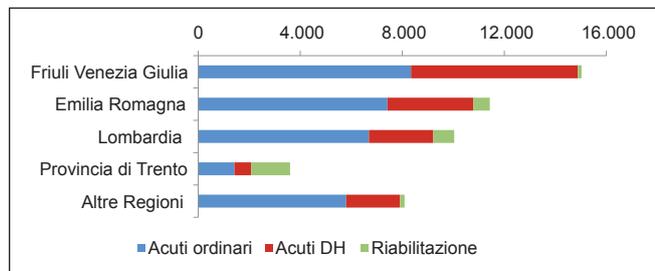


Considerando l'andamento della mobilità per gruppi di discipline, il saldo è largamente positivo per la Psichiatria e per molte discipline chirurgiche: principalmente Urologia, ma anche Chirurgia Generale, Oculistica, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia. Nel 2000 l'unica disciplina con un saldo fortemente negativo era l'Oncologia-Ematologia: il saldo si era riequilibrato nel corso degli anni successivi, per poi diventare nuovamente negativo nell'ultimo triennio (in parte artificialmente per il passaggio di molti ricoveri in regime ambulatoriale nel Veneto ma non in altre Regioni). Nel 2009 la mobilità passiva inoltre prevaleva, anche se in misura contenuta, nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza. Inoltre per la Riabilitazione ed alcune discipline chirurgiche il saldo, pur rimanendo positivo, si è fortemente ridotto. Nel 2009 i valori più elevati dell'indice di fuga si registrano in corrispondenza delle Aziende di confine (ULSS 10, 18, 1 e 7; vedi anche Figura 2). La Figura 3 mostra come più dell'80% della mobilità passiva sia diretta verso Friuli-Venezia Giulia (soprattutto per i day hospital), Emilia Romagna, Lombardia, e Provincia di Trento (soprattutto per i ricoveri in Riabilitazione).

Figura 3 - Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni per setting assistenziale e regione di ricovero. Anno 2009.



Per informazioni: Ugo Fedeli
ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

LE PRESCRIZIONE FARMACEUTICHE TERRITORIALI

Regione Veneto, 2008-2009.

Con il contributo della Dott.ssa M. Andretta e del Dott. L. Mezzalana
 Unità di Informazione sul Farmaco

Le prescrizioni di farmaci costituiscono una parte rilevante dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione e rappresentano una consistente voce di spesa a carico del Servizio Sanitario Regionale. In questo contributo sono presentati dati sui principali farmaci prescritti alla popolazione del Veneto con un approfondimento sugli antiipertensivi e sugli ipolipemizzanti (le prime due categorie in quanto a spesa per la farmaceutica territoriale). Si tratta di dati elaborati a partire dagli archivi "Sfera", che hanno copertura totale sulla regione e consentono di monitorare il consumo delle singole specialità farmaceutiche, e "CINECA" che, rispetto al precedente, non copre tutta la regione, ma consente di ricostruire le prescrizioni a livello del paziente (per maggiori dettagli metodologici uif.ulss20.verona.it).

La spesa per la farmaceutica territoriale convenzionata nella regione Veneto nel corso dell'anno 2009 è stata di circa 914 milioni di euro, in aumento del 2,9% rispetto all'anno precedente. Gli antiipertensivi costituiscono la

principale voce di spesa, seguiti dagli ipolipemizzanti e dai farmaci antiulcera peptica (Tabella 1). Questi tre gruppi di farmaci giustificano quasi la metà della spesa farmaceutica territoriale.

Tabella 1 - Le prime 10 voci di spesa farmaceutica territoriale convenzionati. Regione Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Antiipertensivi	235,1	-1,1	350,0	2,2
Ipolipemizzanti	102,9	12,3	54,3	14,2
Antiulcera Peptica	78,8	10,3	49,9	15,3
Farmaci per disturbi respiratori	66,3	4,7	31,7	1,5
Antibiotici	54,2	-6,6	17,9	-0,3
Antidepressivi	36,1	-3,5	32,0	3,5
Farmaci per l'osteoporosi	32,8	13,4	23,2	7,2
Eparinici	22,4	10,6	4,6	10,7
Antagonisti ormonali	22,3	-1,8	3,6	-1,5
Antiepilettici	22,1	14,5	8,3	3,8

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

La spesa per farmaci antiipertensivi nel 2009 è stata pari ad oltre 235 milioni di euro, in calo di circa l'1% rispetto all'anno precedente. Circa il 22% della popolazione regionale è in trattamento con farmaci antiipertensivi, e, una volta tenuto conto della diversa composizione demografica della popolazione, non vi sono scostamenti importanti dalla media regionale a livello delle singole Aziende ULSS né sulla proporzione di soggetti in trattamento (casi "prevalenti"), né sulla proporzione di soggetti per i quali vi sono nuove prescrizioni di questi farmaci (casi "incidenti", Tabella 2).

Tabella 2 - Percentuale aggiustata per sesso ed età di soggetti in terapia con antiipertensivi (Prevalenza) e che iniziano una terapia con antiipertensivi (Incidenza) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2008. Fonte: CINECA.

Azienda ULSS	Prevalenza	Incidenza
1-Belluno	23,3	3,1
2-Feltre	23,0	2,8
3-Bassano del Grappa	22,5	3,2
4-Alto Vicentino	23,1	2,8
5-Ovest Vicentino	22,1	3,1
6-Vicenza	22,2	3,0
7-Pieve di Soligo	20,5	2,8
8-Asolo	21,8	2,9
10-Veneto Orientale	20,8	2,6
12-Veneziana	22,3	2,9
13-Mirano	22,3	3,0
14-Chioggia	23,5	2,8
15-Alta Padovana	22,7	3,0
16-Padova	22,0	2,9
17-Este	22,8	2,8
18-Rovigo	23,8	3,2
19-Adria	23,9	2,9
20-Verona	22,5	2,9
21-Legnago	24,3	2,7
22-Bussolengo	22,2	2,8
Veneto	22,4	2,9

Tra i farmaci antiipertensivi, i più prescritti sono gli ACE-inibitori (38% delle confezioni di antiipertensivi), ma la maggiore voce di spesa è costituita dagli antagonisti

dell'angiotensina II (circa il 36% della spesa a fronte di un numero di confezioni che è circa metà rispetto agli ACE-inibitori). Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina inoltre evidenziano il maggiore incremento in termini assoluti dal 2008 al 2009 per quanto riguarda la spesa farmaceutica (Tabella 3).

Tabella 3 - Spesa e consumo di farmaci antipertensivi di competenza del Medico di Medicina Generale. Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Antipertensivi	235,1	-1,1	350,0	2,2
Antagonisti angiotensina II	84,2	8,4	62,9	8,0
ACE-inibitori	64,9	11,6	131,3	0,7
Calcioantagonisti con effetto vascolare	37,9	-2,2	58,5	1,4
Betabloccanti	26,8	5,2	44,8	2,5
Diuretici	9,8	-1,2	41,6	0,6
Sostanze antiadrenergiche ad azione periferica	9,1	-6,9	8,8	0,1
Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale	2,5	-8,3	2,3	-5,3

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

Tra le Aziende ULSS si evidenzia una certa variabilità nella scomposizione della spesa farmaceutica relativamente ai farmaci antiipertensivi: nelle Aziende ULSS 2, 4, 14, 20 e 22 la spesa per ACE-inibitori supera quella per antagonisti dell'angiotensina II (tabella 4). Si evidenzia infine una notevole variabilità nella proporzione di soggetti per i quali è prescritto un antagonista dell'angiotensina II come farmaco iniziale (tabella 6): nelle Aziende ULSS 2, 4, 20, 21 e 22 vi sono percentuali inferiori al 10%, mentre nelle Aziende ULSS 1 e 8 la proporzione supera il 20%. La diffusione dell'utilizzo degli inibitori recettoriali dell'angiotensina non appare giustificata da evidenze scientifiche, come pure il loro utilizzo come farmaco in prima battuta^{1,2,3}.

I farmaci ipolipemizzanti costituiscono la seconda voce di spesa per quanto riguarda la farmaceutica territoriale convenzionata (circa 102 milioni di euro nel 2009, Tabella 1). Rispetto al 2008, nel 2009 sono aumentate in modo sostanziale sia la spesa (+12,3%), sia il numero di dosi prescritte (+14,2%).

Il farmaco per il quale nel 2009 si è registrata la spesa maggiore è stato l'atorvastatina, seguito dalla rosuvastatina (Tabella 5). L'incremento di spesa maggiore riguarda le molecole di introduzione più recente, come l'atorvastatina, la rosuvastatina e l'associazione simvastatina/ezetimibe, mentre molecole di utilizzo più consolidato mostrano incrementi di spesa decisamente più contenuti (simvastatina) o in forte calo (pravastatina, il cui brevetto è scaduto nel gennaio 2008). Atorvastatina e rosuvastatina sono statine più potenti sulla riduzione della colesterolemia, ma con prove di efficacia carenti sulla riduzione di esiti clinicamente rilevanti (prove di efficacia, invece, solide per simvastatina e pravastatina). L'associazione simvastatina/ezetimibe mostra il maggior incremento rispetto al 2008; va rilevato che finora l'efficacia di questa associazione su

esiti clinicamente rilevanti (eventi ischemici) è stata testata solo verso placebo⁴⁻⁷.

Tabella 4 - Scomposizione della spesa per farmaci antiipertensivi per Azienda ULSS e proporzione di soggetti che iniziano un trattamento con sartani. Fonte: Sfera e CINECA.

Azienda ULSS	(1)	(2)	(3)	(4)
1-Belluno	59.066	41,1	23,4	21,4
2-Feltre	50.438	30,3	30,6	8,9
3-Bassano del Grappa	51.847	39,7	27,0	19,1
4-Alto Vicentino	45.080	29,2	32,4	6,9
5-Ovest Vicentino	43.611	38,4	27,9	16,1
6-Vicenza	47.812	39,0	24,8	17,1
7-Pieve di Soligo	46.490	38,4	27,0	17,2
8-Asolo	46.668	39,7	24,3	23,6
9-Treviso	46.083	38,1	27,3	-
10-Veneto Orientale	51.964	34,2	28,3	15,5
12-Veneziana	53.101	36,0	26,3	15,2
13-Mirano	48.710	36,6	27,7	15,8
14-Chioggia	50.348	28,1	31,2	11,3
15-Alta Padovana	46.844	38,8	25,1	18,3
16-Padova	47.361	39,0	26,7	14,7
17-Este	50.588	38,0	27,0	17,1
18-Rovigo	57.667	39,9	25,5	19,3
19-Adria	57.653	31,9	29,5	11,1
20-Verona	46.229	28,8	31,8	8,0
21-Legnago	51.657	31,4	28,4	9,6
22-Bussolengo	42.894	29,4	30,4	9,7
Veneto	48.632	35,8	27,6	14,8

Nota: (1) Spesa per 1000 abitanti (€) 2009; (2) Spesa per antagonisti angiotensina II (%) 2009; (3) Spesa per ACE-inibitori (%) 2009; (4) % assistiti che iniziano trattamento con sartani - 2008

Tabella 5 - Spesa e consumo di farmaci ipolipemizzanti di competenza del Medico di Medicina Generale. Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Ipolipemizzanti	102,9	12,3	54,27	14,2
Atorvastatina	38,8	11,7	15,38	17,1
Rosuvastatina	22,2	22,4	12,44	21,0
Simvastatina	11,9	3,2	12,60	10,4
Omega polienoici	11,3	18,5	3,47	17,4
Simvastatina/ezetimibe	9,9	33,8	2,30	32,8
Pravastatina	3,0	-23,9	3,10	2,6
Fluvastatina	2,9	-14,8	2,23	-7,7
Lovastatina	1,3	-4,6	0,71	10,3
Fenofibrato	1,1	10,8	1,61	9,2
Gemfibrozil	171,2	-15,3	0,22	-11,0
Colestiramina	146,0	2,2	0,06	1,3
Bezafibrato	104,9	-6,9	0,14	-7,0

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

Tra le diverse Aziende ULSS vi è una certa variabilità nella proporzione di popolazione in trattamento con farmaci ipolipemizzanti, anche tenendo conto della diversa struttura demografica. Per quanto concerne la continuità terapeutica con questi farmaci, la maggior parte delle Aziende ULSS si attesta su valori vicini al dato medio regionale. Vi sono invece differenze anche considerevoli nel contributo relativo delle varie molecole tra le diverse Aziende ULSS (Tabella 6).

Tabella 6 - Scomposizione della spesa per farmaci ipolipemizzanti per Azienda ULSS e proporzione di soggetti in trattamento con statine aggiustata per età e sesso. Fonte: Sfera e CINECA.

Azienda ULSS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1-Belluno	23.856	38,6	20,4	9,9	13,1	6,3
2-Feltre	16.731	37,1	17,9	18,5	6,9	5,5
3-Bassano del Grappa	19.442	33,5	27,5	9,8	8,9	6,1
4-Alto Vicentino	14.473	33,1	20,6	15,8	5,8	5,1
5-Ovest Vicentino	20.288	42,8	20,5	9,2	6,9	6,1
6-Vicenza	21.831	35,8	22,7	10,9	8,2	7,1
7-Pieve di Soligo	15.44	36,6	21,2	14,3	7,9	5,2
8-Asolo	23.395	38,3	21,1	8,6	11,6	7,5
9-Treviso	21.903	35,8	24,6	10,7	13,0	-
10-Veneto Orientale	32.474	39,6	26,3	9,2	10,5	8,8
12-Veneziana	23.268	41,7	22,6	9,5	9,3	6,5
13-Mirano	21.282	37,5	23,3	9,4	9,3	6,4
14-Chioggia	21.999	41,2	20,2	12,7	6,7	7,1
15-Alta Padovana	17.422	30,0	22,3	15,6	8,3	6,3
16-Padova	21.793	37,1	19,0	13,0	10,7	6,8
17-Este	22.948	34,1	20,7	14,1	10,3	7,9
18-Rovigo	19.727	38,9	17,9	13,7	7,0	6,6
19-Adria	23.373	46,9	17,1	12,1	4,7	7,3
20-Verona	22.115	37,0	20,1	12,4	10,9	7,3
21-Legnago	23.261	42,6	18,7	11,9	7,1	7,6
22-Bussolengo	17.409	40,0	19,7	11,0	10,3	5,9
Veneto	21.277	37,7	21,6	11,5	9,6	6,7

Nota: (1) Spesa per 1000 abitanti (€) 2009; (2) Spesa per atorvastatina (%) 2009; (3) Spesa per rosuvastatina (%) 2009; (4) Spesa per simvastatina (%) 2009; (5) Spesa per simvastatina/ezetimibe (%) 2009; (6) % assistiti su assistibili pesati (prevalenza) 2008;

Conclusioni

La spesa farmaceutica territoriale convenzionata costituisce un capitolo importante per quanto riguarda l'assistenza sanitaria pubblica. I dati a livello di Azienda ULSS evidenziano differenze anche considerevoli nella proporzione di popolazione trattata e, all'interno delle stesse categorie di farmaci, nel tipo di molecola prescritta. Considerando il progressivo invecchiamento della popolazione e la tendenza delle principali linee guida ad una sempre maggiore aggressività nell'approccio terapeutico delle condizioni morbose croniche, è prevedibile un incremento nel numero assoluto di soggetti con prescrizione di

Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin.

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore.

Coordinatori di Redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Maria Marchesan.

Coordinatore Comitato Scientifico: Achille Cesare Pessina.

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Vincenzo Baldo, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Sandro Cinquetti, Gianpiero Dalla Zuanna, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Lorenzo Gubian, Luciano Marchiori, Adriano Marcolongo, Tiziana Menegon, Giampietro Pellizzer, Achille Cesare Pessina, Giovanni Pizzolo, Giampietro Rupolo, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Gaetano Thiene.

Stampa: L'Artegrafica - Casale sul Sile (TV)

Sede della Redazione: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)
Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006
Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002

farmaci. Per continuare a garantire la sostenibilità del sistema appare necessario implementare politiche che, pur rispettando l'autonomia e la professionalità dei medici, favoriscano una maggiore appropriatezza nelle prescrizioni sia dal versante di un maggior rigore nell'individuazione dei soggetti che necessitano di terapia farmacologica, sia nel dissuadere l'impiego spesso non scientificamente giustificato dell'"ultima novità" rispetto a farmaci meno recenti ma di provata efficacia e sicurezza e costo inferiore.

Bibliografia

1. Matchar DB et al. Comparative effectiveness of ACE inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008; 148:16-29.
2. Yusuf S et al for the ONTARGET investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008; 358: 1547-59.
3. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
4. Kjekshus J et al. Rosuvastatin in Older Patients with Systolic Heart Failure. *N Engl J Med* 2007; 357: 2248-61.
5. GISSI-HF investigators. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 1231-9.
6. Ridker PM et al. Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. *N Engl J Med* 2008; 359: 2195-207.
7. Rossebø AB et al. Intensive Lipid Lowering with Simvastatin and Ezetimibe in Aortic Stenosis. *N Engl J Med* 2008; 359: 1343-56.

Per informazioni: Stefano Brocco
stefano.brocco@ulssasolo.ven.it

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Corso di formazione SER

Il nuovo modello per la certificazione delle cause di morte: peculiarità ed indicazioni per una corretta certificazione

Castelfranco Veneto, 9 e 10 febbraio 2011

Crediti ECM regionali per le seguenti figure professionali:
Medico (tutte le discipline), **Assistente sanitario**, **Infermieri**.

Responsabile Scientifico: **Paolo Spolaore**

Per informazioni tecnico scientifiche

Stefano Brocco stefano.brocco@ulssasolo.ven.it

Segreteria organizzativa: Coordinamento del SER

Tel 0423 732790 Fax 0423 732791

Informazioni ed Iscrizioni: www.ser-veneto.it

Docenti

Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Paolo Spolaore
(Coordinamento del SER)

Sede del corso: Ospedale di Castelfranco Veneto, area formazione, aula digitale.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Malattie cerebrovascolari nel Veneto: ricoveri e mortalità.
- Interventi di colecistectomia in Veneto.
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni sull'attività del S.E.R.

www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it