

residenziale) su specifici formalizzati quesiti diagnostici/terapeutici o attraverso una diretta partecipazione a percorsi integrati di presa in carico socio-sanitaria dei minori.

Queste attività necessitano la predisposizione e attivazione di infrastrutture specifiche dirette anche a consentire prestazioni di telemedicina e teleconsulto.

Da quanto sopra descritto, le attività svolte dal Centro di Riferimento e dal connesso Hospice Pediatrico comprendono:

1. Ricoveri di pazienti in regime ordinario e di Day Hospice presso il Centro residenziale;
2. Consulenza specialistica;
3. Consulenza specialistica a distanza;
4. Percorsi di presa in carico integrata.

Ciascuna di queste attività è caratterizzata da ambienti, intensità assistenziali, servizi attivati, interventi previsti ed operatori coinvolti diversi e quindi richiedono tariffazioni distinte.

#### 1. Ricoveri di pazienti in regime ordinario e di Day Hospice presso il Centro residenziale

I pazienti eleggibili al ricovero in Hospice pediatrico, sia nell'ambito delle CPP che della diagnostica/terapia del dolore, sono minori in condizioni gravemente compromesse, frequentemente dimessi da reparti di Cure intensive o da altri reparti ad alta intensità assistenziale, che richiedono durante la degenza interventi spesso complessi e di competenze specifiche. Analogamente a quanto previsto per le strutture residenziali del paziente adulto, si propone una tariffazione per giornata di ricovero.

#### 2. Percorsi di presa in carico integrata

Consulenza specialistica presso altro ospedale della regione e/o a domicilio del malato, rappresenta un punto cardine della attivazione e funzionamento della Rete regionale. In pazienti pediatrici, in cui si renda necessaria una consulenza di terapia antalgica specialistica e/o una valutazione di CPP, le strutture regionali, ospedaliere e non, possono usufruire delle competenze di una equipe dedicata (medico-infermieristica-psicologica), altamente specializzata, evitando così il trasferimento del paziente e permettendo supervisione a livello diagnostico-terapeutico e rendere possibile la gestione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) in collaborazione con la famiglia. I servizi ospedalieri e territoriali possono quindi trovarsi nella necessità di richiedere consulenze specialistiche, evitando di mobilitare paziente e famiglia, garantendo nello stesso tempo la massima qualità di risposta assistenziale.

### 3. Consulenza specialistica a distanza

Rappresenta uno strumento innovativo, di facile e rapido utilizzo; richiede limitate risorse strutturali avvalendosi degli strumenti ITC via web. Questo tipo di consulenza può rappresentare un'importante novità di attivazione e funzionamento della Rete regionale di terapia del dolore e CPP. Permette infatti di avere un supporto diagnostico e terapeutico specialistico per affrontare situazioni critiche sotto l'aspetto clinico, organizzativo, etico e sociale, attraverso le tecnologie della comunicazione, evitando il trasferimento del paziente e l'eventuale spostamento della Equipe. La consulenza assorbe mediamente 90 minuti per caso (assessment e definizione del PAI) a cura dell'équipe multidisciplinare.

### 4. Percorsi di presa in carico integrata

In situazioni di particolare necessità può essere necessaria l'attivazione di un percorso di presa in carico integrata tra la Rete Locale di Cure Palliative e il Centro di Riferimento (TD – CPP). La numerosità di tali consulenze è limitata a poche situazioni di particolare complessità, che presentano difficoltà nella gestione del Piano di Assistenza Individuale (cliniche, psicologiche, sociali). La partecipazione nel percorso di presa in carico integrata prevede che l'équipe multidisciplinare del Centro di Riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, integrandosi e coordinandosi con la rete locale di CP, sia il riferimento per questi pazienti, assicurando in maniera continuativa supervisione e coordinamento clinico (reperibilità h 24, possibilità, in situazioni particolari, di consulenze a letto del paziente), organizzativo (organizzazione e monitoraggio dell'assistenza) e formativo (formazione e abilitazione di famiglia e di tutto il personale sanitario e non, che condivide la presa in carico del paziente). La definizione di un percorso assistenziale in questo caso si riferisce a prese in carico di media, lunga durata temporale che possono prevedere fasi diversificate, ognuna caratterizzata da prestazioni, obiettivi specifici e strategie di integrazione e supporto diversificate in funzione delle singole necessità.

I risultati del questionario dedicato alla rete di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico, sono parte integrante di un documento tecnico allegato alla proposta di intesa, che verrà, nel corso del corrente anno, proposto dopo l'approvazione del tavolo misto Stato – Regioni, all'attenzione della Conferenza permanente Stato -Regioni così da consentire, come richiesto dalla legge 38/2010, art 5 comma 4, l'identificazione di un sistema tariffario tale da garantire un accesso

alle cure palliative omogeneo sul territorio nazionale finalizzato al superamento delle disomogeneità ancora presenti.

### 3.3 le cure palliative per il paziente anziano

L'invecchiamento demografico è una delle sfide più complesse che l'Europa si trova ad affrontare.

Recenti proiezioni mostrano che il numero di europei over 65 anni quasi raddoppierà nei prossimi 50 anni, passando da 87 milioni nel 2010 a 148 milioni nel 2060.

La rete di sorveglianza PASSI d'Argento, promossa dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità - CNESPS, attiva a livello di Asl e Regioni, ha pubblicato i risultati dell'ultima rilevazione focalizzando l'attenzione sulla strategia internazionale di invecchiamento attivo e in buona salute, nel 2013 (Active and healthy ageing).

I risultati si riferiscono ad un campione di circa 24.000 ultra 64enni in 18 regioni italiane e nella Provincia autonoma di Trento, intervistati a casa propria (al telefono o di persona) dagli operatori della propria struttura territoriale di assistenza sanitaria o sociale.

I dati disegnano innanzitutto le caratteristiche anche sociali della popolazione target dell'invecchiamento attivo. Circa il 60% degli intervistati dichiara di avere difficoltà economiche, il 20% vive da solo; il 51% riceve aiuto nelle attività principali della vita quotidiana. Il 9% della popolazione intervistata fuma e circa il 19% ha un consumo di alcool considerabile a rischio. Il 38% dichiara di non essere stato vaccinato contro l'influenza nell'ultima stagione.

Anche tenendo conto delle differenze di età e sesso fra popolazioni di regioni "più e meno vecchie", vi sono notevoli diversità.

In media le persone che hanno difficoltà in 2 o più attività quotidiane (come usare il telefono, prendere le medicine, fare compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa e altro) sono il 37% con un gradiente dal 27% per le regioni del Nord Italia, al 34% al Centro e al 49% nel Sud e Isole.

Una recente classifica mondiale sul carico di malattie (Global Burden of Diseases, pubblicato sul Lancet a dicembre 2014) nei diversi Paesi ha collocato l'Italia al secondo posto per attesa di vita, dopo il Giappone, ma al primo in Europa, per l'anno 2013.

Una stessa valutazione, fatta venti anni prima, vedeva l'Italia al terzo posto, per attesa di vita, a fronte di una spesa sanitaria relativamente contenuta, rispetto ad altri importanti Paesi europei, che hanno perso terreno anche con costi maggiori.

A livello europeo è stato misurato il grado di invecchiamento attivo ed in buona salute della popolazione oltre i 64 anni di età e secondo tale misurazione, nel 2012, l'Italia si classifica solo quindicesima (su 27 Paesi).

L'obiettivo della strategia intersettoriale europea Active and Healthy Ageing è di ridurre di almeno 2 anni la disabilità che accompagna gli ultimi 10-15 anni di vita dei nostri anziani entro il 2020.

Per quanto sia scontato che l'invecchiamento attivo sia frutto di scelte fatte in tutte le fasi della vita, in Italia esistono ampi margini di miglioramento anche oltre i 64 anni per far sì che gli anni di vita guadagnati siano anche in buona salute.

Il partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute, il cui obiettivo finale è quello di aumentare la vita media in buona salute dei cittadini europei di due anni entro il 2020, mira anche a garantire una vita lavorativa più sana e duratura. Garantire anche una gestione del dolore adeguata deve essere considerato un elemento chiave in questo contesto, oltre alla prevenzione, la diagnosi e il trattamento di altre malattie, specie nelle malattie croniche.

A causa dell'aumento dell'aspettativa di vita, infatti, in Europa un numero sempre maggiore di persone è già oggi affetto da numerose patologie cronico degenerative, comuni nelle età più avanzate (cardiache, respiratorie, cerebrovascolari, neoplastiche): con queste patologie, che spesso provocano gravi sofferenze a causa dei sintomi ad esse collegate, moltissime persone devono convivere per anni, fino alla fine della loro vita. Pertanto, è necessario garantire a queste persone dei percorsi di cure palliative di elevata qualità e per periodi di tempo più prolungati rispetto a quanto previsto nel passato per l'assistenza di patologie croniche, non soltanto patologie neoplastiche.

Relativamente all'Italia, il nostro è il Paese in cui si vive più a lungo in Europa, ciò nonostante non tutti gli anni di vita guadagnati possono essere definiti in buona salute.

I pazienti anziani affetti da malattie croniche (malattie cardio-vascolari, demenze) sono un'altra area del paziente fragile che usufruisce delle cure palliative; tali malati, però hanno un deterioramento delle condizioni generali più protratto nel tempo rispetto ai malati neoplastici, e pertanto la programmazione dei bisogni di cure palliative per questi pazienti deve raggiungere ancora un certo grado di implementazione.

Altra tematica importante è quella dei pazienti affetti da demenza. Esistono molte cause di demenza nell'anziano, ma quella più comune è sicuramente la malattia di Alzheimer (55%) seguita dalla demenza vascolare (20%), ma sono molto frequenti i casi determinati dalla presenza combinata di entrambe.

La malattia di Alzheimer coglie in modo conclamato circa il 5% dei sessantenni, il 10% delle persone con più di 65 anni, il 20% degli ottantenni e poco meno della metà degli anziani oltre gli 84 anni.

La demenza è, in generale, una malattia lunga e altamente invalidante. La durata media è incerta e ancora oggi oggetto di discussione, essenzialmente a causa delle difficoltà di individuare l'esordio dei sintomi e del ritardo con cui viene formulata la diagnosi. Dall'esordio dei sintomi alla morte, la persona affetta da demenza passa dalla completa autosufficienza alla totale dipendenza, dalla piena capacità di autodeterminazione alla assoluta incompetenza cognitiva. Questo processo avviene in modo graduale, progressivo, e in larga misura imprevedibile, essendo condizionato dal tipo di demenza, dall'età, dalla co-morbilità, dagli interventi sanitari e assistenziali e dal network sociale.

La maggior parte dell'assistenza a questi malati viene fornita per molti anni dalla famiglia, e il caregiving è per il 73,8% a carico del sesso femminile (figlie, mogli, badanti). Nelle fasi avanzate della malattia il ricovero in istituti di long-term care per anziani (Nursing Home; in Italia, RSA) è invece molto frequente, per cui la prevalenza in questi ambienti, in cui l'età media dei pazienti supera gli 80 anni, è molto elevata, sino ad interessare l'80% dei residenti.

La demenza, però, pur essendo una malattia ad esito invariabilmente infausto, non solo spesso non viene riconosciuta come tale, ma i malati in stadio avanzato che ne sono affetti, non sono solitamente riconosciuti come malati terminali, e solo pochi di loro vengono inseriti in un programma di cure palliative. Ciò non dipende solo dal mancato riconoscimento delle demenze come malattie terminali, ma anche da una relativa inadeguatezza della proposta di intervento delle cure palliative stesse. Il malato terminale, affetto da demenza raramente viene seguito in assistenza domiciliare; la lunga sopravvivenza e le gravissime condizioni di non autosufficienza (e le conseguenti necessità assistenziali) impongono modelli di assistenza orientati massimamente all'istituzionalizzazione totale. La grande maggioranza dei malati affetti da demenza grave viene, di conseguenza, ricoverata in strutture protette (RSA) molti anni prima di morire.

In Italia non esistono dati relativi al tipo di cure a cui vengono sottoposte le persone affette da demenza severa nell'ultima fase della loro vita: in particolare non è noto se l'approccio a questi malati è di tipo prevalentemente interventista o prevalentemente palliativo. La letteratura internazionale segnala in merito importanti differenze di comportamento non solo da Paese a Paese, ma anche nell'ambito della stessa realtà territoriale.

I pochi dati della letteratura suggeriscono che le persone con demenza grave ricoverate in RSA non siano percepite come malati terminali, non ricevano cure palliative ottimali e che sia quindi necessario un rilevante intervento educativo nei confronti degli operatori che si occupano di loro. La mancanza di una cultura di tipo palliativo nella assistenza a questi malati desta preoccupazione, ma ben pochi studi empirici hanno fornito dati sui problemi inerenti alla fine della vita. In particolare è stata segnalata un'inaccettabile sotto-rilevazione e sottostima della sofferenza (dolore, sintomi, ecc.) e quindi del suo insufficiente trattamento.

Lo studio EOLO-DR (End of Life Observatory-Dementia Retrospective) concluso nel 2013, sui malati con demenza grave deceduti in 7 Residenze Sanitarie Assistite (RSA) della provincia di Cremona con più di 200 letti di degenza ciascuna, ha dimostrato che le scelte assistenziali e terapeutiche negli ultimi mesi di vita, all'interno di RSA, sono soprattutto di tipo interventistico e che le cure palliative ricoprono solo un ruolo marginale. In particolare, l'alimentazione artificiale tramite sonda naso-gastrica o PEG era presente nel 21% dei malati e l'idratazione (per endovena o per via sottocutanea) nel 66%.

Nel 2013, un gruppo di studio ha condotto una survey sul bisogno sentito da parte dei cittadini europei sull'accesso alle cure palliative. I dati di tale studio hanno evidenziato come la maggior parte dei soggetti ha ritenuto che l'accesso alle cure palliative rappresenti un bisogno, come supporto alle famiglie dei pazienti e per i pazienti stessi, come miglioramento dell'assistenza nelle fasi terminali della vita, il miglioramento delle cure palliative e delle cure domiciliari per gli anziani. I dati di questo studio hanno suggerito, per tale tematica, l'individuazione di tre strategie di miglioramento: strategie governative sulle cure palliative che pongano enfasi sia su indicatori di processo e di outcome, fondi per la ricerca sulle cure palliative per l'implementazione di programmi "ad hoc" a livello regionale, il riconoscimento delle differenze all'interno e fra le regioni per concorrere ad uno sviluppo armonico, al fine di evitare disuguaglianze territoriali.

A fronte dell'analisi effettuata sulla capacità attuale della rete di cure palliative di assistere il paziente anziano risulta essere di particolare interesse nell'ambito oncologico, l'analisi relativo al numero di pazienti potenzialmente eleggibili per le cure palliative che sono deceduti negli ospedali italiani. Tale analisi viene effettuata inizialmente a livello nazionale per poi dettagliare quello regionale.

Dall'esame dei dati del Cruscotto NSIS per l'assistenza palliativa ospedaliera e domiciliare, effettuata su base nazionale e regionale, stratificati secondo fasce di età (dai 65 anni e oltre), si

delinea un quadro puntuale su quale sarebbe il peso della popolazione anziana nella rete delle cure palliative.

### 3.3.1 Decessi oncologici in ospedale

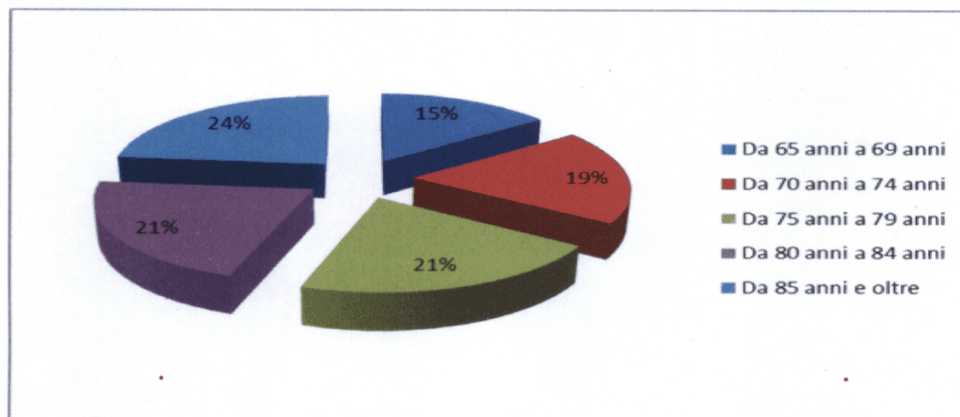
In Italia, nell'anno 2013 il numero totale di pazienti deceduti con diagnosi di tumore con una età superiore ai 65 anni è pari a 34.288 (tabella n. 25); in percentuale tale valore è il 77,66% di tutti i deceduti in una struttura ospedaliera per cancro. A livello nazionale è pari a 44.725 pazienti.

Tabella n. 25. Numero pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia di età da 65 anni e oltre. Anno 2013. Dato nazionale

Descrizione classe età ISTAT	Numero Deceduti	Giornate di ricovero	Degenza media
Da 65 anni a 69 anni	5.125	59.152	11,5
Da 70 anni a 74 anni	6.553	74.393	11,4
Da 75 anni a 79 anni	7.232	79.297	11,0
Da 80 anni a 84 anni	7.317	76.539	10,5
Da 85 anni e oltre	8.061	76.372	32,4
	<b>34.288</b>	<b>365.753</b>	<b>15,3</b>

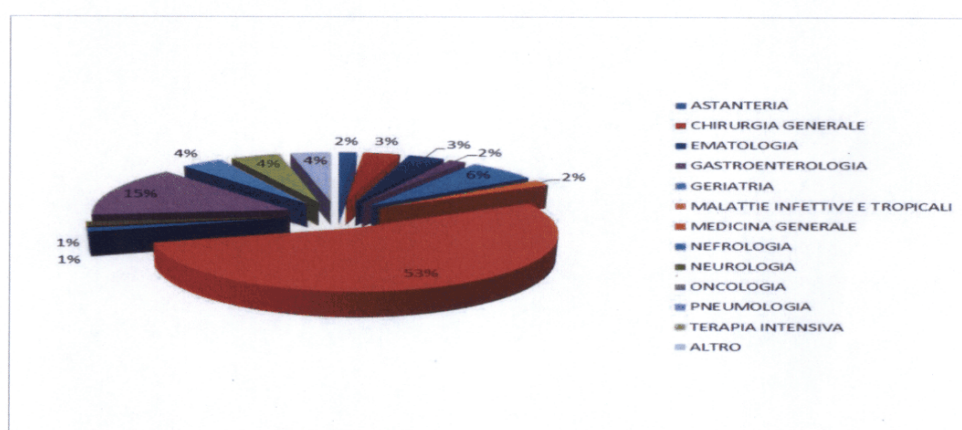
La distribuzione percentuale per fasce d'età evidenzia che la maggior parte di tali decessi si riscontra nella fascia d'età compresa tra 85 anni ed oltre (24%); il 21% tra 75 e 79 anni e 80-84 anni; il 19% nella fascia d'età da 70 a 74 anni e il 15% tra gli 65 e i 69 anni. Tale ripartizione delle percentuali per classi di età è praticamente costante in tutte le regioni italiane (grafico n. 16).

Grafico n. 16. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia di età 65 anni e oltre. Anno 2013. Dato nazionale



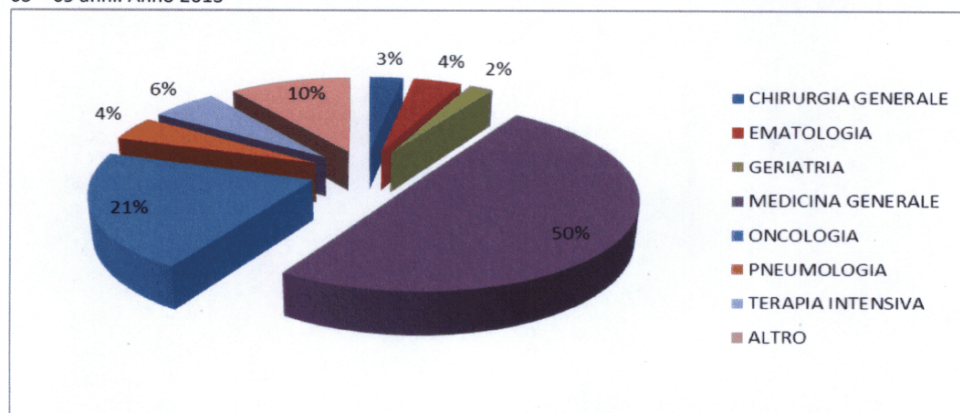
Analizzando sempre in ambito ospedaliero appare di particolare interesse verificare in quali reparti ospedalieri si verificano i decessi di pazienti oncologici con età maggiore di 65 anni. Il dato complessivo nazionale per tutti i pazienti di età da 65 anni e oltre, così come rappresentato nel grafico n. 2 evidenzia percentuali di frequenza dei decessi, per reparto, così distribuiti: il 53% in Medicina Generale; il 15% in Oncologia e il 6% in Geriatria.

Grafico n. 17. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia di età 65 anni e oltre. Anno 2013. Dato Nazionale



Di seguito, la descrizione della distribuzione percentuale di frequenza dei deceduti con diagnosi di tumore in età avanzata per fasce d'età, nei Reparti ospedalieri per acuti, a livello nazionale nell'anno 2013. Scomponendo il dato precedente per classi di età si evidenzia che il 50% dei decessi di pazienti nella fascia d'età tra i 65 e i 69 anni si verificano in Medicina Generale, il 21% in Oncologia e il 6% nei reparti di Terapia intensiva (grafico n. 18).

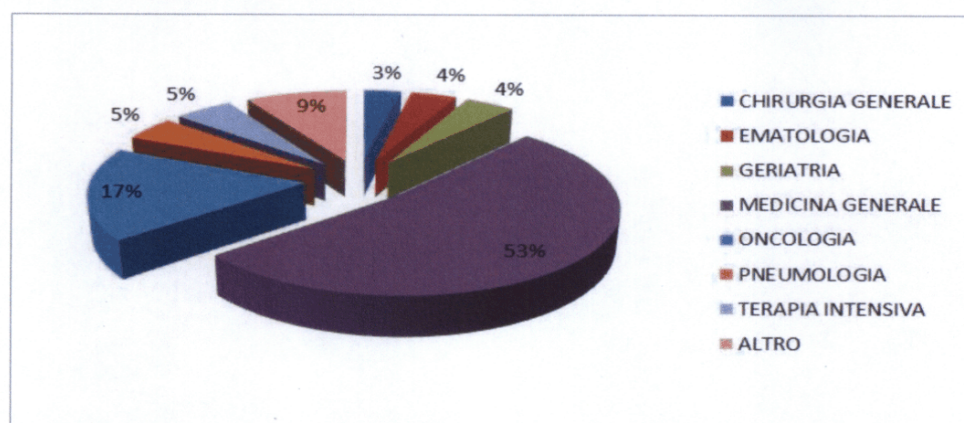
Grafico n. 18. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia d'età 65 – 69 anni. Anno 2013





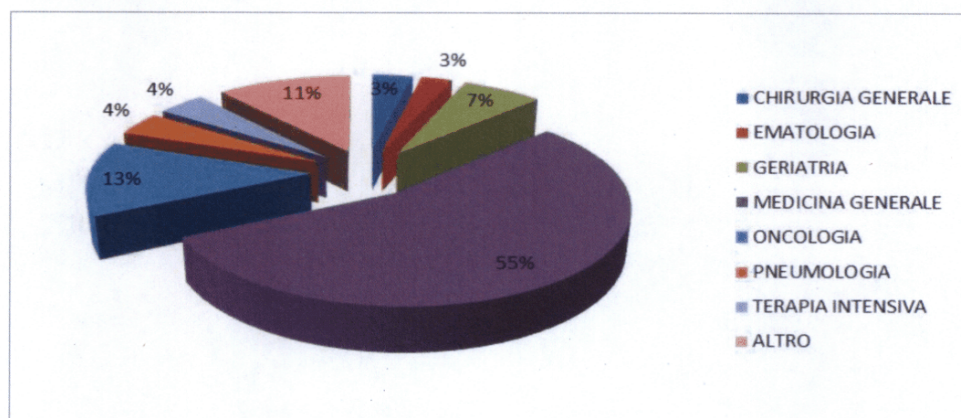
Proseguendo nell'analisi per fascia d'età nel grafico n. 19 sono mostrate le percentuali di frequenza dei deceduti con diagnosi di tumore nella fascia di età tra i 70 e i 74 anni, per reparto: il 53% dei decessi si verifica nel reparto di Medicina Generale, il 17% in Oncologia e il 5% in Terapia Intensiva e Pneumologia.

Grafico n. 19. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia d'età 70 -74 anni. Anno 2013



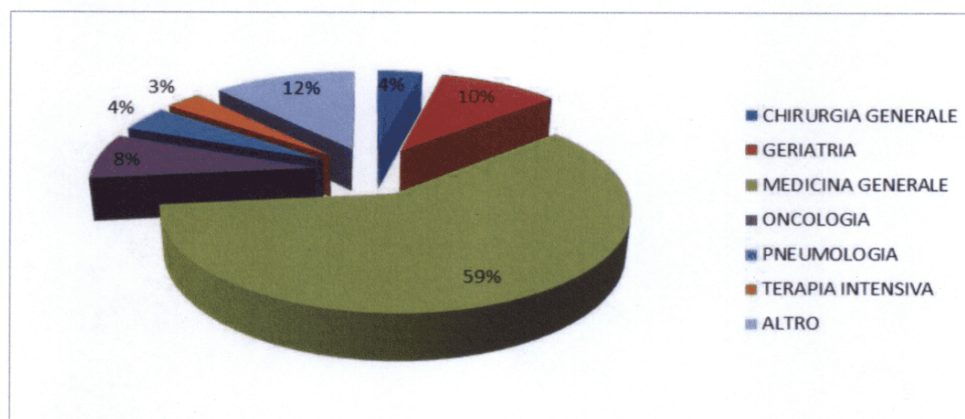
Per la fascia di età compresa tra i 75 e i 79 anni (grafico n. 20) il 55% dei decessi si verifica nel reparto di Medicina Generale, il 13% in Oncologia, il 7% in Geriatria e il 4% in Terapia Intensiva.

Grafico n. 20. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia d'età 75 - 79 anni. Anno 2013



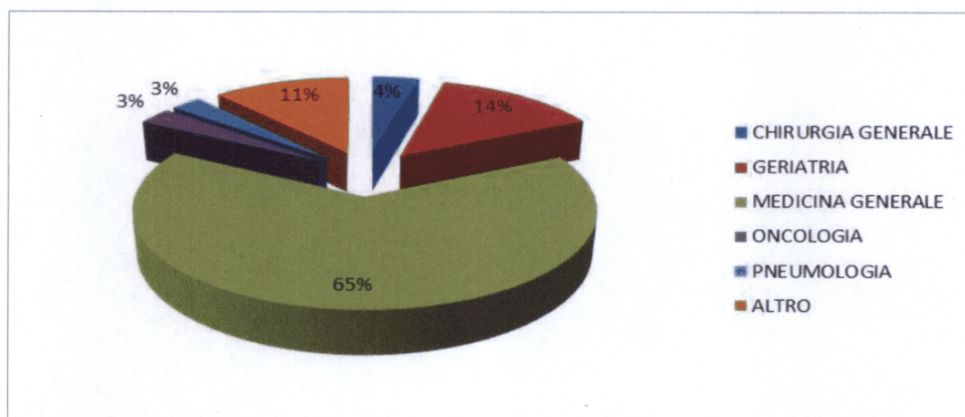
Nel grafico n. 21 sono mostrate le percentuali relativi a pazienti inclusi nella fascia di età tra gli 80 e gli 84 anni: il 59% dei decessi si verifica nel reparto di Medicina Generale, il 10% in Geriatria e l'8% in Oncologia.

Grafico n. 21. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia d'età 80 – 84 anni. Anno 2013



Infine il grafico n. 22 evidenzia le percentuali di frequenza dei decessi per reparti ospedalieri con diagnosi di tumore nei pazienti in fascia di età tra gli 85 anni ed oltre. Il 65% dei decessi si verifica nel reparto di Medicina Generale e il 14% in Geriatria, mentre soltanto il 3% in Oncologia.

Grafico n. 22. Distribuzione pazienti deceduti in reparto per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di neoplasia. Fascia d'età 85 anni e oltre. Anno 2013



In sintesi, la distribuzione dei decessi per neoplasie nei pazienti anziani evidenzia come la frequenza maggiore di decessi si verifichi nei reparti di Medicina Generale, Oncologia e Geriatria. Al progredire dell'età aumenta il numero di decessi nei Reparti di Medicina Generale e Geriatria, fino a raggiungere il valore, negli anziani tra 85 anni ed oltre, rispettivamente del 65% e del 14%. Da questa analisi si deduce che per le età molto avanzate, si tende a ricoverare in reparti meno

specialistici, offrendo un'indicazione importante su come programmare l'attività dalle UCP ospedaliere, previste dall'intesa del 25 luglio 2012.

### 3.3.2 Cure palliative domiciliari

Per verificare i pazienti anziani assistiti è necessario seguire il percorso del paziente fragile, anziano, dall'ospedale all'assistenza domiciliare.

A tal fine, nell'ambito delle cure palliative domiciliari, sono stati analizzati i dati nazionali della presa in carico dei pazienti anziani stratificati per fasce d'età e stato clinico di paziente oncologico e non oncologico, relativamente agli anni 2012 e 2013.

Nel 2012 il totale dei pazienti anziani assistiti nell'area palliativa domiciliare è stato 16.029, di cui 12.901 con stato di terminalità oncologica e 3.870 in stadio terminale non oncologico (Tab. n. 26). Nel 2013, il numero totale di pazienti anziani assistiti nell'area palliativa domiciliare è stato 23.264, di cui 18.814 (80,8%) con stato di terminalità oncologica e 4.942 con stato di terminalità non oncologica. L'incremento registrato nel biennio è del 45,13%.

Tabella n. 26. Area palliativa domiciliare. Numero di pazienti assistiti presso il proprio domicilio suddivisi per fasce d'età da 65 anni e oltre. Anni 2012 – 2013

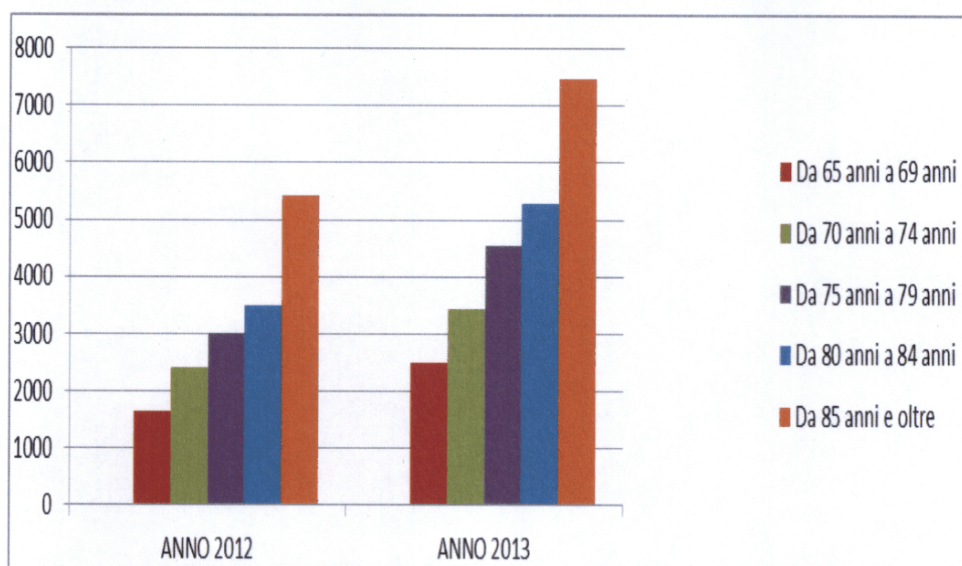
	ANNO 2012						ANNO 2013					
Fasce di età	Totale Pazienti Assistiti	% di pazienti assistiti su base nazionale	Di cui con stato terminalità oncologica	% di pazienti oncologici su base nazionale	Di cui con stato terminalità non oncologica	% di pazienti non oncologici su base nazionale	Totale Pazienti Assistiti	% di pazienti assistiti su base nazionale	Di cui con stato terminalità oncologica	% di pazienti oncologici su base nazionale	Di cui con stato terminalità non oncologica	% di pazienti non oncologici su base nazionale
Da 65 anni a 69 anni	1.649	10,29%	1.521	11,79%	179	4,63%	2.491	10,71%	2.300	12,22%	237	4,80%
Da 70 anni a 74 anni	2.413	15,05%	2.149	16,66%	340	8,79%	3.444	14,80%	3.079	16,37%	409	8,28%
Da 75 anni a 79 anni	3.025	18,87%	2.600	20,15%	550	14,21%	4.549	19,55%	3.910	20,78%	727	14,71%
Da 80 anni a 84 anni	3.503	21,85%	2.855	22,13%	830	21,45%	5.296	22,76%	4.325	22,99%	1.093	22,12%
Da 85 anni e oltre	5.439	33,93%	3.776	29,27%	1.971	50,93%	7.484	32,17%	5.200	27,64%	2.476	50,10%
<b>Totale</b>	<b>16.029</b>		<b>12.901</b>		<b>3.870</b>		<b>23.264</b>		<b>18.814</b>		<b>4.942</b>	

Dall'esame del numero di assistiti per cure palliative in assistenza domiciliare, suddivisi per fasce d'età (grafico n. 23), si denota un aumento del numero di assistiti in tutte le classi di età; in



particolare la fascia d'età dagli 85 anni e oltre rappresenta il numero più elevato di pazienti assistiti nel 2013 (7.484), dato stabilmente in crescita dal 2012 (5.439), seguita dalla fascia d'età tra gli 80 e gli 84 anni (5.296), sia nel 2013, che nel 2012 (3.503).

Grafico n. 23. Numero pazienti assistiti in cure palliative domiciliari suddiviso in fasce di età. Anni 2012 - 2013



### 3.3.3 L'utilizzo dei farmaci antalgici

L'analisi dei consumi dei farmaci antalgici effettuati da pazienti over 65 rappresenta un aspetto di particolare interesse nell'ambito dell'esame delle tematiche della Legge 38/2010 per questa fascia di popolazione. Sia per i farmaci oppioidi che per i farmaci non oppioidi oltre il 50% della spesa nazionale è da imputare a questa fascia di popolazione e tale dato si può ritenere costante nel tempo.

I dati descritti di seguito sono su base nazionale e regionale e riguardano il consumo in quantità di oppioidi e il prezzo al pubblico di tali farmaci nel triennio 2012-2014. La spesa indicata nei tre anni rappresenta oltre il 64% della spesa nazionale dedicata ai farmaci oppioidi.

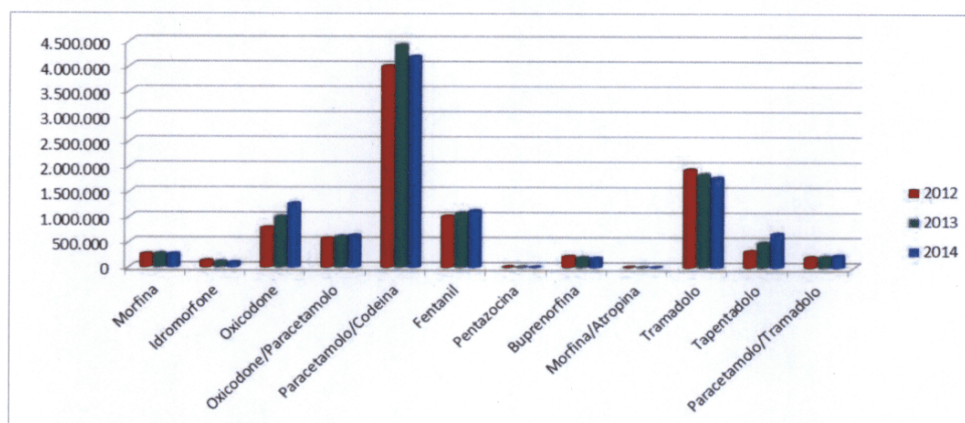
Tabella n. 27. Consumo farmaci oppioidi nelle fasce d'età 65-89 anni su base nazionale (anni 2012, 2013 e 2014)

		2012		2013		2014	
		Spesa	Quantità	Spesa	Quantità	Spesa	Quantità
Morfina	N02AA01	1.957.566	254.750	2.005.460	266.732	2.011.247	258.198
Idromorfone	N02AA03	3.683.484	121.850	3.282.603	104.074	2.816.148	88.136
Oxicodone	N02AA05	18.837.371	781.698	25.304.151	1.003.510	32.459.825	1.266.997
Oxicodone/Paracetamolo	N02AA55	8.629.965	564.050	9.305.343	608.193	9.638.396	629.961
Paracetamolo/Codeina	N02AA59	18.952.041	3.996.626	19.282.703	4.421.544	17.885.208	4.191.074
Fentanil	N02AB03	29.532.412	1.007.768	32.228.727	1.076.147	33.906.696	1.123.383
Pentazocina	N02AD01	10.515	2.642	9.548	2.399	6.659	1.673
Buprenorfina	N02AE01	6.411.670	211.463	5.927.812	195.354	5.554.997	182.064
Morfina/Atropina	N02AG01	1.008	271	956	257	904	243
Tramadololo	N02AX02	13.277.937	1.937.973	12.757.309	1.851.355	12.390.304	1.783.137
Tapentadololo	N02AX06	9.763.982	317.357	16.183.931	490.058	22.681.849	668.396
Paracetamolo/Tramadololo	N02AX52	2.138.746	198.032	2.391.644	213.540	2.637.757	235.514
Totale		113.196.697	9.394.480	128.680.187	10.233.163	141.989.990	10.428.776

Fentanil	N02AB03	29.532.412	1.007.768	32.228.727	1.076.147	33.906.696	1.123.383
Pentazocina	N02AD01	10.515	2.642	9.548	2.399	6.659	1.673
Buprenorfina	N02AE01	6.411.670	211.463	5.927.812	195.354	5.554.997	182.064
Morfina/Atropina	N02AG01	1.008	271	956	257	904	243
Tramadololo	N02AX02	13.277.937	1.937.973	12.757.309	1.851.355	12.390.304	1.783.137
Tapentadololo	N02AX06	9.763.982	317.357	16.183.931	490.058	22.681.849	668.396
Paracetamolo/Tramadololo	N02AX52	2.138.746	198.032	2.391.644	213.540	2.637.757	235.514
Totale		113.196.697	9.394.480	128.680.187	10.233.163	141.989.990	10.428.776



Grafico n. 24. Trend consumo farmaci oppioidi per fasce d'età 65-89 (anni 2012, 2013, 2014)

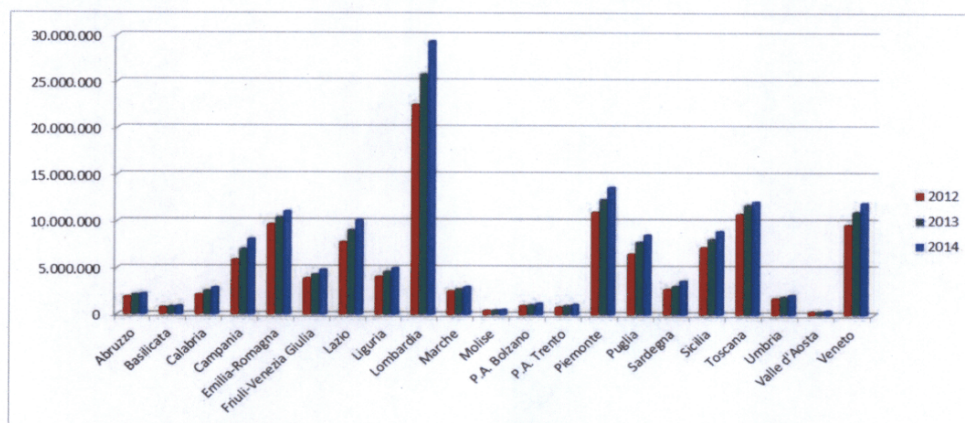


Dall'esame della spesa regionale per farmaci oppioidi (Tabella n. 28), possiamo evidenziare come la spesa maggiore per tali farmaci sia stata sostenuta soprattutto dalle Regioni Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana (grafico n. 25).

Tabella n. 28. Prezzi al pubblico dei farmaci oppioidi a livello regionale (anni 2012, 2013, 2014) per fasce d'età 65-89

	2012	2013	2014
Abruzzo	1.867.262	2.150.889	2.222.737
Basilicata	756.837	846.937	919.945
Calabria	2.118.596	2.566.036	2.904.627
Campania	5.866.140	7.037.994	8.101.160
Emilia-Romagna	9.666.221	10.436.150	11.068.978
Friuli-Venezia Giulia	3.868.993	4.318.256	4.823.889
Lazio	7.773.181	9.083.398	10.146.498
Liguria	4.054.542	4.638.171	5.015.259
Lombardia	22.495.180	25.771.190	29.319.040
Marche	2.526.823	2.759.672	2.998.188
Molise	430.312	487.718	547.397
P.A. Bolzano	946.231	1.065.198	1.206.879
P.A. Trento	809.637	990.460	1.104.881
Piemonte	10.999.049	12.356.438	13.671.299
Puglia	6.524.658	7.810.443	8.572.268
Sardegna	2.742.367	3.082.358	3.641.453
Sicilia	7.215.049	8.120.830	8.969.026
Toscana	10.804.681	11.780.447	12.124.472
Umbria	1.750.629	1.957.910	2.162.067
Valle d'Aosta	313.714	366.773	460.853
Veneto	9.666.597	11.052.920	12.009.076
<b>Totale</b>	<b>113.196.697</b>	<b>128.680.187</b>	<b>141.989.990</b>

Grafico n. 25. Trend di prezzi la pubblico di farmaci oppioidi (dati Regionali) per fasce d'età 65-89



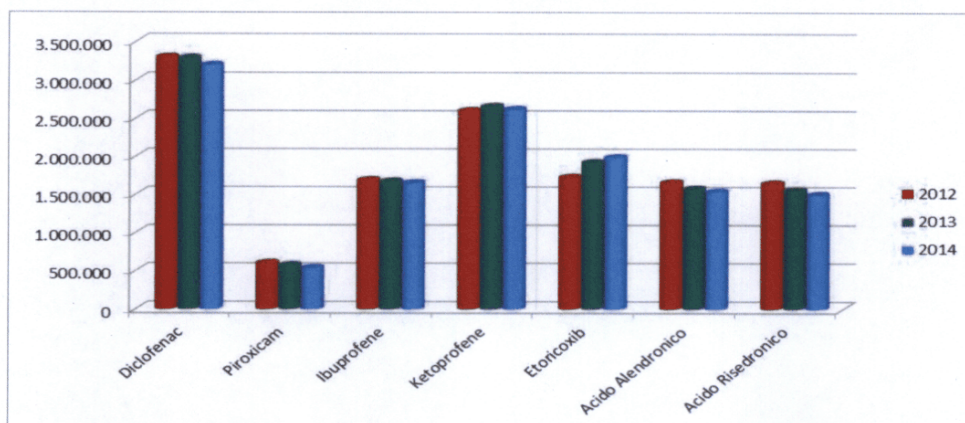
Al pari di quanto effettuato per i farmaci oppioidi, i dati sulla spesa e il consumo di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) utilizzati da pazienti con età compresa tra i 65 e gli 89 anni evidenziano un trend di consumo decrescente nell'arco dei tre anni esaminati (tabella n. 29); anche in questo caso si registra che la spesa per tali farmaci imputata alla fascia di età degli over 65 è oltre il 54% ed anche in questo caso invariante nel triennio in esame.

Tabella n. 29. Consumo farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) nelle fasce d'età 65-89 anni su base nazionale (anni 2012, 2013 e 2014)

		2012		2013		2014	
		Spesa	Quantità	Spesa	Quantità	Spesa	Quantità
Diclofenac	M01AB05	18.473.170	3.293.227	18.666.012	3.286.206	18.593.603	3.192.496
Piroxicam	M01AC01	3.666.771	599.041	3.523.211	574.370	3.310.737	535.686
Ibuprofene	M01AE01	10.657.880	1.685.315	10.401.368	1.673.061	10.226.272	1.650.352
Ketoprofene	M01AE03	12.065.789	2.593.933	12.162.107	2.653.087	11.961.354	2.613.840
Etoricoxib	M01AH05	36.655.876	1.721.403	40.922.230	1.918.901	42.374.717	1.984.065
Acido Alendronico	M05BA04	27.494.200	1.652.489	25.993.380	1.573.385	25.251.864	1.534.748
Acido Risedronico	M05BA07	28.391.049	1.641.388	25.813.531	1.556.225	23.805.650	1.494.502
Totale		137.404.737	13.186.796	137.481.839	13.235.235	135.524.197	13.005.689



Grafico n. 26. Trend consumo FANS per fasce d'età 65-89 (anni 2012, 2013, 2014)



Il consumo di FANS, negli anziani tra 65 e 89, si attesta in maniera maggiore per il diclofenac, ketoprofene e ibuprofene; mentre si evidenzia un trend di consumi stabile per l'acido risedronico e l'acido alendronico e un lieve aumento nei consumi per l'etoricoxib (grafico n. 26).

Nella tabella n. 30 e il grafico n. 27 vengono riportati la spesa per i FANS a livello regionale.

Tabella n. 30. Prezzi al pubblico dei FANS a livello regionale per fasce d'età 65-89 (anni 2012, 2013, 2014)

	2012	2013	2014
Abruzzo	3.574.585	3.466.063	3.394.831
Basilicata	1.580.504	1.553.946	1.548.394
Calabria	5.810.500	6.026.460	6.099.935
Campania	10.642.900	11.186.531	11.322.203
Emilia-Romagna	8.330.559	7.722.668	7.381.431
Friuli-Venezia Giulia	2.646.820	2.668.789	2.654.306
Lazio	15.812.535	16.060.337	15.868.052
Liguria	3.843.231	3.749.261	3.499.328
Lombardia	15.740.245	15.583.106	15.682.166
Marche	3.405.216	3.401.068	3.381.983
Molise	728.539	755.909	770.612
P.A. Bolzano	1.016.063	970.201	942.198
P.A. Trento	938.958	944.432	938.075
Piemonte	9.065.639	9.070.141	8.793.137
Puglia	12.152.260	12.610.045	12.696.901
Sardegna	4.984.444	5.036.843	5.149.353
Sicilia	16.398.817	16.434.636	16.080.185
Toscana	7.918.020	7.838.729	7.536.395
Umbria	1.695.705	1.689.136	1.637.851
Valle d'Aosta	270.656	267.309	269.939
Veneto	10.848.542	10.446.230	9.876.922
<b>Totale</b>	<b>137.404.737</b>	<b>137.481.839</b>	<b>135.524.197</b>