

OBIETTIVI PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI

anno 2012

A cura del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale.

La relazione sviluppa i seguenti punti:

- Definizione degli obiettivi da assegnare alle ASL per l'anno 2012, al fine dello spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti meno costosi.
- Calcolo del risparmio teorico prodotto dallo spostamento delle prescrizioni verso specialità farmaceutiche equivalenti relativamente alle categorie terapeutiche su cui viene posto l'obiettivo.
- Calcolo del risparmio derivante dall'abbassamento di prezzo atteso in seguito alla scadenza brevettuale di 17 principi attivi prevista per il 2012.

Pescara, 17 gennaio 2012

Introduzione:

Tra le politiche di contenimento della spesa farmaceutica, rientrano le azioni finalizzate al mantenimento dei comportamenti prescrittivi, in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite, dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto degli stessi.

A questo proposito è stato costruito un indicatore che tiene conto dei volumi prescritti di farmaco equivalente considerando sia i volumi storici, espressi in DDD⁽¹⁾ (dosi definite die), sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione e ipotizzando, sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dalla ASL *best-in-class* o dalla media nazionale, laddove superiore, per ogni specifica categoria terapeutica.

Per l'anno 2012 è stato modificato il numero delle categorie terapeutiche previste nel Programma Operativo 2011-2012, approvato con decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 del 06.07.2011.

Sono state ampliate le categorie indicate dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) con il DL 78/2010 - Art. 11 comma 7b - convertito in legge 30 luglio 2010 n°122 - ed è stata rivista la metodologia adottata, considerando al numeratore dell'indicatore in questione, oltre ai principi attivi con brevetto scaduto nell'anno 2011 (storico) anche quelli in scadenza fino a novembre 2012 al fine di evidenziare e prevenire il fenomeno dello "shift" delle prescrizioni.

Nella seconda metà del 2010, AIFA, in accordo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute, ha identificato, in via preliminare, i seguenti indicatori di programmazione e controllo:

A02BC INIBITORI DI POMPA PROTONICA

- Utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli inibitori di pompa protonica

C09 FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA

- Utilizzo di ACE-inibitori non associati (C09A) sul totale degli ACE-inibitori non associati (C09A) e dei sartani non associati (C09C)
- Utilizzo di ACE-inibitori associati a diuretico (C09B) sul totale degli ACE inibitori associati a diuretico (C09B) e dei sartani associati a diuretico (C09D)
- Utilizzo di losartan (C09CA01) (farmaco a brevetto scaduto) sul totale della classe dei sartani (C09CA)

C10AA INIBITORI DELLE COA-REDUTTASI (STATINE)

- Utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe delle statine

N06AB INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DELLA SEROTONINA (SSRI)

- Utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli SSRI

Il citato art.11 comma 7 del DL 78/2010, infatti, prevede che l'AIFA provveda alla predisposizione di *"tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente"*.

Poiché lo scopo delle tabelle è di "...mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa...", è evidente che gli indicatori individuati dall'AIFA, in via preliminare, nel mese di luglio 2010, possono essere integrati.

Alla luce di quanto suesposto, quindi, a quelle descritte precedentemente sono state aggiunte le seguenti categorie terapeutiche:

M05BA BIFOSFONATI
R01AD, R03BA ANTIINFIAMMATORI - CORTISONICI INAL.
R03AC BRONCODILATATORI

In considerazione inoltre della nuova versione della nota 13, modificata dall'AIFA con determinazione 6 giugno 2011 (GU 15 luglio 2011, n. 163) ed in vigore dal 16 luglio 2011, alla categoria "STATINE" è stata aggiunta l'associazione con l'ezetimibe (C10BA)

E' stata inoltre aggiornata la lista dei principi attivi a brevetto scaduto aggiungendo alle scadenze brevettuali fino a dicembre 2011, le scadenze previste fino a novembre 2012 secondo la lista dei certificati complementari di protezione (CCP) siccome disponibile nel sito ASSOGENERICI.

Il lavoro sopra brevemente descritto si articola in 5 fasi:

1. Individuazione/modifica delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in aggiunta a quelle definite dall'AIFA, ai sensi dell'art.11 comma 7 del DL 78/2010, in base al volume di prescrizioni registrate per il periodo gennaio - settembre 2011 e alla scadenza brevettale dei principi attivi in esse contenute (tab. 1).
2. Individuazione dei principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2011 e in scadenza nell'anno 2012, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto 1 (tab. 2).
3. Definizione degli obiettivi secondo i livelli di prescrizione di farmaco equivalente osservati per le AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e per la media nazionale nel periodo gennaio - settembre 2011. In totale sono stati calcolati 10 obiettivi, due dei quali (obiettivi 04 e 05) non riguardano la prescrizione di farmaci equivalenti ma l'incidenza delle dosi di farmaci a base di Ace inibitori - da soli o in associazione con diuretici - sul totale dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (tab. 3).
4. Simulazione del risparmio atteso nel 2012 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2012 (risparmio A) per le categorie oggetto di monitoraggio, al netto dell'effetto abbassamento prezzi dovuto per alcuni principi attivi alla perdita del brevetto (tab. 4).
5. Simulazione del risparmio atteso nel 2012 dovuto alla scadenza brevettuale di 17 principi attivi - risparmio B (tab. 5)

⁽¹⁾ Le DDD (Dosi Definite Die) pubblicate dal WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology di Oslo, rappresentano la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta quindi di una unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente).

Fonti dati:

E' stato effettuato il record linkage tra le seguenti banche dati:

- **consumi SFERA** gennaio-settembre 2011 delle ASL della Regione Abruzzo disaggregati per mese e specialità in termini di n. confezioni, spesa lorda e DDD;
- **liste AIFA farmaci equivalenti** a partire da dicembre 2001 (scaricabili dal sito AIFA);
- **lista dei certificati complementari di protezione (CCP)** (legge n. 31 del 28 febbraio 2008) disponibili nel sito di ASSOGENERICI.

Metodi:

Costruzione degli obiettivi

La percentuale di farmaci equivalenti sul totale dei farmaci della categoria terapeutica (% FE= % farmaci equivalenti) è calcolata nel seguente modo:

numeratore: totale delle giornate di terapia di farmaci i cui principi attivi hanno perso / perderanno il brevetto fino a novembre 2012;

denominatore: totale delle giornate di terapia della categoria terapeutica a cui appartengono i principi attivi al numeratore.

L'analisi è stata condotta facendo riferimento ai principi attivi che hanno perso il brevetto, di cui alle liste di trasparenza AIFA.

Definizione degli obiettivi

E' stata utilizzata, per ciascuna categoria terapeutica, la % farmaco equivalente (FE) della ASL con la % farmaci equivalenti maggiore (ASL *best-in-class*) laddove maggiore del valore nazionale, altrimenti è stata considerata la % FE della media italiana.

Simulazione del risparmio

I dati utilizzati si riferiscono al periodo gennaio – settembre 2011. La stima della spesa lorda e delle DDD per l'intero anno 2011 è stata calcolata come proiezione lineare.

Come misura del risparmio è stata utilizzata la differenza di spesa lorda, ossia la spesa che si ottiene applicando il prezzo al pubblico al numero di confezioni prescritte.

La scelta dell'utilizzo della spesa lorda per il calcolo del risparmio è imposta dal fatto che le analisi hanno come punto di partenza il prezzo al pubblico dei farmaci.

Se il risparmio venisse misurato in termini di "diminuzione della spesa netta" infatti, le analisi si dovrebbero basare sul fatto che la quota dovuta al ticket, sia essa quota fissa o differenza con il prezzo di riferimento, rimanga invariata dal 2011 al 2012 indipendentemente dalla perdita di brevetto di alcuni principi attivi e dalla diversa incidenza delle prescrizioni di farmaco generico unbranded che, come noto, sono esenti da ticket.

Costruzione del prezzo medio ponderato per DDD

Utilizzando il numero di giornate di terapia per specialità è stato possibile costruire il prezzo medio ponderato (PMP) per giornata di terapia e applicarlo al numero di giornate di terapia per effettuare le simulazioni.

I prezzi a livello di una singola specialità sono ottenuti come rapporto tra i valori di spesa (in euro) e le quantità vendute in termini di DDD.

A partire dai prezzi a livello di singola specialità sono stati calcolati per ogni mese i prezzi medi ponderati (PMP), dove i pesi sono costituiti dal numero delle DDD, secondo la seguente formula:

$$PMP_i = \frac{\sum_{j=1}^n p_j q_j}{\sum_{j=1}^n q_j}$$

dove:

n = è il numero delle specialità in commercio nel mese i

p_j = è il prezzo di una DDD della specialità j nel mese i

q_j = è il numero delle DDD della specialità j vendute nel mese i

Risparmio A

- E' stato calcolato, all'interno di ogni categoria terapeutica, il PMP relativo all'insieme dei principi attivi a brevetto scaduto o in scadenza e il PMP relativo al loro insieme complementare (principi attivi non scaduti).
- Applicando il PMP così ottenuto al numero di DDD attese nel 2012 ottenute simulando, per i due sottoinsiemi della categoria terapeutica, la % FE posta come obiettivo, è stata calcolata la spesa lorda che si sarebbe avuta se la % FE fosse stata, per l'intera Regione, quella indicata dagli obiettivi.
- Tale spesa lorda è stata sottratta a quella prevista per il 2011 secondo i consumi osservati nel periodo gennaio – settembre 2011.

Sono stati considerati i PMP osservati nell'anno 2011 perché il calcolo del risparmio A non tenesse conto dell'effetto prodotto dall'abbassamento dei prezzi per i farmaci con scadenza brevettale prevista nel 2012.

Questo effetto è stato calcolato separatamente supponendo che, per le categorie di sartani, sartani + diuretici e statine, i principi attivi che al loro interno perderanno il brevetto nel corso del 2012 aumentino il livello di prescrizione proporzionalmente a quello osservato nel 2012 e non vengano sottoposti al fenomeno dello "shift". Tali principi attivi dunque producono due tipi di risparmio: quello dovuto all'abbassamento dei prezzi (risparmio B) e quello dovuto all'aumento proporzionale delle loro quantità all'interno della categoria dei farmaci equivalenti per cui è stato fissato di aumentare la prescrizione (risparmio C).

Risparmio B

Sono stati considerati i consumi dei principi attivi scaduti a dicembre 2011 (secondo le liste AIFA) e quelli per cui è prevista una scadenza nel 2012 (secondo i CCP):

il risparmio è stato calcolato come la differenza tra la spesa lorda prevista per il 2011 secondo i consumi osservati nel periodo gennaio – settembre 2011, e la spesa ottenuta diminuendo del 40% il PMP relativo a tali principi attivi dal mese successivo a quello di scadenza.

Risultati:

Utilizzando i dati riportati nelle seguenti tabelle è possibile calcolare l'impatto, per l'anno 2012, di un eventuale spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti (risparmio A) sommato alla diminuzione della spesa dovuta all'abbassamento dei prezzi che si verifica in seguito alla scadenza brevettale di un principio attivo (risparmio B).

Ai risparmi sopra citati bisogna aggiungere quello che è stato denominato “**risparmio C**” dovuto all’aumento proporzionale delle quantità dei principi attivi in scadenza nel 2012 all’interno della categoria dei farmaci equivalenti relativi ai sartani, sartani + diuretici e statine per cui è stato fissato di aumentare la prescrizione. Tale risparmio ammonta a circa **500 mila €**

	Differenza DDD anno 2012	PMP 2012	Spesa 2012	Spesa 2011	Risparmio C
atorvastatina	866.182	0,77	670.254	874.244	203.990
eprosartan, irbesartan, candesartan	578.353	0,41	234.685	289.644	54.959
valsartan + diuretici	716.897	0,51	366.396	610.660	244.264
TOTALE					503.213

Il risparmio A (risparmio teorico ottenibile) è stato prudenzialmente abbattuto del 20% in quanto è ragionevole supporre che non tutte le ASL contemporaneamente si allineino a partire dal primo gennaio ai valori fissati come obiettivo.

Alla luce dell’analisi effettuata e dell’esperienza di osservazione del fenomeno in oggetto, si può ragionevolmente affermare che, per il 2012, è attesa una diminuzione della spesa lorda pari a circa **9,7 milioni di €** dovuta

- allo spostamento delle prescrizioni verso i farmaci equivalenti per determinate categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio che hanno costituito, nel periodo gennaio – settembre 2011 il 35% della spesa convenzionata (**Risparmio A = 2 milioni di €**),
- alla scadenza brevettale di alcuni principi attivi (**Risparmio B = 7,2 milioni di €**),
- all’aumento proporzionale delle quantità dei principi attivi in scadenza nel 2012 all’interno della categoria dei farmaci equivalenti per le categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio (**risparmio C = 500 mila €**).

Il calcolo è stato effettuato a consumi costanti, per cui la diminuzione ipotizzata non si traduce necessariamente ad una diminuzione del totale della spesa; qualora infatti aumentino le DDD per aumento della popolazione trattata (dovuta ad esempio ad estensione delle indicazioni terapeutiche del farmaco monitorato ovvero ad utilizzo improprio dello stesso) è palese che il risparmio ottenuto dall’aumento di prescrizioni di farmaci equivalenti viene “mascherato” e quindi annullato dall’aumento della spesa dovuta alle cause su evidenziate.

Tabella 1 – Classificazione delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio per l'anno 2012.

GRUPPO	CATEGORIA TERAPEUTICA	ATC
INIBITORI DI POMPA		A02BC
Farmaci attivi sul sistema renina angiotensina	ACE INIBITORI NON ASSOCIATI	C09AA
	ACE INIBITORI ASSOCIATI CON DIURETICI	C09BA
	ANGIO II ANTAG. ANGIO II ANTAG. E DIURETICI	C09CA C09DA
STATINE		C10AA, C10BA
BIFOSFONATI		M05BA
ANTIDEPRESSIVI	INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA	N06AB
	ALTRI ANTIDEPRESSIVI	N06AX
ANTIINFIAMMATORI - CORTISONICI INAL.		R01AD, R03BA
BRONCODILATATORI		R03AC

Tabella 2 – Principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza oggetto del monitoraggio nell'anno 2012.

categoria terapeutica	ATC5	Principio_attivo	DATA*
Inibitori di pompa	A02BC01	Omeprazolo	200711
Inibitori di pompa	A02BC02	Pantoprazolo	200907
Inibitori di pompa	A02BC03	Lansoprazolo	200603
Inibitori di pompa	A02BC05	Esomeprazolo	201103
Angio II antag.	C09CA01	Losartan	201003
Angio II antag.	C09CA02	Eprosartan	201204
Angio II antag.	C09CA03	Valsartan	201111
Angio II antag.	C09CA06	Candesartan	201204
Angio II antag.	C09CA04	Irbesartan	201208
Angio II antag. e diur (ass)	C09DA01	Losartan + Idroclorotiazide	201003
Angio II antag. e diur (ass)	C09DA03	Valsartan+Idroclorotiazide	201112
Statine	C10AA01	Simvastatina	200704
Statine	C10AA03	Pravastatina	200801
Statine	C10AA04	Fluvastatina	200910
Statine	C10AA05	Atorvastatina	201205
Bifosfonati orali e iniettabili	M05BA02	Acido clodronico	200112
Bifosfonati orali e iniettabili	M05BA04	Acido alendronico	200611
Bifosfonati orali e iniettabili	M05BA07	Sodio Risedronato	201101
Antidepressivi-SSRI	N06AB03	Fluoxetina	200112
Antidepressivi-SSRI	N06AB04	Citalopram	200407
Antidepressivi-SSRI	N06AB05	Paroxetina	200301
Antidepressivi-SSRI	N06AB06	Sertralina	200512
Antidepressivi-SSRI	N06AB08	Fluvoxamina	200711
Antidepressivi-Altri	N06AX11	Mirtazapina	200505
Antidepressivi-Altri	N06AX16	Venlafaxina	200903
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC02	Salbutamolo	200112
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC13	Formoterolo	200612
Antiinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA01	Beclometasone	200112
Antiinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA02	Budesonide	200410

* *L'anno e il mese indicano la lista AIFA in cui - PER LA PRIMA VOLTA - è presente una specialità equivalente relativa al principio attivo fino a dicembre 2011 oppure per il periodo gennaio-novembre 2012 le scadenze brevetto secondo i CCP.*

Tabella 3 - Incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio e valore degli obiettivi per l'anno 2012. Dati relativi a gennaio – settembre 2011.

Obiettivi anno 2012		ABRUZZO	%	ASL 1	%	ASL 2	%	ASL 3	%	ASL 4	%	ITALIA	%	% FE obiettivo 2012
01	inibitori di pompa	22.774.092		5.030.818		6.537.878		5.587.343		5.618.053		1.029.852.821		
	<i>Equivalenti 2012</i>	21.296.637	93,5	4.742.215	94,3	6.023.259	92,1	5.163.465	92,4	5.367.698	95,5	992.709.624	96,4	96,4
	<i>altri</i>	1.477.455	6,5	288.603	5,7	514.619	7,9	423.878	7,6	250.355	4,5	37.143.197	3,6	
	ace inibitori	32.170.568		8.442.869		8.802.318		6.604.152		8.321.230		1.466.191.739		
	ace inibitori + diuretici	11.403.630		2.413.408		3.865.164		2.709.400		2.415.658		452.450.732		
02	sartani	19.398.972		5.117.296		5.436.865		4.244.601		4.600.211		881.208.426		
	<i>Equivalenti 2012</i>	13.701.070	70,6	3.679.090	71,9	3.686.053	67,8	2.987.891	70,4	3.348.037	72,8	636.979.378	72,3	72,8
	<i>altri</i>	5.697.902	29,4	1.438.206	28,1	1.750.812	32,2	1.256.710	29,6	1.252.174	27,2	244.229.048	27,7	
03	sartani + diuretici	12.990.966		3.258.428		3.979.103		3.170.576		2.582.859		658.814.447		
	<i>Equivalenti 2012</i>	5.465.462	42,1	1.368.008	42	1.563.095	39,3	1.413.576	44,6	1.120.783	43,4	295.486.839	44,9	44,9
	<i>altri</i>	7.525.504	57,9	1.890.420	58	2.416.008	60,7	1.757.000	55,4	1.462.076	56,6	363.327.608	55,1	
04	%ace in. / ace in.+ sartani		62,4		62,3		61,8		60,9		64,4		62,5	64,4
05	%ace in. ass. / ace in. ass. +sartani ass.		46,7		42,6		49,3		46,1		48,3		40,7	49,3
06	statine	18.948.317		4.067.632		6.023.429		4.139.003		4.718.253		958.225.337		
	<i>Equivalenti 2012</i>	12.807.185	67,6	2.599.760	63,9	4.107.226	68,2	2.762.345	66,7	3.337.854	70,7	644.056.488	67,2	70,7
	<i>altri</i>	6.141.132	32,4	1.467.872	36,1	1.916.203	31,8	1.376.659	33,3	1.380.398	29,3	314.168.849	32,8	
07	bifosfonati	3.992.336		617.538		1.383.499		1.173.075		818.224		122.456.878		
	<i>Equivalenti 2012</i>	3.473.383	87	515.245	83,4	1.229.359	88,9	1.015.434	86,6	713.345	87,2	100.796.374	82,3	88,9
	<i>altri</i>	518.953	13	102.293	16,6	154.140	11,1	157.641	13,4	104.879	12,8	21.660.505	17,7	
08	antidepressivi	12.510.456		2.694.896		3.807.956		3.145.934		2.861.669		578.270.720		
	<i>Equivalenti 2012</i>	8.602.910	68,8	1.819.080	67,5	2.700.760	70,9	2.110.336	67,1	1.972.735	68,9	403.695.181	69,8	70,9
	<i>altri</i>	3.907.546	31,2	875.816	32,5	1.107.197	29,1	1.035.599	32,9	888.935	31,1	174.575.539	30,2	
09	antiinfiamm. cortis. inal.	3.905.078		855.179		1.097.727		1.035.373		916.799		173.515.518		
	<i>Equivalenti 2012</i>	3.473.490	88,9	751.053	87,8	975.865	88,9	919.700	88,8	826.873	90,2	150.906.267	87	90,2
	<i>altri</i>	431.588	11,1	104.127	12,2	121.862	11,1	115.673	11,2	89.927	9,8	22.609.251	13	
10	broncodilatatori	1.560.703		362.750		393.513		402.098		402.342		98.921.640		
	<i>Equivalenti 2012</i>	1.202.411	77	271.989	75	294.476	74,8	300.878	74,8	335.069	83,3	79.463.076	80,3	83,3
	<i>altri</i>	358.292	23	90.762	25	99.037	25,2	101.220	25,2	67.273	16,7	19.458.563	19,7	

Tabella 4 – Simulazione del risparmio atteso nel 2012 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2012 per le categorie oggetto di monitoraggio.

	Spesa 2011 (stima)	DDD 2011 (stima)	% DDD media regionale	% FE obiettivo	PMP 2011	Spesa 2012 (stima con % FE obiettivo)	Risparmio A*
01 - IPP	20.579.972	30.365.456			0,68	19.957.040	498.346
equivalenti2012	17.936.065	28.395.516	93,5	96,4	0,63	18.489.886	
altri	2.643.907	1.969.940	6,5	3,6	1,34	1.467.153	
ace inibitori	7.844.519	42.894.091			0,18		
ace inibitori + diuretici	6.519.421	15.204.840			0,43		
02 - sartani	14.536.858	25.865.296			0,56	14.410.163	101.356
equivalenti2012	9.057.096	18.268.094	70,6	72,8	0,50	9.335.651	
altri	5.479.762	7.597.203	29,4	27,2	0,72	5.074.513	
03 - sartani + diuretici	14.324.890	17.321.288			0,83	14.220.472	83.535
equivalenti2012	5.127.031	7.287.283	42,1	44,9	0,70	5.471.757	
altri	9.197.860	10.034.005	57,9	55,1	0,92	8.748.714	
04 -% C09A / C09A+C09C			62,4	64,4			420.393
05 - % C09B / C09B+C09D			46,7	49,3			261.882
06 - statine	22.987.764	25.264.422			0,91	22.569.142	334.898
equivalenti2012	12.588.713	17.076.246	67,6	70,7	0,74	13.167.937	
altri	10.399.051	8.188.176	32,4	29,3	1,27	9.401.205	
07 - bifosfonati	4.728.367	5.323.115			0,89	4.657.994	56.298
equivalenti2012	3.694.590	4.631.178	87,0	88,9	0,80	3.775.221	
altri	1.033.777	691.937	13,0	11,1	1,49	882.773	
08 - antidepressivi	10.719.313	16.680.608			0,64	10.473.478	196.668
equivalenti2012	4.897.197	11.470.547	68,8	70,9	0,43	5.049.188	
altri	5.822.115	5.210.061	31,2	29,1	1,12	5.424.290	
09 - antiinfiamm. cortis. inal.	3.762.725	5.206.771			0,72	3.736.331	21.115
equivalenti2012	3.139.622	4.631.320	88,9	90,2	0,68	3.183.814	
altri	623.102	575.451	11,1	9,8	1,08	552.517	
10 - broncodilatatori	1.306.650	2.080.937			0,63	1.260.295	37.085
equivalenti2012	875.648	1.603.215	77,0	83,3	0,55	946.764	
altri	431.002	477.722	23,0	16,7	0,90	313.530	
TOTALE							2.011.576

* stima effettuata decurtando del 20% il risparmio su base annua calcolato come valore teorico qualora tutte le ASL a partire dal primo gennaio 2012 si allineino con la best-in-class. Non è considerato l'effetto abbassamento dei prezzi atteso per sartani, sartani + diuretici e statine in base alle scadenze 2012 riportate dai CCP.

Tabella 5 - Risparmio derivante dall'abbassamento dei prezzi che segue alla perdita brevettale di 17 principi attivi durante l'anno 2012, calcolato sulla base dei dati registrati nel periodo gennaio-settembre 2011 e sotto l'ipotesi di consumi costanti

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	MESE scadenza CCP°	Stima spesa 2011	Stima spesa 2012*	Risparmio B
A02BC04	RABEPRAZOLO SODICO	11	2.643.907	2.555.777	88.130
B01AB12	BEMIPARINA SODICA	7	270.569	225.475	45.095
B01AC30	DIPIRAMIDOLO E ACIDO ACETILSALICILICO	7	84.474	70.395	14.079
C09CA02	EPROSARTAN MESILATO	4	91.172	66.859	24.312
C09CA04	IRBESARTAN	8	2.675.413	2.318.691	356.722
C09CA06	CANDESARTAN CILEXETIL	4	1.870.939	1.372.022	498.917
C09DA03	VALSARTAN + IDROCLOROTIAZIDE	0	4.393.397	2.636.038	1.757.359
C10AA05	ATORVASTATINA	5	9.286.667	7.119.778	2.166.889
G03AA10	GESTODENE ED ETINILESTRADIOLO	7	214.815	179.012	35.802
L04AA13	LEFLUNOMIDE	0	55.650	33.390	22.260
N02CC03	ZOLMITRIPTAN	3	132.813	92.969	39.844
N04BX01	TOLCAPONE	3	31.964	22.375	9.589
N04BX02	ENTACAPONE	11	43.941	42.476	1.465
N05AH04	QUETIAPINA	3	3.943.507	2.760.455	1.183.052
N06DA02	DONEPEZIL	2	1.889.651	1.259.767	629.884
N06DA04	GALANTAMINA	1	178.596	113.111	65.485
R03DC03	MONTELUKAST SODICO	8	2.003.764	1.736.596	267.169
TOTALE			29.811.237	22.605.185	7.206.052

°sono stati considerati anche i principi attivi con scadenza DICEMBRE 2011 che riportano "mese scadenza CCP"=0 in quanto l'abbassamento del loro prezzo comporta una riduzione della spesa a partire da gennaio 2012.

* la stima della spesa per l'anno 2012 è stata effettuata a consumi costanti ipotizzando una diminuzione del 40% del prezzo a partire dal mese successivo a quello di scadenza del brevetto. Sono stati considerati soltanto i principi attivi che nel periodo gennaio-settembre 2011 hanno fatto registrare un consumo superiore a 100 confezioni.

^non è stato considerato al numeratore della % FE 2012 per gli IPP in quanto è prevista la scadenza nel mese di novembre 2012 ma non vi è certezza che a quella data il principio attivo venga inserito nelle liste AIFA.

In **azzurro** i principi attivi appartenenti alle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio.