

Allegato a' ~~Decreto~~ del Commissario  
ad ACTA

n. 51 del 17 NOV. 2011

---

REGIONE  
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

---

ALLEGATO 1

**REPORTISTICA REGIONALE STANDARDIZZATA DEI CONSUMI  
FARMACEUTICI TERRITORIALI**

gfb

## Indice

1. Premessa .....	3
2. Obiettivo del decreto .....	4
3. Caratteristiche della reportistica .....	4
4. Tipologia di reportistica prodotta .....	4
5. Struttura dei dati .....	5
6. Struttura della reportistica .....	5
7. Metodologia per la costruzione della pagina 1 del report .....	5
8. Tempistica per l'applicazione del sistema di valutazione .....	9
9. Quantificazione della quota variabile (commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale e commi 14,15,16,17,18 art. 58 lett b) Pediatria di Libera scelta ) e dei criteri per la sua distribuzione.....	9

DAG

## REPORTISTICA REGIONALE STANDARDIZZATA DEI CONSUMI FARMACEUTICI TERRITORIALI

### *I. Premessa*

Tra le criticità che hanno portato nella Regione Abruzzo al superamento del tetto prefissato per la spesa farmaceutica, vi è un livello elevato di spesa pro-capite per farmaci prescritti sul territorio, un disallineamento dei dati di prescrizione registrati nelle singole ASL ed un'eterogeneità degli strumenti di monitoraggio che non consente un corretto benchmarking dell'attività prescrittiva tra le ASL ed i Medici della stessa ASL.

Con DGR n. 661 del 09 luglio 2007 avente ad oggetto "Progettazione ed attivazione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche mediante reportistica regionale standardizzata destinata ai medici prescrittori" – sono state fissate precise disposizioni inerenti il monitoraggio prescrizioni, trasmissioni dati spesa farmaceutica e la trasmissione dei flussi delle prescrizioni farmaceutiche a carico delle A.S.L.

Detta delibera prevedeva:

- la progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica uniforme per tutti i MMG (Medici di Medicina Generale), gruppi di Medici/associazioni, Pediatri di Libera Scelta (PLS), ASL;
- la raccolta ed organizzazione dei dati delle prescrizioni farmaceutiche e l'implementazione di un sistema di reportistica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori.

Il progetto è stato sviluppato con l'intento di migliorare il sistema informativo regionale a supporto della Medicina Generale in tutte le sue fasi principali, dalla raccolta all'elaborazione all'archiviazione di dati al fine di produrre e distribuire informazioni ai Medici prescrittori.

Nella regione Abruzzo, infatti, sino alla data di adozione della delibera succitata, la maggior parte delle sperimentazioni e/o implementazioni di budget per Medico era caratterizzata da approcci meccanicistici (a limitata concentrazione) focalizzati su singole componenti assistenziali (spesso la sola spesa farmaceutica) da obiettivi generali o poco personalizzabili, da contenuti informativi insufficienti o non allineati rispetto alle esigenze gestionali.

Con Decreto del Commissario ad acta n. 23/2011 del 08.07.2011 avente ad oggetto "INTERVENTI IN MATERIA FARMACEUTICA AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA SPESA E DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - MODIFICA E INTEGRAZIONE D.G.R. N. 1086 DEL 02.10.2006 E N. 1539 DEL 27.12.2006." la Regione Abruzzo ha intrapreso un articolato percorso per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia in ambito ospedaliero che territoriale nonché per perseguire un contenimento della spesa farmaceutica nel suo complesso.

Parte integrante del citato decreto 23/2011, è il documento "Metodologia del sistema di valutazione per i Medici di Medicina Generale", il quale prevede l'applicazione di un sistema di valutazione per i MMG che migliorano la loro appropriatezza prescrittiva nonché definisce i MMG "altospendenti" la cui attività prescrittiva va monitorata dalle ASL tramite la costruzione di indicatori *ad hoc*.



## 2. Obiettivo del decreto

L'obiettivo del decreto in oggetto, è dare una indicazione chiara alle ASL per la produzione e diffusione di informazioni rilevanti per la pratica prescrittiva ossia di informazioni in grado di orientare scelte e comportamenti dei professionisti coinvolti.

Oltre ai contenuti esplicitati dalla delibera n. 661 del 09 luglio 2007 relativamente ai report per i medici, il decreto in oggetto si propone di stabilire la metodologia per la costruzione di indicatori diretti al monitoraggio della spesa attribuita ai medici prescrittori per l'applicazione del sistema di valutazione.

## 3. Caratteristiche della reportistica

Le principali caratteristiche della reportistica standardizzata sono tre: gli indicatori, la classificazione dei farmaci e la standardizzazione dei dati di consumo.

**a) Gli indicatori.** L'attività prescrittiva di ogni medico, gruppo di medici, Azienda USL, Regione, è descritta da tre indicatori standardizzati per età e sesso dei pazienti assistiti: la spesa per assistibile, al lordo di eventuali sconti e ticket sostenuti dai pazienti, le DDD per 1000 assistiti die e il costo medio DDD. Per riferire i consumi alla popolazione effettivamente trattata dal medico, vengono aggiunti altri due indicatori: incidenza % dei trattati sugli assistibili, spesa per trattato. Per i report del singolo medico e dei gruppi di medici, questi indicatori sono confrontati con la media della ASL di appartenenza e rispetto alla media regionale. Tutti gli indicatori sono confrontati con gli indicatori del medesimo periodo dell'anno precedente tramite il calcolo di variazioni percentuali (confronto temporale/trend prescrittivo).

**b) La classificazione dei farmaci.** Viene utilizzata la classificazione ATC (Classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica), utilizzata a livello internazionale per rendere confrontabili le analisi sull'uso dei farmaci.

**c) Standardizzazione dei dati.** Il sistema di pesi per sesso ed età utilizzato dall'Osservatorio nazionale sul consumo dei medicinali (OsMed) verrà applicato alla popolazione degli assistibili per medico per effettuare una standardizzazione degli indicatori di consumo e spesa in modo da eliminare la distorsione indotta dai differenti carichi assistenziali propri di ogni medico in quanto 'amplificati/alleggeriti' da maggiori quote di anziani/giovani.

## 4. Tipologia di reportistica prodotta

La reportistica, uniforme per tutti i Medici di Medicina Generale e gruppi di medici, contiene le seguenti informazioni:

- caratteristiche demografiche della popolazione assistita;
- spesa e consumo medi (Spesa x assistibile; DDDx1000 assistibili/die; incidenza % dei trattati sugli assistibili, costo medio DDD, spesa per trattato) pesati per sesso e età, calcolati per diversi livelli di aggregazione (Medico/gruppo, Distretto, ASL) e confrontati sia con quelli della ASL di riferimento, sia con quelli regionali (confronto spaziale) e confrontati con gli indicatori del medesimo periodo dell'anno precedente tramite il calcolo di variazioni percentuali (confronto temporale); indicatori del ricorso ai farmaci generici e del rispetto degli obiettivi assegnati in merito a particolari classi di farmaci;

- grafici di spesa e consumo medi standardizzati che agevolino un confronto visivo fra gli indicatori del singolo medico/gruppo e i parametri di riferimento aziendali e regionali.
- Posizionamento del medico nelle fasce di spesa definite nell'allegato 2 del decreto n. 23/2011

### **5. Struttura dei dati**

Nella Regione Abruzzo, basandosi sulla metodologia informatica dei DBMS (Data Base Management Systems), si raccolgono ed elaborano mensilmente, ponendoli in relazione, i seguenti flussi di dati:

1. le prescrizioni rimborsate dal Servizio Sanitario pubblico ai cittadini abruzzesi. I records presenti in questi archivi contengono tutte le informazioni relative alla singola prescrizione (es. codice farmacia, data di spedizione, codice del medico, numero di tessera sanitaria dell'assistito, codice MINSAN del farmaco, numero dei pezzi, prezzo, ecc.);
2. la base dati anagrafica degli assistiti;
3. la base dati anagrafica dei medici;
4. la base dati anagrafica dei farmaci aggiornata mensilmente (garantisce l'identificazione standardizzata del prodotto farmaceutico a livello nazionale);
5. la base dati delle DDD (Defined Daily dose) opportunamente "tradotta" per i prodotti farmaceutici inseriti nel prontuario italiano.

### **6. Struttura della reportistica**

In ottemperanza a quanto disposto dal citato decreto n.23/2011, le AA.SS.LL. provvederanno ad inviare un report ai propri medici con **cadenza mensile**.

Tale report deve essere costituito da tre pagine.

Nella **prima pagina** sono contenute le informazioni sulla Spesa pro capite (SpC) del medico/gruppo in relazione al monitoraggio per l'applicazione del sistema di valutazione la cui metodologia è riportata nell'allegato 2 del decreto 23/2011. Di seguito è riportata la metodologia per la costruzione degli indicatori della pagina 1 del report.

Nella **seconda pagina** è riportato un quadro generale degli indicatori relativi all'attività prescrittiva del periodo oggetto di analisi del medico/gruppo. Sono inoltre riportati i confronti con i dati medi distrettuali e aziendali e l'andamento temporale di alcuni indicatori.

Nella **terza pagina** viene riportata la posizione del medico/gruppo rispetto agli obiettivi dati dalla Regione a ciascuna ASL per la prescrizione di farmaco genericato all'interno di alcune categorie terapeutiche. Per l'anno 2011 gli obiettivi sono quelli definiti nell'anno 2010, per l'anno 2012 sono in fase di definizione.

Le tre pagine della reportistica in oggetto sono allegate al presente documento (all. A)

### **7. Metodologia per la costruzione della pagina 1 del report**

Come premessa alla metodologia per la costruzione degli indicatori, si riportano le fasce di SpC che costituiscono lo schema di collocazione dei medici per l'anno 2011 (Tabella 1) e gli indici di stagionalità che dovranno essere utilizzati per costruire le proiezioni a tutto l'anno della SpC relativa ad uno o più mesi (Tabella 2).

Tabella 1 – Fasce di spesa pro-capite secondo l'allegato 2 del decreto n. 23/2011.

Fascia	Spc (€)	
	da	a
A	min	125
B	126	165
C	166	205
MEDIA ASL best-in-class 205		
A1	206	245
B1	246	285
C1	286	max

Tabella 2 – Indici di stagionalità.

Periodo	Fattore stagionale*
Gennaio	1,049
Febbraio	1,036
Marzo	1,031
Aprile	1,012
Maggio	1,053
Giugno	1,026
Luglio	0,993
Agosto	0,838
Settembre	1,003
Ottobre	1
Novembre	1,004
Dicembre	0,955

\* La destagionalizzazione della Spc è necessaria per depurare l'indicatore degli effetti di stagionalità a cui è soggetto il fenomeno delle prescrizioni mediche. Vengono utilizzati gli indici di stagionalità elaborati dall'OsMed per l'anno 2010 che derivano dalla scomposizione della serie temporale mensile delle quantità prescritte espresse in DDD nel periodo 2001-2010.

gfb

## Struttura del report per l'anno 2011

Lo schema seguente elenca i campi che dovranno essere riportati nella prima pagina del report.

<b>1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc)</b>
<i>a) Spc Anno 2010</i>
<i>b) Posizione anno 2010</i>
<i>c) Spc rilevata periodo gennaio-giugno 2011</i>
<i>d) Spc proiezione anno su base I semestre 2011</i>
<i>e) Posizione secondo proiezione</i>
<b>2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione</b>
<i>f) Periodo monitoraggio</i>
<i>g) Spc rilevata</i>
<i>h) Spc destagionalizzata</i>
<i>i) Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i>
<i>j) Posizione secondo proiezione</i>

La prima parte dello schema che riporta i dati storici di Spc viene presentato ai MMG soltanto fino alla fine dell'anno 2011. Da gennaio 2012 viene riportata soltanto la seconda parte.

### **1 - Dati storici di spesa pro-capite (Spc)**

- a) Spesa pro-capite relativa all'anno 2010 da cui sono stati esclusi i farmaci prescritti appartenenti al PHT tranne le eparine.
- b) Posizionamento in una delle fasce secondo la Tabella 1.
- c) Spesa pro-capite relativa al I semestre 2011 da cui sono stati esclusi i farmaci prescritti appartenenti al PHT tranne le eparine.
- d) Spesa pro-capite stimata utilizzando i dati mensili del I semestre 2011 aggiustati per la stagionalità.
- e) Posizionamento in una delle fasce della proiezione della Spc su base I semestre secondo la Tabella 1.

*DFB*

Metodologia per il punto d) Spesa pro-capite stimata utilizzando i dati mensili del I semestre 2011

Tabella 3 – Metodo per la stima della Spc annua su base I semestre 2011. (I dati riportati nell'esempio riguardano la Spc lorda della Regione Abruzzo nel I semestre 2011 – Fonte SFERA)

Mese	Spc I sem 2011	Indici di stagionalità	Spc destagionalizzata	Stima Spc=Spc_media*S
	Y	S	X=Y/S	
Gen	20,53	1,049	19,58	
Feb	18,87	1,036	18,22	
Mar	20,99	1,031	20,36	
Apr	19,09	1,012	18,86	
Mag	20,11	1,053	19,10	
Giu	18,95	1,026	18,47	
Lug	-	0,993	-	(19,10 x 0,993)=18,96
Ago	-	0,838	-	(19,10 x 0,838)=16,00
Set	-	1,003	-	(19,10 x 1,003)=19,15
Ott	-	1	-	(19,10 x 1)=19,10
Nov	-	1,004	-	(19,10 x 1,004)=19,17
Dic	-	0,955	-	(19,10 x 0,955)=18,24
TOT (previsione anno)=somma di Spc osservata per il I semestre e Spc stima per il II semestre				<b>229,17</b>

dove:

- Spc\_media calcolata come media aritmetica della Spc destagionalizzata relativa ai primi 6 mesi;

$$\text{Spc\_media} = (19,58 + 18,22 + 20,36 + 18,86 + 19,10 + 18,47) / 6 = 19,10$$

- la stima delle Spc relative ai mesi di lug, ago, set, ott, nov e dic è data dal prodotto della Spc\_media con gli indici di stagionalità;

la stima della Spc per l'intero anno è data dalla somma della Spc osservata relativamente al I semestre con la somma della stima Spc effettuata come nella tabella precedente.

## 2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione

- Mesi per i quali si applica il monitoraggio
- Spc del periodo monitoraggio
- Spc destagionalizzata ottenuta dividendo la Spc mensile per il relativo indice di stagionalità e sommando le Spc mensili

$$\text{Spc destagionalizzata (mese)} = \text{Spc (mese)} / \text{Indice di stagionalità}$$

- Spc stimata moltiplicando il valore della Spc destagionalizzata relativa ad n mesi (punto h) per 12/n.

*gfb*

$Spc \text{ anno (proiezione)} = Spc \text{ destagionalizzata (mese o periodo di n mesi)} \times 12/n$

- j) Posizionamento in una delle fasce della proiezione della Spc su base periodo di monitoraggio secondo la Tabella 1. La Spc anno stimata ci permette di collocare il MMG nello schema del sistema valutazione e di definire la nuova fascia di appartenenza in base alla Spc osservata nel periodo di monitoraggio.

Il confronto tra la Spc annua stimata utilizzando i dati del I semestre 2011 e la Spc annua stimata utilizzando i dati a partire da luglio 2011 permette al medico di verificare l'effetto dell'applicazione del sistema di valutazione.

### 8. Tempistica per l'applicazione del sistema di valutazione

Si premette che ogni volta che si indica un periodo temporale si intende il tempo di rilevazione dei dati e quindi, quando si indica un mese ci si riferisce ai dati rilevati in quel mese.

Il 1° luglio 2011 inizia il monitoraggio.

Il 1° ottobre 2011 inizia il periodo per la valutazione che viene effettuata sulla base dati del IV trimestre 2011.

Utilizzando i dati del IV trimestre 2011 dunque, il medico/gruppo viene collocato nelle fasce di Spc per effettuare il riposizionamento sulla base del quale viene applicato il sistema di valutazione.

Utilizzando i dati dell'intero anno 2011 vengono calcolate la media e la deviazione standard necessarie per la definizione delle fasce di Spc in cui collocare i medici/gruppi per la valutazione dell'anno 2012.

Nel 2012 il monitoraggio sarà mensile e la valutazione sarà effettuata con i dati dell'intero anno.

### 9. Quantificazione della quota variabile (commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale e commi 14,15,16,17,18 art. 58 lett b) Pediatria di Libera scelta) e definizione dei criteri per la sua distribuzione

In conseguenza della valutazione fatta sul singolo medico o gruppo di medici nell'ultimo trimestre del 2011, verrà distribuita la quota variabile da ACN (Governo Clinico), commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale, pari a ¼ di 3,08 Euro per assistito.

La parte di quota variabile, teoricamente distribuita in parti uguali tra tutti i medici di Medicina Generale, sarà assegnata al singolo medico nella percentuale riportata nella tabella seguente, in base alla afferenza ad una delle classi di z-score definite dall'allegato 2 del Decreto del Commissario ad acta n. 23/2011 del 08.07.2011.

	Non altospendenti			Altospendenti		
	A	B	C	A1	B1	C1
	$z \leq -2$	$z > -2 \text{ e } z \leq -1$	$z > -1 \text{ e } z \leq 0$	$z > 0 \text{ e } z \leq 1$	$z > 1 \text{ e } z \leq 2$	$z > 2$
Classi	$Spc \leq 125€$	$125€ < Spc \leq 165€$	$165€ < Spc \leq 205€$	$205€ < Spc \leq 245€$	$245€ < Spc \leq 285€$	$Spc > 285€$
Parte di quota variabile %	100	100	100	30	10	0

*epb*

Nell'anno 2012, con gli stessi criteri, sarà distribuita l'intera quota variabile da ACN (Governo Clinico), commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale, pari a 3,08 Euro per assistito.

La parte di quota variabile non distribuita ai medici altospendenti non sarà attribuita ai medici non altospendenti.

I criteri per la distribuzione della quota variabile relativi all'ultimo trimestre dell'anno 2011 e per l'anno 2012 per i Pediatri di Libera scelta saranno definiti con successivo provvedimento.



Allegato "A"  
Struttura della Reportistica  
Pagina 1 di 3

Pagina 1 per l'anno 2011

Medico o gruppo

<b>1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc)</b>
<i>a) Spc Anno 2010</i>
<i>b) Posizione anno 2010</i>
<i>c) Spc rilevata periodo gennaio-giugno 2011</i>
<i>d) Spc proiezione anno su base I semestre 2011</i>
<i>e) Posizione secondo proiezione</i>
<b>2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione</b>
<i>f) Periodo monitoraggio</i>
<i>g) Spc rilevata</i>
<i>h) Spc destagionalizzata</i>
<i>i) Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i>
<i>j) Posizione secondo proiezione</i>

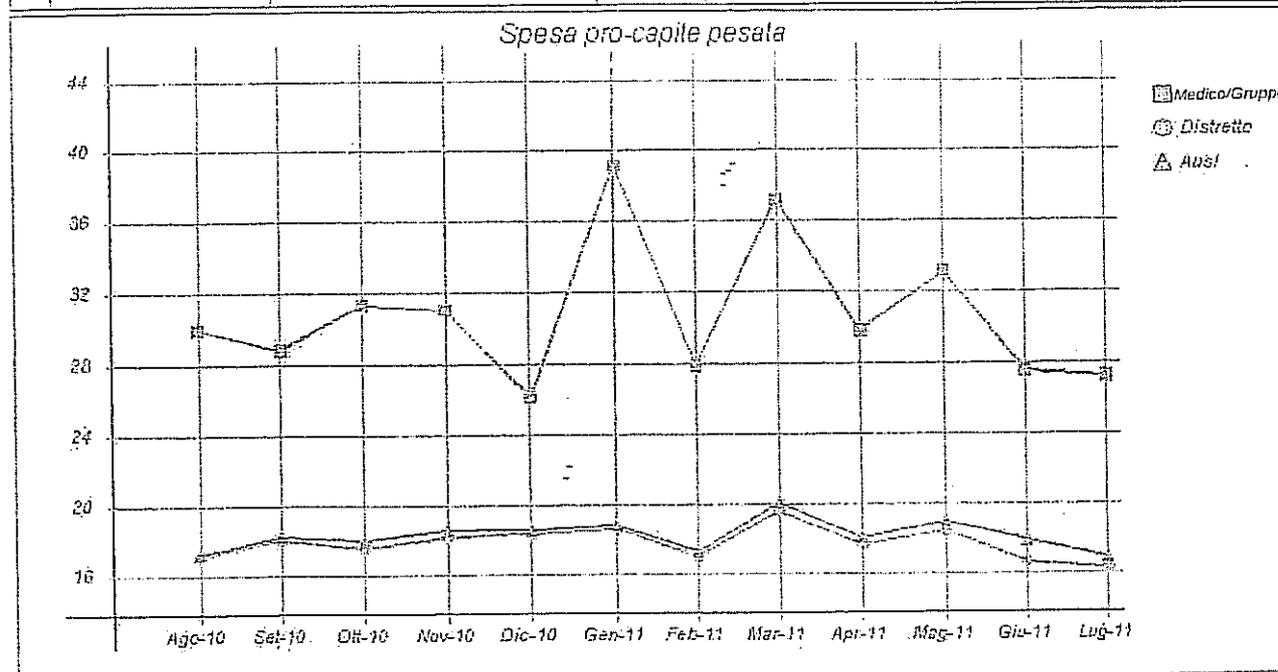
Pagina 1 per l'anno 2012 e successivi

Medico o gruppo

<b>1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc)</b>
<i>a) Spc Anno precedente</i>
<i>b) Posizione anno precedente</i>
<b>2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione</b>
<i>f) Periodo monitoraggio</i>
<i>g) Spc rilevata</i>
<i>h) Spc destagionalizzata</i>
<i>i) Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i>
<i>j) Posizione secondo proiezione</i>

POPOLAZIONE			VALORI ASSOLUTI dell'attività prescrittiva di tutto il periodo			
T a b	A	Numero assistibili	516	D	N. ricette	4.698
	B	Popolazione pesata (1)	455	E	N. confezioni	7.646
1	C	% Popolazione > 65 anni	16,5%	F	Spesa lorda	101.227,78
		>65 su totale ass.li MMG	25,3%	G	N. assistiti trattati (2)	658
				H	DDD (3)	140.222,7

T a b	Indicatori dell'attività prescrittiva		Medico	Distretto (4)	Asl (4)	Δ = scostamenti % Medico vs:		
						Anno Precedente	Distretto	Asl
3	I = G / A * 100	Inc. % Trattati su Ass.li in carico	127,5%	70,75%	71,62%	-0,07%	80,24%	78,05%
	J = F / B	Spesa pro-capite pesata	222,48	124,26	126,27	-3,76%	79,04%	76,19%
	K = H / B * 1.000/die	DDD 1000 assistibili pesati die	1.453,69	983,98	1.032,08	7,45%	47,74%	40,85%
	L = F / H	Costo medio DDD	0,72	0,60	0,58	-11,1%	20,00%	24,14%
	M = F / G	Spesa per trattato	153,84	175,89	183,66	-3,03%	-12,5%	-16,2%



Spesa ulteriore dei propri pazienti generata da altri medici			N° Pezzi equivalenti(5) e non		Spesa PHT:€	
Medico	Spesa	% sul Totale	<input type="checkbox"/> Eq. che generano Tck <input type="checkbox"/> Eq. che non generano Tck <input type="checkbox"/> Non equivalenti	10.305,31		
Guardie med.	22,37	1,27%		% su totale spesa		
Spec. e osp.	914,55	51,88%	Medici: 42,58% Asl: 40,59%	Medico	10,18%	
Altri MMG	615,99	34,95%	Medici: 17,98% Asl: 22,93%	Asl(4)	12,26%	
Altri medici	209,75	11,90%	Medici: 39,44% Asl: 36,42%	Spesa attesa a Gen. - Lug. € 52.743,60		
[N] Totale	1.762,66			Spesa effettiva a Gen. - Lug. € 101.227,78		
[O] = [N] + [F]	102.990,44			Differenza € 48.484,18 +91,92%		
% altri medici su tot. medico		1,71%		SPESA pro-capite pesata: scost. % dalla Media ASL +76,19%		

1) pesatura in base a età e sesso (pesi Osmed) e riproporzionata. - 2) Assistiti con almeno una prescrizione contati una sola volta.

3) DDD = dose media giornaliera di un farmaco, per la sua indicazione principale, in un paziente adulto

4) Media dei medici MMG. - 5) Farmaci con principio attivo con brevetto scaduto.

*Handwritten signature*

Allegato "A"  
Struttura della reportistica  
Pagina 3 di 3

**Pagina 3 riferita ai Medici di Medicina Generale**

Indicatore	Obiettivo	Rilevato	Scostamento rispetto all'obiettivo
Nuovi trattati con farmaci antipertensivi diversi dai sartani, da soli o in associazione, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi			
Trattati con sartani a brevetto scaduto sul totale dei trattati con sartani			
Trattati con Ace inibitori a brevetto scaduto sul totale dei trattati con Ace inibitori			
Trattati con calcio antagonisti a brevetto scaduto sul totale dei trattati con calcio antagonisti			
Trattati con PPI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con PPI			
Trattati con amoxicillina da sola o in assoc. con ac. clavulanico sul totale dei trattati con antibiotici			
Trattati con macrolidi/fluorochinoloni a brevetto scaduto sul totale dei trattati con macrolidi/fluorochinoloni			
Trattati in terapia continuativa con statine sul totale dei trattati con statine			
Trattati statine a brevetto scaduto sul totale dei trattati con statine			
Trattati con Acido Aledronico da solo o in associazione a vit D sul totale dei trattati con farmaci della nota 79 (escludendo Teriparatide e ormone Paratiroideo)			
Nuovi trattati con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie diversi da ICS/LABA a dosi fisse sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi delle vie respiratorie			
Trattati con SSRI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con SSRI			

**Pagina 3 riferita ai Pediatri di Libera Scelta**

Indicatore	Obiettivo	Rilevato	Scostamento rispetto all'obiettivo
Nuovi trattati con farmaci antipertensivi diversi dai sartani, da soli o in associazione, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi			
Trattati con sartani a brevetto scaduto sul totale dei trattati con sartani			
Trattati con Ace inibitori a brevetto scaduto sul totale dei trattati con Ace inibitori			
Trattati con calcio antagonisti a brevetto scaduto sul totale dei trattati con calcio antagonisti			
Trattati con PPI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con PPI			
Trattati con amoxicillina da sola o in assoc. con ac. clavulanico sul totale dei trattati con antibiotici			
Trattati con macrolidi/fluorochinoloni a brevetto scaduto sul totale dei trattati con macrolidi/fluorochinoloni			
Trattati statine a brevetto scaduto sul totale dei trattati con statine			
Nuovi trattati con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie diversi da ICS/LABA a dosi fisse sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi delle vie respiratorie			

*gfr*