1	-39,3
N	Lamotrigina	0,9	2,7	4,3	0,8	0,4	9,4
C	Carvedilolo	0,8	2,4	38,4	3,6	1,7	4,0
J	Amoxicillina	0,7	1,9	81,4	5,1	2,4	-7,1
A	Mesalazina	0,6	1,9	74,7	1,3	0,6	-22,5
M	Diclofenac	0,6	1,8	70,2	4,1	1,9	-3,6
M	Acido alendronico	0,6	1,8	17,1	1,8	0,8	-24,1
B	Ticlopidina	0,6	1,7	100,0	4,9	2,3	13,9
A	Metformina	0,5	1,4	61,1	6,6	3,1	-10,4
J	Ciprofloxacina	0,5	1,4	17,4	0,4	0,2	-40,4
R	Flunisolide	0,5	1,3	57,0	1,5	0,7	-35,3
C	Diltiazem	0,4	1,3	100,0	2,3	1,1	-32,4
Totale		21,8	63,6	52,6	108,1	50,2	-3,6

Tabella 125. Primi venti principi attivi generici in termini di spesa lorda _ ASL Salerno 3

4.11 Conclusioni.

Nel 2007 in Campania, la spesa farmaceutica a carico dell'SSN ha registrato un lieve decremento rispetto al 2006 (-4,5%), con una spesa *pro capite* è stata pari a 200 euro. Tale risultato è il frutto degli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia del Farmaco (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006) e del crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti. Considerando lo storico 2002-2007 relativo alla spesa farmaceutica lorda a carico dell'SSN, si osserva un andamento decrescente negli ultimi tre anni in ragione di diversi provvedimenti di contenimento della spesa farmaceutica attuati sia a livello nazionale sia regionale. Tra le AA.SS.LL esaminate, il valore più elevato di spesa si è riscontrato nella Napoli 1 (con 229 euro *pro capite* pesata), ove si è osservato uno scostamento rispetto al valore medio regionale pari al 14%. La medesima variabilità si riflette sul consumo, espresso in termini di DDD 1000 abitanti/die: la Napoli 1 si è collocata, infatti, al primo posto con un valore pari a 888 DDD consumate ogni 1000 abitanti (calcolate su popolazione pesata), mentre, la Salerno 3, con 726 DDD (calcolate su popolazione pesata), all'ultimo.

L'età si conferma il fattore predittivo principale nell'uso di farmaci. La spesa *pro capite* e il consumo farmaceutico di un assistibile ultrasessantacinquenne risulta circa 10 volte superiore rispetto a quella assorbita da un soggetto di età compresa tra 15 e 44 anni. A parità di età, si evidenzia un maggior consumo negli uomini; solo nella fascia 15 e 44 anni, le donne consumano una maggiore quantità di farmaci rispetto agli uomini (258 vs 178 DDD/1000 abitanti/die).

In generale rispetto al 2006 si registra per tutte le categorie una riduzione di spesa, mentre, si osserva un aumento in dosi dispensate solo per i farmaci cardiovascolari, gastrointestinali, ematologici e per gli organi di senso. Risulta particolarmente interessante la riduzione di prescrizione registrata per gli antimicrobici, scesi al terzo posto anche in termini di spesa, in una regione come la Campania che per questa categoria terapeutica, come emerge dai dati presentati nei rapporti annuali dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali dal 2001 al 2006, è risultata sempre al primo posto per consumo e spesa.

L'analisi per categoria conferma un incremento d'uso, rispetto al 2006, degli inibitori della pompa protonica (+12%), ascrivibile soprattutto alla perdita della copertura brevettuale del lansoprazolo, avvenuta a marzo del 2006; continua a crescere l'impiego dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (+7%) e delle statine (+9%). Se si considerano i primi trenta principi attivi per spesa e consumo in Campania, circa il 50% appartengono alla categoria dei farmaci cardiovascolari; tra i più

prescritti vi sono tre statine (atorvastatina, simvastatina e rosuvastatina), tre ACE-inibitori (ramipril, enalapril e lisinopril), cinque sartani (da soli o in associazione a diuretici), tra cui il valsartan la cui prescrizione continua a crescere (+8,4% da solo e +7,2% in associazione al diuretico rispetto al 2006), due calcio-antagonisti (amlodipina e lercanidipina), due beta-bloccanti (atenololo e nebivololo); seguono nitroglicerina, furosemide e doxazosin.

Rispetto al 2006 aumenta la quota dei farmaci a brevetto scaduto grazie all'introduzione sul mercato dei generici di importanti molecole quali, simvastatina e doxazosin (25% della spesa totale e al 27% delle DDD prescritte).

Il presente rapporto sull'uso dei farmaci ha consentito di delineare un primo quadro più dettagliato circa il consumo farmaceutico nella Regione Campania. Tale quadro offre certamente interessanti spunti di approfondimento per interventi formativi atti a migliorare l'appropriatezza prescrittiva. E' evidente che le informazioni derivanti costituiscono uno strumento utile per i *decision makers* nel processo di allocazione delle risorse, identificazione di aree di criticità nella pratica prescrittiva e, opportunamente implementate, nella programmazione di strategie assistenziali e interventi correttivi. Attraverso tecniche di record linkage è, infatti, possibile legare alla prescrizione farmaceutica effettuata su un determinato paziente, informazioni riguardanti: mortalità ed ospedalizzazione causa-specifica, prestazioni specialistiche ambulatoriali ed esenzioni per patologia o invalidità. In tal modo è possibile identificare i pazienti e sviluppare una serie di indicatori che, a fronte di un miglioramento della qualità della cura, siano anche in grado di razionalizzare i costi della terapia.

Bibliografia

- AA. VV., *Principi di tecnologie farmaceutiche*, Milano, 2004.
- ALEMANNO G. S., *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Piacenza, 1993.
- AMBROGI V., BERNARDINI C., PERIOLI L., TIRALTI M. C., *Norme legislative interessanti la farmacovigilanza*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 2, 1999.
- AMOROSA M., *Principi di tecnica farmaceutica e cenni di legislazione sanitaria per l'esercizio della professione di farmacista*, Bologna, 1995.
- ANDREOLI V., *Le unità sanitarie locali*, Napoli, 1982.
- ARBUSSÁ J. S., *Alcuni aspetti problematici della normativa Europea sui prodotti medicinali*, in *Leadershipmedica*, Milano, n. 5, 2005.
- ASTOLFI A., *Un passo avanti: approvate le norme di riordino del settore farmaceutico*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 3, 1991.
- ASTOLFI A., *L'organizzazione territoriale del servizio farmaceutico dopo la legge 362 del 1991*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 1992.
- ASTOLFI A. SCALIA A., *Le sperimentazioni cliniche e il ruolo delle strutture sanitarie private*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 2002.
- BALDUZZI R. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.
- BALDUZZI R., DI GASPARE G., *L'aziendalizzazione del D. Lgs. 299/99*, Milano, 2001.
- BERLINGUER G., *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, Bari, 1979.
- BOTTARI C., *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999.
- BRUNET P., ALBEROLA C. M., *La nuova legislazione farmaceutica*, in *Leadershipmedica*, Milano, n. 1, 2006.
- BRUSONI M., MAGGI D., *La distribuzione dei farmaci in Italia: l'incontro tra domanda e offerta*, in BRUSONI M. (a cura di), *L'impresa farmacia: cultura e strumenti gestionali per il nuovo mercato*, Milano, 1999.
- BRUZZONE M., *La contrattazione del prezzo dei farmaci: la sottocommissione Cuf Cipe 1997-2001*, in CAPRI S., REGGIO S. (a cura di), *Economia del farmaco. I costi, il mercato e l'efficacia dei farmaci*, Milano, 2001.
- BUSNELLI F. D., BRECCIA U., *Il diritto alla salute*, Bologna, 1979.
- BUTTINELLI D., *Il Servizio sanitario nazionale: una riforma indispensabile e urgente*, Milano, 1977.

- CAGLIANO S., LIBERATI A., *I farmaci*, Bologna, 2001.
- CENSIS, *Farmaco e distribuzione: un'indagine sulla farmacia in Italia e in Europa*, Milano, 1997.
- CHIEFFI L., *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio: profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003.
- CILIONE G., *Diritto sanitario*, Rimini, 2003.
- CINI M., RAMPINELLI P., *Proposte per la riorganizzazione del servizio farmaceutico sul territorio nazionale*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 1999.
- CINI M., RODRIGUEZ L., *La classificazione dei medicinali per uso umano (Nuove norme in materia di dispensazione)*, in *RaGiuFarm*, n. 14, 1993.
- CIPOLLA C., MATURO A., *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità*, Milano, 2001.
- CLARICH M., MATTARELLA B. G., *L'Agenzia Italiana del Farmaco*, in FIORENTINI G. (a cura), *I Servizi sanitari in Italia*, Bologna, 2004.
- COLAPINTO L., ANNETTA A., *Il farmaco nel periodo autarchico*, Sansepolcro, 2005.
- CONVERSO B., PIZZONI JORIO L., *La ridefinizione normativa in materia di specialità medicinali*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n.1, 1992.
- CONVERSO B., PIZZONI L., *Considerazioni e riflessioni sulle recenti direttive CEE che regolano la classificazione, l'etichettatura, il foglio illustrativo e la pubblicità dei medicinali*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 2, 1994.
- CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari*, Rimini, 2004.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Bari, 1994.
- COSULICH M., GRASSO G., *AUSL e IPAB: due modelli organizzativi a confronto*, in DI GASPARE G., BALDUZZI R. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.
- FACINCANI M., SOFFIATI E., *Principi di legislazione e organizzazione sanitaria (nazionale e internazionale)*, Milano, 1994.
- FALCON G., *Unità sanitaria locale*, in GIANNINI M. S., DE CESARE G. (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Varese, 1984.
- FARINA E., *La sperimentazione clinica*, in *Sanità pubblica e privata*, Rimini, n. 4, 2002.
- FATTORE G., *Finanziamento e governo dell'assistenza farmaceutica pubblica*, in LUCIONI C., MINGHETTI P., (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.
- FATTORE G., *La regolamentazione dei prezzi*, in LUCIONI C., MINGHETTI P., (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

- FERRARA R., VIPIANA P. M., *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999.
- FERRARI A., *Territorializzazione versus istituzionalizzazione: il rapporto tra territorio e soggetti erogatori di servizi in campo sanitario e socio-assistenziale*, in DI GASPARE G., BALDUZZI R. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.
- GAMBINO S., *Federalismo e salute*, in www.federalismi.it, 2005.
- GHETTI V., *Stato, Regioni, mercato per una sanità migliore*, Milano, 1997.
- GIANFRATE F., *Economia del settore farmaceutico*, Bologna, 2003.
- GIANIGHIAN V., *L'informazione sul farmaco al medico prescrittore*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e Normativa del farmaco*, Torino, 1998.
- DE CESARE G. (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Varese, 1984.
- GIORGETTI R., *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Rimini, 2000.
- GUIDUCCI P. L., *Manuale di diritto sanitario*, Milano, 1999.
- JOMMI C., *Il governo del settore farmaceutico: un quadro complessivo*, in BRUSONI M. (a cura di), *L'impresa farmacia: cultura e strumenti gestionali per il nuovo mercato*, Milano, 1999.
- JORIO E., *Considerazioni in merito alla proposta di legge "Norme di riordino del settore farmaceutico"*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 2, 1991.
- JORIO E., *Norme di riordino del settore farmaceutico: la farmacia e la società*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 1992.
- JORIO E., *Considerazioni e riflessioni sulle norme comunitarie di procedura per l'autorizzazione e la sorveglianza e sulla istituzione dell'agenzia europea di valutazione dei medicinali*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 1994.
- JORIO E., *La Salute e la riforma del titolo V della Costituzione*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 1, 2003.
- JORIO E., *L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute*, in *Sanità Pubblica e Privata*, Rimini, n. 2, 2004.
- JORIO E., *Diritto dell'assistenza sociale*, Milano, 2006.
- JORIO E., *Diritto sanitario*, Milano, 2006.
- JORIO E., JORIO F., *Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale*, Milano, 2000.
- JORIO E., JORIO F., *Riforma del Welfare, devoluzione e federalismo della salute*, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 5, 2002.
- LANDI G., *Farmacia*, in GIANNINI M. S., DE CESARE G. (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Varese, 1984.

LEOPARDI G., *Normativa sul servizio farmaceutico*, Milano, 1989.

LOMBARDO Q., *Profili di obbligatorietà nella revisione della pianta organica delle farmacie*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 4-5, 1997.

LORENZINI S., PETRETTO A., *Finanziamento pubblico e federalismo sanitario*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, Bologna, 2001.

FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2002*, Bologna, 2002.

LUCIONI C., *Le conseguenze delle politiche di contenimento della spesa pubblica nel contesto attuale del mercato farmaceutico*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 3, 1996.

LUCIONI C., *L'economia del farmaco*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

MAGGI D., MALLARINI E., *Il contesto istituzionale*, in BRUSONI M. (a cura di), *L'impresa farmacia: cultura e strumenti gestionali per il nuovo mercato*, Milano, 1999.

MAINO F., *La politica sanitaria*, Bologna, 2001.

MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, 1999.

MARINO S., *Ancora sul co-marketing farmaceutico: un diverso punto di vista*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 3, 2001.

MARCHETTI M., MINGHETTI P., *In merito al riordino del settore farmaceutico*, in *RaGiuFarm*, n. 3, 1991.

MARCHETTI M., MINGHETTI P., *Disciplina legislativa dei farmaci ad uso umano (d.lgs. 178/91) e veterinario (d.lgs. n. 119/92 e 118/92) a confronto: normativa relativa al commercio all'ingrosso e al minuto*, in *RaGiuFarm*, n. 13, 1993.

MARCHETTI M., MINGHETTI P., *Legislazione Farmaceutica*, Milano, 2003.

MASSIMINO F., *La regolamentazione dei prezzi, la rimborsabilità e gli sconti delle specialità medicinali*, in *Sanità pubblica e privata*, Rimini, n. 6, 2002.

MASSIMINO F., *La regionalizzazione, il contenimento della spesa farmaceutica ed i contratti tra imprese, aziende sanitarie grossisti e farmacie per la distribuzione del farmaco*, in *Sanità pubblica e privata*, Rimini, n. 1, 2003.

MENICHETTI E., *L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e ruolo della dirigenza*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione del d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

MENINI E., *Primi rilievi critici sulla legge 8 novembre 1991 n. 362 "Norme di riordino del settore farmaceutico"*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 6, 1991.

MINGHETTI P., *La classificazione amministrativa dei medicinali*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

MINGHETTI P., *La dispensazione dei medicinali*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

MODENA T., GAZZANIGA A., *I prodotti generici*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n. 2, 1995.

MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana (profili sistematici)*, Milano, 2002.

MOSCATO E., *Diritto sanitario e legislazione sanitaria*, Roma, 2003.

MOSSIALOS E., *Le opzioni per una politica di Ricerca e Sviluppo nell'industria farmaceutica in seno all'Unione Europea*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

NICOLOSO B. R., *La "nuova" convenzione farmaceutica*, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 9, 1999.

NICOLOSO B. R., *Il sistema farmacia*, Firenze, 2001.

NICOLOSO B. R., *L'evoluzione del sistema farmacia ed i principi che lo regolano nel contesto della normativa comunitaria e del federalismo regionale*, in *Sanità pubblica e privata*, Rimini, n.2, 2004.

PALMIERI M., *L'Agenzia Italiana del Farmaco*, in *Leader for Chemist*, Milano, n. 8, 2005.

PASTORI G., *Struttura organizzativa e funzionamento dell'unità sanitaria locale*, in AA. VV., *La Riforma sanitaria. Contributi di studio sui problemi organizzativi e sugli aspetti giuridici e del personale delle unità sanitarie locali*, ADOL, Fasano, 1980.

PERSIANI M., BELLINI V., ROSSI F. P., *Il Servizio sanitario nazionale, commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Bologna, 1979.

PERU M., DE CARLI G. F., *Farmacovigilanza*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

PIZZETTI F., *Le nuove competenze legislative e amministrative*, in BOTTARI C. (a cura di), *La riforma del titolo V, parte II della Costituzione*, Rimini, 2003.

POGGIOLINI D., *Medicinali*, in GIANNINI M. S., DE CESARE G. (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Varese, 1984.

PONTAROLLO E., COLOMBO G., *La distribuzione dei farmaci: realtà italiana e confronto internazionale*, in LUCIONI C., MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

PRIMICERIO B., *Lineamenti di Diritto sanitario*, Roma, 1974.

PRIMICERIO B., *Il Servizio Sanitario Nazionale: struttura, organizzazione e modelli gestionali*, Roma, 2004.

QUADERNI REMEDIA, *Innovazioni legislative 1991/92 nel settore farmaceutico*, Matera, 1992.

REVIGLIO F., *Sanità. Senza vincoli di spesa*, Bologna, 1999.

ROVERSI MONACO F., *Il Servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979.

ROVERSI MONACO F., *La nuova sanità*, Rimini, 1995.

ROVERSI MONACO F., *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000.

SANGIULIANO R., *La riforma sanitaria ter*, Napoli, 1999.

SANGIULIANO R., *Diritto sanitario e Servizio sanitario nazionale*, Napoli, 2003.

SCALIA A., *Il rapporto farmacie-popolazione e le esigenze di assistenza farmaceutica locale*, in *Rass. Dir. Farm.*, Milano, n.4-5, 1998.

SELLETTI S., *Le implicazioni legali della nuova disciplina*, in convegno About Pharma “Come cambia l’informazione scientifica dopo il Testo unico e il Regolamento regionale”, Milano, 2006.

SICONOLFI P., *Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in DI GASPARE G., BALDUZZI R. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.

SOLDI A., *Legislazione farmaceutica*, Milano, 1984.

MINGHETTI P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, Torino, 1998.

TERRANOVA F., *Progetto salute. Lineamenti per la costruzione del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 1980.

TRABUCCHI M., *I cittadini e il sistema sanitario nazionale*, Bologna, 1996.

VALVERDE, J. L., *Le sfide del Farmaco nella società attuale*, in *Leadershipmedica*, Milano, n. 5, 2004.

VIANI G., TIBERIO A., *Manuale di legislazione sanitaria*, Milano, 2002.

VINCIERI F. F., CIRINEI C., CERVINI C. D., *La gestione normativa dei medicinali. La dispensazione dei medicinali*, Roma, 1999.

VITALE A., *Diritto sanitario*, Roma, 1989.

ZANETTA G. P., CASALEGNO C., *Le leggi della nuova sanità*, Milano, 1998.

ZANETTA G. P., *Le leggi della nuova sanità: la riforma e i contratti del personale sanitario, leggi e giurisprudenza commentate*, Milano, 1999.