



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 85

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: AIFA – Monitoraggio andamento dei consumi della Nota 97 relativa a Nuovi Anticoagulanti Orali (8 mesi dopo l'introduzione).

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno segnalare che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in data 19 aprile 2021, ossia **a otto mesi dall'introduzione della nota 97 (All. n.1) per la prescrizione della terapia anticoagulante orale nei pazienti con Fibrillazione atriale non valvolare (FANV)**, ha pubblicato **il monitoraggio (All. n.2) relativo all'andamento dei consumi della nota in oggetto**, il quale **mostra che non si sono registrati importanti incrementi nel numero delle prescrizioni ai soggetti che beneficiano dei nuovi anticoagulanti orali (NAO)**, con un +6,1% nel confronto tra il periodo che precede e quello che segue l'applicazione della nota.

In conclusione l'AIFA ha ritenuto che l'impatto della Nota 97 può pertanto ritenersi sostenibile (anche in termini economici).

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli

All. n. 2

Firmato digitalmente da

**FILIPPO
ANELLI**

MF/CDL

O = FNOMCEO
C = IT

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: segreteria@fnomceo.it – C.F. 02340010582

NOTA AIFA 97 per la prescrizione della terapia anticoagulante orale nei pazienti con Fibrillazione atriale non valvolare (FANV)

Farmaci inclusi nella Nota AIFA:

AVK:

- Warfarin
- Acenocumarolo

NAO/DOAC:

- Dabigatran
- Apixaban
- Edoxaban
- Rivaroxaban

La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato ai punti A, B, C, D.

La prescrizione dovrà essere accompagnata dalla compilazione della scheda di valutazione prescrizione e follow-up di cui all'allegato I da parte dello specialista o del Medico di Medicina Generale. Una copia della scheda dovrà essere conservata dal prescrittore e una consegnata al paziente, in previsione del successivo aggiornamento periodico in occasione del follow-up.

Il regime di fornitura delle altre indicazioni di AVK e NAO/NOAC rimane invariato.

PERCORSO DECISIONALE

A. La diagnosi di FANV deve essere sempre confermata da un elettrocardiogramma e dalla valutazione clinica del paziente.

B. La decisione di iniziare un trattamento anticoagulante per la prevenzione primaria o secondaria di ictus ed embolia sistemica in pazienti adulti con FANV deve avvenire dopo una accurata valutazione del rischio trombo-embolico e del rischio emorragico del singolo paziente.

RISCHIO TROMBOEMBOLICO

Lo score validato per la definizione del rischio trombo-embolico attualmente più utilizzato e raccomandato dalla Società Europea di Cardiologia (ESC)¹ è il CHA₂DS₂-VASc^{2,3}. Le tab. 1 e 2 illustrano come calcolare lo score e qual è il rischio trombo embolico associato.

Tab. 1 Calcolo del punteggio CHA₂DS₂-VASc

Scompenso cardiaco congestizio Segni/sintomi di scompenso cardiaco o riscontro di ridotta frazione di eiezione	+1
Ipertensione arteriosa PA sist. >140 e/o PA diast. >90 mmHg a riposo in 2 misure successive o terapia antipertensiva in corso	+1
Età ≥75 anni	+2
Età 65-74 anni	+1
Diabete mellito Glicemia a digiuno >126 mg/dL o trattamento con antidiabetici	+1
Pregresso ICTUS o TIA o tromboembolismo arterioso	+2
Vasculopatia Cardiopatia ischemica, arteriopatia periferica	+1
Sesso femminile	+1
Nessuno dei precedenti	0

Tab. 2 Rischio cardio-embolico⁴ per punteggio totale CHA₂DS₂-VASc

Punteggio CHA₂DS₂ VASc totale	Eventi cardioembolici per 100 paz./anno (IC)
0	0.78 (0.58-1.04)
1	2.01 (1.70-2.36)
2	3.71 (3.36-4.09)
3	5.92 (5.53-6.34)
4	9.27 (8.71-9.86)
5	15.26 (14.35-16.24)
6	19.74 (18.21-21.41)
7	21.50 (18.75-24.64)
8	22.38 (16.29-30.76)
9	23.64 (10.62-52.61)

Punteggio CHA₂DS₂ VASc ≤ 4: Basso/moderato rischio trombo embolico (TE); **>4:** Alto rischio TE

Tab. 3 Fattori di rischio emorragico

modificabili	potenzialmente modificabili	NON modificabili		Fattori di rischio legati a biomarker
ipertensione arteriosa non controllata	anemia	età > 65 aa	cirrosi epatica	elevati livelli di troponina ad alta sensibilità
TTR<60% o INR instabile per paz. in AVK	insuff. renale	anamnesi di sanguinamenti maggiori	tumori maligni	Growth differentiation factor 15 elevato
uso di antiaggreganti o FANS	insuff. epatica	pregresso stroke	fattori genetici	Ridotto VFG (stimato secondo formula CKD-EPI)
alcolismo	Piastrinopenia Piastrinopatia ^{oo}	dialisi/trapianto renale		

^{oo}Difetto di funzionalità piastrinica

RISCHIO EMORRAGICO

Esistono vari strumenti validati per definire il rischio emorragico individuale, ma nessuno di questi è considerato realmente predittivo in quanto il rischio complessivo dipende anche da fattori individuali non considerati da tali strumenti^{5,6,7,8,9}.

La Tab. 3 elenca i fattori, che correlano in modo indipendente con l'aumento del rischio emorragico, inclusi nei diversi strumenti e distinti in modificabili, potenzialmente modificabili, non modificabili e legati a biomarker.

C. LA TERAPIA ANTICOAGULANTE DOVRÀ ESSERE INIZIATA

- **in tutti** i pazienti con punteggio CHA₂DS₂-VASc:
≥2 (se maschi) e ≥3 (se femmine).

La scelta terapeutica finale dipenderà comunque dalla valutazione clinica e dovrà considerare la presenza di fattori di rischio emorragico anche in rapporto alle loro caratteristiche.

D. LA SCELTA DELL' ANTICOAGULANTE DA UTILIZZARE

Gli anticoagulanti orali inibitori della vit. K (AVK) e inibitori diretti della trombina o del fattore Xa (NAO/DOAC) sono gli unici farmaci attualmente disponibili di provata efficacia per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia arteriosa periferica nei pazienti con FANV¹⁰.

Numerosi studi hanno ampiamente dimostrato una comprovata efficacia ed un profilo di sicurezza favorevole sia degli AVK sia dei NAO/DOAC, se correttamente gestiti in termini di selezione dei pazienti ed attento follow-up^{11,12,13,14}.

In particolare, i NAO/DOAC si sono dimostrati altrettanto efficaci, ed in alcuni casi più efficaci, degli AVK nel ridurre il rischio di ictus/embolia arteriosa periferica nei pazienti con FANV, e più sicuri degli AVK rispetto al rischio di emorragia intracranica. Per alcuni NAO/DOAC è stato evidenziato un aumentato rischio di sanguinamento gastro - intestinale rispetto agli AVK¹⁵.

In considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'uso prevalente nell'indicazione terapeutica FANV, i quattro DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) possono essere considerati globalmente sovrapponibili^{16,17}.

I criteri generali per la scelta dell'anticoagulante da utilizzare in diverse tipologie di pazienti sono i seguenti:

I NAO/DOAC sono generalmente preferibili:

- per i pazienti che sono già in trattamento con AVK con scarsa qualità del controllo (Tempo nel Range Terapeutico (TTR) <70% o percentuale dei controlli in range < 60% negli ultimi 6 mesi) e/o oggettive difficoltà ad accedere ad un regolare monitoraggio dell'INR¹⁸;
- per i pazienti in AVK con pregressa emorragia intracranica, o ad alto rischio di svilupparla.

Gli AVK sono generalmente preferibili:

- per i pazienti con grave riduzione della funzionalità renale (VFG <15 mL/min)
- per i pazienti che assumono farmaci che potrebbero interferire con i NAO/DOAC

Gli AVK sono l'unico trattamento anticoagulante indicato per i pazienti con protesi valvolari cardiache meccaniche e/o fibrillazione atriale valvolare.

I NAO/NOAC non si sono dimostrati né efficaci né sicuri in tali pazienti.

La diagnosi di fibrillazione atriale valvolare comprende i portatori di valvulopatia su base reumatica, sostanzialmente la stenosi mitralica moderata o grave. Non sembra esserci correlazione fra la scelta dell'anticoagulante e il rischio trombo embolico nella insufficienza mitralica e nella valvulopatia aortica.

IN SINTESI:

La terapia anticoagulante nella FANV deve essere personalizzata considerando innanzitutto il rischio trombo-embolico ed emorragico individuale, ma anche le caratteristiche di ciascun paziente tenendo conto in particolare della presenza di fattori in grado di influenzare la scelta terapeutica (es. le terapie farmacologiche concomitanti, la storia clinica, le patologie concomitanti e la compliance al trattamento).

In particolare, la prescrizione di una terapia anticoagulante richiede un più accurata valutazione nei soggetti anziani/grandi anziani.

Si tratta infatti di una popolazione ad alto rischio sia embolico sia emorragico, a maggior rischio di repentine variazioni nella funzionalità renale anche di notevole entità sia per condizioni intercorrenti (febbre, disidratazione, scompenso cardiaco, ecc.) sia per gli effetti di trattamenti concomitanti (ACE inibitori, sartani, diuretici, ecc.)

In questi soggetti è necessario uno stretto monitoraggio clinico e di laboratorio per cogliere tempestivamente variazioni che richiedano una rivalutazione del tipo e/o del dosaggio del farmaco anticoagulante utilizzato¹⁹.

Si veda allegato 1 per:

- Scheda di valutazione prescrizione e follow-up per AVK e NAO/DOAC nella Fibrillazione atriale non valvolare (FANV)
La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Si veda Allegato 2 per:

- Caratteristiche farmacologiche di AVK e NAO/DOAC
- Controindicazioni/avvertenze d'uso
- Dosaggi e modalità di somministrazione e follow-up
- Passaggio da AVK a NAO/DOAC
- Passaggio da NAO/DOAC ad AVK
- Avvertenze particolari
- Domande frequenti

Si veda Allegato 3 per:

- Raccomandazioni pratiche sulla gestione in occasione di procedure diagnostiche/chirurgiche:
 - in pazienti in trattamento con AVK
 - in pazienti in trattamento con NAO/DOAC

Bibliografia

1. Kirchhof P. et Al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO) European Heart Journal (2016) 37, 2893–2962 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964>
2. Lip GY et Al. Refining clinical riskstratification for predicting stroke and thromboembolism in atrialfibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heartsurvey on atrial fibrillation.Chest 2010;137:263-72.
3. Larsen TB, Lip GY. Et Al. Comparative effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. BMJ. 2016;353:i3189 <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i3189.long>
4. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation:

- nationwide cohort study. *BMJ* 2011;342:d124 <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d124.long>
5. Gage BF et Al. Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: results from the National Registry of Atrial Fibrillation (NRAF). *Am Heart J* 2006;151:713–19.
 6. Pisters R et Al. A novel userfriendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest* 2010;138:1093-100.
 7. Fang MC et Al. A new risk scheme to predict warfarin-associated hemorrhage: The ATRIA (Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation) Study. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:395–401. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109711015713?via%3Dihub>
 8. O'Brien EC. Et Al. The ORBIT bleeding score: a simple bedside score to assess bleeding risk in atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2015;36:3258–64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670965/>
 9. Hijazi Z. et Al. The novel biomarker-based ABC (age, biomarkers, clinical history)-bleeding risk score for patients with atrial fibrillation: a derivation and validation study. *Lancet* 2016; 387:2302–11.
 10. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K Antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation *European Heart Journal* 2018; 39, 1330–1393 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/16/1330/4942493>
 11. Connolly SJ et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139–51. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905561>
 12. Connolly SJ et al. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;364:806–17. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1007432>
 13. Giugliano RP et Al. Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation 2013; *n engl j med* 369;22: 2093-104. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1310907>
 14. Patel MR. et Al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883–91 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1009638>
 15. López-López JA. Et Al. Oral anticoagulants for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis, and cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2017 Nov 28;359: j5058. doi: 10.1136/bmj.j5058. <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5058.long>
 16. Almutairi et Al. Effectiveness and Safety of Non–vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants for Atrial Fibrillation and Venous Thromboembolism: A Systematic Review and Meta-analyses *Clinical Therapeutics* 2017; 39(7):1456-78.e36 . doi: 10.1016/j.clinthera.2017.05.358
 17. Lip G et Al. Relative efficacy and safety of non-Vitamin K oral anticoagulants for non-valvular atrial fibrillation: Network meta-analysis comparing apixaban, dabigatran, rivaroxaban and edoxaban in three patient subgroups. *Int J Cardiol*. 2016 Feb 1;204:88-94.
 18. Gallagher AM. Et Al. Risks of stroke and mortality associ-ated with suboptimal anticoagulation in atrial fibril-lation patients. *Thromb Haemost* 2011;106:968-77.
 19. Bai Y. Et Al. Effectiveness and safety of oral anticoagulants in older patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-regression analysis. *Age Ageing* 2018;47:9-17. <https://academic.oup.com/ageing/article/47/1/9/4107850>



Valutazione Nota 97 AIFA Nuovi Anticoagulanti Orali

Aggiornamento dati a febbraio 2021

8 mesi dopo l'ingresso della Nota

Nota 97 del 14 giugno 2020 --> mese di giugno escluso dalla analisi

FONTE DATI: Tessera Sanitaria - Ultima estrazione effettuata il 26/03/2021 direttamente da cruscotto TS

Sono state selezionate le ATC afferenti ai NAO ed AVK

Periodi presi in considerazione: gennaio 2019 – febbraio 2021

Abbiamo pertanto 8 mesi di dati, dopo l'ingresso della nota (luglio 2020 – febbraio 2021)

Canali distributivi considerati: territoriale + DPC

La valorizzazione del canale DPC è avvenuta mediante imputazione dei prezzi presi da Traccia a livello di mese – ATC – regione: operativamente dopo aver scaricato dal cruscotto TS le confezioni dispensate in DPC per mese – regione – ATC, le stesse sono state valorizzate usando il prezzo medio ATC – mese – regione desunto dal flusso di traccia, come valori/unità. Ultimo mese di Traccia considerato: novembre 2020

I consumatori dei NAO: analisi prescrizioni

REGIONE	8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	8 MESI ANTE (ottobre 19 - maggio 20)	8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta % 8m ANNO PREC vs 8 MESI ANTE	delta % 8m POST vs 8 mesi anno prima	delta % 8m POST vs 8 mesi ante
PIEMONTE	315.862	329.004	337.504	4,2%	6,9%	2,6%
VALLE D'AOSTA	7.907	7.941	8.416	0,4%	6,4%	6,0%
LOMBARDIA	547.745	571.203	578.049	4,3%	5,5%	1,2%
PA BOLZANO	20.441	21.690	26.718	6,1%	30,7%	23,2%
PA TRENTO	19.478	20.805	25.168	6,8%	29,2%	21,0%
VENETO	290.340	311.202	352.092	7,2%	21,3%	13,1%
FRIULI VENEZIA GIULIA	89.873	93.333	100.784	3,8%	12,1%	8,0%
LIGURIA	142.889	148.164	151.826	3,7%	6,3%	2,5%
EMILIA ROMAGNA	229.901	243.951	286.972	6,1%	24,8%	17,6%
TOSCANA	231.111	223.972	262.502	-3,1%	13,6%	17,2%
UMBRIA	118.002	121.507	127.784	3,0%	8,3%	5,2%
MARCHE	156.868	163.207	174.286	4,0%	11,1%	6,8%
LAZIO	555.911	581.261	597.532	4,6%	7,5%	2,8%
ABRUZZO	87.299	100.748	104.884	15,4%	20,1%	4,1%
MOLISE	21.031	21.191	21.069	0,8%	0,2%	-0,6%
CAMPANIA	475.480	492.573	543.414	3,6%	14,3%	10,3%
PUGLIA	338.712	346.349	349.408	2,3%	3,2%	0,9%
BASILICATA	56.308	57.387	58.429	1,9%	3,8%	1,8%
CALABRIA	133.635	137.694	143.959	3,0%	7,7%	4,5%
SICILIA	232.578	239.244	247.257	2,9%	6,3%	3,3%
SARDEGNA	167.088	171.380	175.292	2,6%	4,9%	2,3%
ITALIA	4.238.459	4.403.806	4.673.345	3,9%	10,3%	6,1%

Lo stesso soggetto nel periodo considerato viene conteggiato più volte, nel caso di prescrizioni ripetute nel tempo

I consumatori dei NAO: analisi sulle teste

REGIONE	TRATTATI 8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	TRATTATI 8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta %
PIEMONTE	77.657	86.008	10,8%
VALLE D'AOSTA	2.328	2.516	8,1%
LOMBARDIA	157.276	173.415	10,3%
PA BOLZANO	6.711	8.496	26,6%
PA TRENTO	5.578	7.211	29,3%
VENETO	79.883	95.365	19,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	24.487	28.292	15,5%
LIGURIA	38.808	37.242	-4,0%
EMILIA ROMAGNA	59.012	78.995	33,9%
TOSCANA	75.851	66.548	-12,3%
UMBRIA	21.442	23.376	9,0%
MARCHE	30.049	33.017	9,9%
LAZIO	101.807	110.530	8,6%
ABRUZZO	22.269	24.870	11,7%
MOLISE	4.762	5.107	7,2%
CAMPANIA	84.929	92.525	8,9%
PUGLIA	72.900	78.922	8,3%
BASILICATA	10.600	11.346	7,0%
CALABRIA	28.237	30.697	8,7%
SICILIA	67.461	72.560	7,6%
SARDEGNA	30.789	33.650	9,3%
ITALIA	1.002.836	1.100.688	9,8%

Lo stesso soggetto viene conteggiato una sola volta nel periodo considerato

I consumatori dei NAO: trend storico



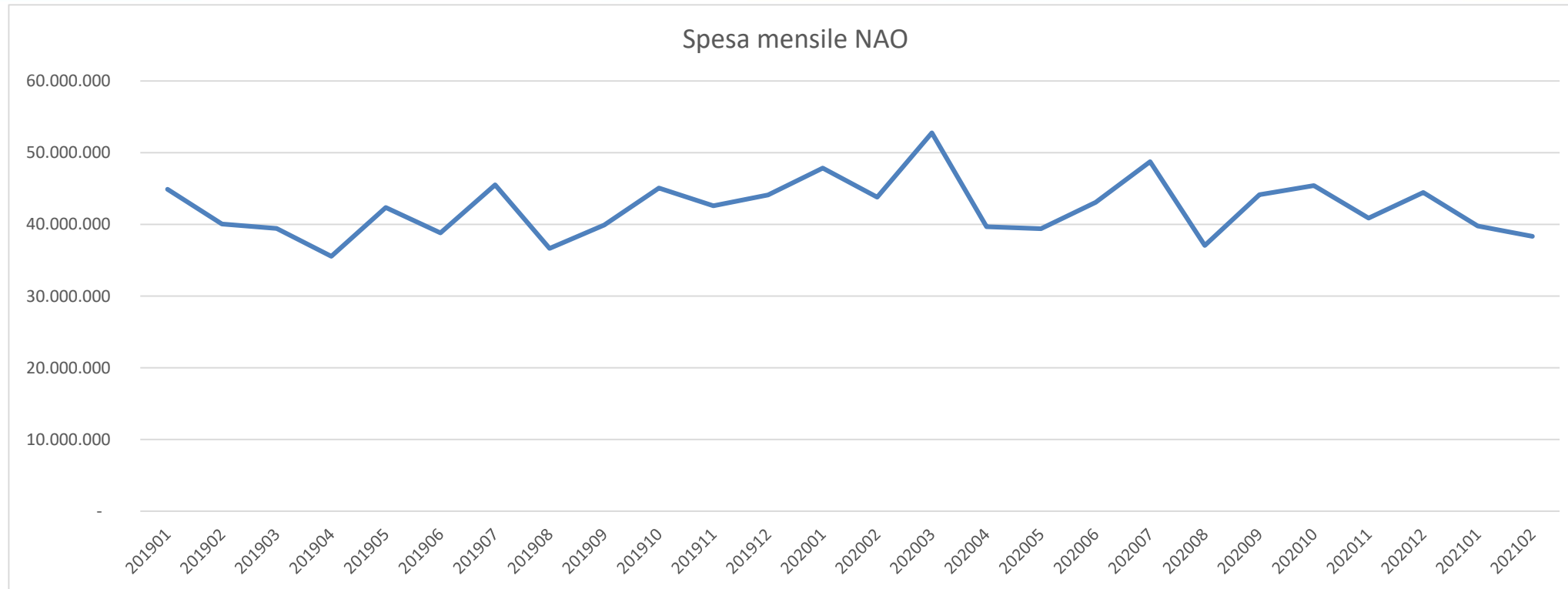
CAGR: +0,65%

NAO: analisi a valori

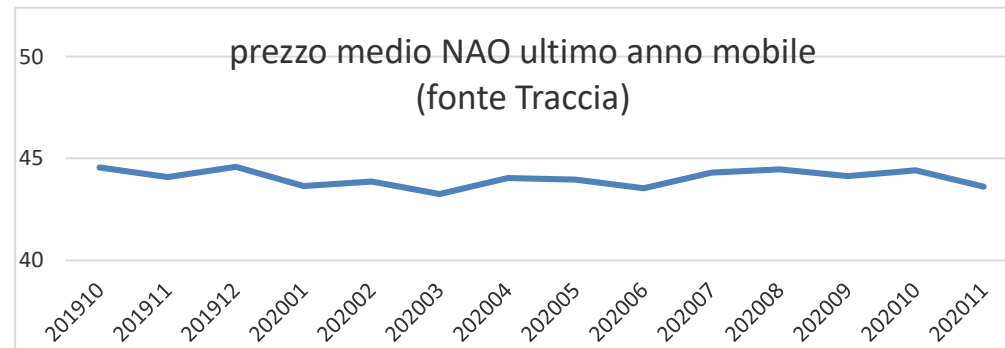
REGIONE	8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	8 MESI ANTE (ottobre 19 - maggio 20)	8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta % 8m ANNO PREC vs 8 MESI ANTE	delta % 8m POST vs 8 mesi anno prima	delta % 8m POST vs 8 mesi ante
PIEMONTE	23.192.973	24.033.949	25.364.741	3,6%	9,4%	5,5%
VALLE D'AOSTA	741.524	776.520	803.648	4,7%	8,4%	3,5%
LOMBARDIA	93.321.824	92.849.025	64.321.459	-0,5%	-31,1%	-30,7%
PA BOLZANO	1.983.923	2.194.270	2.533.262	10,6%	27,7%	15,4%
PA TRENTO	1.674.152	1.790.636	2.171.170	7,0%	29,7%	21,3%
VENETO	23.753.318	24.396.295	27.263.901	2,7%	14,8%	11,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	6.873.783	6.796.237	8.376.668	-1,1%	21,9%	23,3%
LIGURIA	13.373.894	13.372.465	10.851.675	0,0%	-18,9%	-18,9%
EMILIA ROMAGNA	18.622.186	19.884.463	22.163.174	6,8%	19,0%	11,5%
TOSCANA	16.312.418	17.556.249	18.763.794	7,6%	15,0%	6,9%
UMBRIA	6.800.445	6.982.669	7.166.539	2,7%	5,4%	2,6%
MARCHE	9.373.285	9.706.499	10.372.402	3,6%	10,7%	6,9%
LAZIO	30.778.193	31.911.534	33.321.383	3,7%	8,3%	4,4%
ABRUZZO	6.348.965	7.341.574	7.775.886	15,6%	22,5%	5,9%
MOLISE	1.297.641	1.166.752	1.487.083	-10,1%	14,6%	27,5%
CAMPANIA	25.626.610	27.195.252	27.029.479	6,1%	5,5%	-0,6%
PUGLIA	22.007.984	23.551.247	24.382.120	7,0%	10,8%	3,5%
BASILICATA	2.818.968	3.067.146	3.666.479	8,8%	30,1%	19,5%
CALABRIA	8.706.203	8.436.876	9.074.297	-3,1%	4,2%	7,6%
SICILIA	22.440.650	22.314.173	22.086.486	-0,6%	-1,6%	-1,0%
SARDEGNA	9.476.402	9.965.502	9.894.318	5,2%	4,4%	-0,7%
ITALIA	345.525.340	355.289.333	338.869.964	2,8%	-1,9%	-4,6%
<i>riportato ai 12 mesi</i>	<i>518.288.010</i>	<i>532.933.999</i>	<i>508.304.947</i>			

NB: per riportato all'anno si intende semplicemente la riproporzione ai 12 mesi

NAO: analisi a valori – trend storico



CAGR: -0,60%



I consumatori di AVK: analisi prescrizioni

REGIONE	8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	8 MESI ANTE (ottobre 19 - maggio 20)	8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta % 8m ANNO PREC vs 8 MESI ANTE	delta % 8m POST vs 8 mesi anno prima	delta % 8m POST vs 8 mesi ante
PIEMONTE	125.313	120.969	100.412	-3,5%	-19,9%	-17,0%
VALLE D'AOSTA	2.930	2.776	2.321	-5,3%	-20,8%	-16,4%
LOMBARDIA	220.046	214.161	179.982	-2,7%	-18,2%	-16,0%
PA BOLZANO	18.963	18.711	16.303	-1,3%	-14,0%	-12,9%
PA TRENTO	20.044	19.348	17.030	-3,5%	-15,0%	-12,0%
VENETO	155.982	150.470	124.295	-3,5%	-20,3%	-17,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	52.377	50.733	43.053	-3,1%	-17,8%	-15,1%
LIGURIA	34.277	32.637	26.187	-4,8%	-23,6%	-19,8%
EMILIA ROMAGNA	140.481	137.145	118.385	-2,4%	-15,7%	-13,7%
TOSCANA	102.488	98.787	83.889	-3,6%	-18,1%	-15,1%
UMBRIA	26.315	25.381	21.397	-3,5%	-18,7%	-15,7%
MARCHE	46.070	44.158	38.123	-4,2%	-17,2%	-13,7%
LAZIO	113.160	110.095	93.725	-2,7%	-17,2%	-14,9%
ABRUZZO	33.937	32.835	28.515	-3,2%	-16,0%	-13,2%
MOLISE	9.274	9.080	7.818	-2,1%	-15,7%	-13,9%
CAMPANIA	71.774	69.615	58.168	-3,0%	-19,0%	-16,4%
PUGLIA	98.934	97.142	85.118	-1,8%	-14,0%	-12,4%
BASILICATA	14.385	14.008	11.943	-2,6%	-17,0%	-14,7%
CALABRIA	40.592	40.046	36.061	-1,3%	-11,2%	-10,0%
SICILIA	93.180	90.231	53.383	-3,2%	-42,7%	-40,8%
SARDEGNA	56.184	53.391	45.897	-5,0%	-18,3%	-14,0%
ITALIA	1.476.706	1.431.719	1.200.894	-3,0%	-18,7%	-16,1%

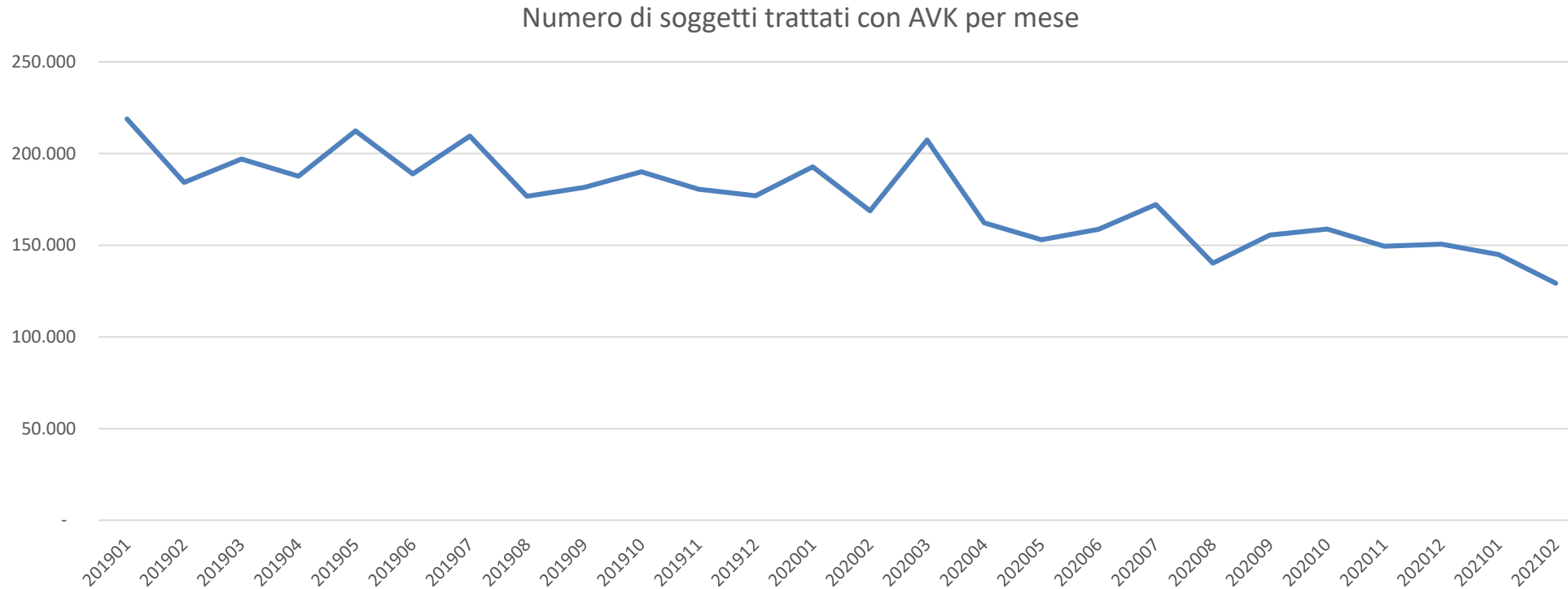
Lo stesso soggetto viene conteggiato più volte, nel caso di prescrizioni ripetute nel tempo

I consumatori dei AVK: analisi sulle teste

REGIONE	TRATTATI 8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	TRATTATI 8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta %
PIEMONTE	46.884	39.170	-16,5%
VALLE D'AOSTA	1.196	985	-17,6%
LOMBARDIA	95.773	81.670	-14,7%
PA BOLZANO	8.082	7.163	-11,4%
PA TRENTO	8.048	6.984	-13,2%
VENETO	62.389	51.520	-17,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	18.733	16.066	-14,2%
LIGURIA	12.437	10.137	-18,5%
EMILIA ROMAGNA	53.758	47.644	-11,4%
TOSCANA	36.347	31.123	-14,4%
UMBRIA	7.250	6.018	-17,0%
MARCHE	15.336	13.312	-13,2%
LAZIO	39.098	33.453	-14,4%
ABRUZZO	11.208	9.764	-12,9%
MOLISE	3.211	2.828	-11,9%
CAMPANIA	24.939	20.945	-16,0%
PUGLIA	34.969	31.931	-8,7%
BASILICATA	4.278	3.727	-12,9%
CALABRIA	13.477	12.203	-9,5%
SICILIA	29.562	20.666	-30,1%
SARDEGNA	15.938	13.780	-13,5%
ITALIA	542.913	461.089	-15,1%

Lo stesso soggetto viene conteggiato una sola volta nel periodo considerato

I consumatori di AVK: trend storico



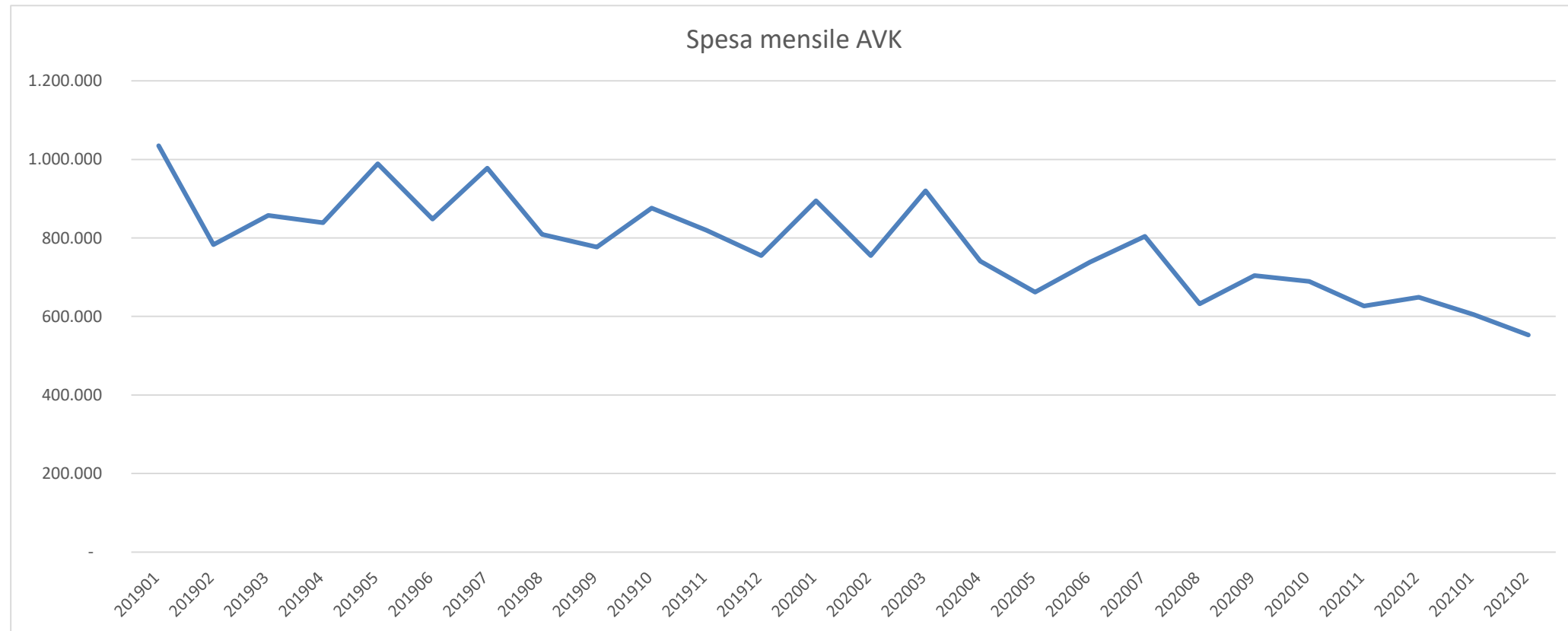
CAGR: -2,01%

AVK: analisi a valori

REGIONE	8 mesi ANNO PRECEDENTE (luglio 19 - febbraio 20)	8 MESI ANTE (ottobre 19 - maggio 20)	8 MESI POST (luglio 20 - febbraio 21)	delta % 8m ANNO PREC vs 8 MESI ANTE	delta % 8m POST vs 8 mesi anno prima	delta % 8m POST vs 8 mesi ante
PIEMONTE	542.138	527.200	430.379	-2,8%	-20,6%	-18,4%
VALLE D'AOSTA	8.194	6.709	7.299	-18,1%	-10,9%	8,8%
LOMBARDIA	1.341.077	1.299.765	1.008.650	-3,1%	-24,8%	-22,4%
PA BOLZANO	77.087	101.996	67.852	32,3%	-12,0%	-33,5%
PA TRENTO	105.604	101.450	88.261	-3,9%	-16,4%	-13,0%
VENETO	776.261	748.895	591.624	-3,5%	-23,8%	-21,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	166.323	123.419	193.599	-25,8%	16,4%	56,9%
LIGURIA	138.554	133.995	104.351	-3,3%	-24,7%	-22,1%
EMILIA ROMAGNA	689.590	668.831	544.294	-3,0%	-21,1%	-18,6%
TOSCANA	531.668	521.246	371.658	-2,0%	-30,1%	-28,7%
UMBRIA	82.241	80.381	68.437	-2,3%	-16,8%	-14,9%
MARCHE	173.551	166.346	144.524	-4,2%	-16,7%	-13,1%
LAZIO	446.862	450.726	398.703	0,9%	-10,8%	-11,5%
ABRUZZO	128.554	123.660	109.455	-3,8%	-14,9%	-11,5%
MOLISE	16.555	16.682	18.262	0,8%	10,3%	9,5%
CAMPANIA	230.428	225.936	201.521	-1,9%	-12,5%	-10,8%
PUGLIA	465.914	439.914	361.880	-5,6%	-22,3%	-17,7%
BASILICATA	38.966	28.450	38.037	-27,0%	-2,4%	33,7%
CALABRIA	138.040	135.130	128.557	-2,1%	-6,9%	-4,9%
SICILIA	321.677	304.631	190.363	-5,3%	-40,8%	-37,5%
SARDEGNA	245.005	218.270	198.424	-10,9%	-19,0%	-9,1%
ITALIA	6.664.289	6.423.633	5.263.128	-3,6%	-21,0%	-18,1%
<i>riportato ai 12 mesi</i>	<i>9.996.433</i>	<i>9.635.449</i>	<i>7.894.692</i>			

NB: per riportato all'anno si intende semplicemente la riproporzione ai 12 mesi

AVK: analisi a valori – trend storico



CAGR: -2,38%

NAO: dato osservato 11 mesi 2020

regione	codreg	Valori Traccia 11 mesi	Valori Osmed 11 mesi	Totale 11 mesi	Traccia riproporzionato a 12 mesi
PIEMONTE	010	40.413.745	85.165	40.498.910	44.087.722
VALLE D'AOSTA	020	1.144.201	9.348	1.153.549	1.248.220
LOMBARDIA	030	60.197.357	39.228.600	99.425.957	65.669.844
PA BOLZANO	041	2.925.983	57.738	2.983.720	3.191.981
PA TRENTO	042	5.405.098	2.255	5.407.352	5.896.470
VENETO	050	30.475.013	240.544	30.715.556	33.245.468
FRIULI VENEZIA GIULIA	060	13.337.560	20.451	13.358.010	14.550.065
LIGURIA	070	18.556.042	88.624	18.644.667	20.242.955
EMILIA ROMAGNA	080	40.328.649	154.421	40.483.070	43.994.890
TOSCANA	090	34.080.548	54.866	34.135.414	37.178.779
UMBRIA	100	10.344.985	61.344	10.406.329	11.285.438
MARCHE	110	14.443.900	810	14.444.710	15.756.982
LAZIO	120	47.820.822	6.922	47.827.743	52.168.169
ABRUZZO	130	11.356.526	88.590	11.445.116	12.388.937
MOLISE	140	2.426.946	121.394	2.548.341	2.647.578
CAMPANIA	150	40.194.141	290.674	40.484.815	43.848.154
PUGLIA	160	35.525.908	121.199	35.647.107	38.755.536
BASILICATA	170	4.231.758	200.582	4.432.341	4.616.464
CALABRIA	180	13.504.354	197.552	13.701.907	14.732.023
SICILIA	190	32.287.070	2.052.196	34.339.266	35.222.259
SARDEGNA	200	16.854.510	283.617	17.138.127	18.386.738
ITALIA	300	475.855.117	43.366.891	519.222.008	519.114.673

In tabella sono riportati i valori Traccia e Osmed osservati nei primi 11 mesi del 2020

Solo la Lombardia ha un dato rilevante nel canale territoriale.

L'ultima colonna riporta il dato di Traccia, riproporzionato sull'intero anno 2020

Conclusioni

- Nei primi 8 mesi osservati dopo giugno 2020 non si osservano importanti incrementi nel numero delle prescrizioni fatte ai soggetti che beneficiano dei NAO (+6,1% nel confronto tra il periodo Ante *versus* Post applicazione Nota; CAGR +0,65%) pertanto possiamo ritenere sostenibile (anche in termini economici) l'impatto della Nota 97;
- Non si evincono problemi di accessibilità al servizio;
- Permane nei dati una eterogeneità regionale;
- Dall'analisi della serie storica degli AVK (sia sui soggetti fruitori sia a valori) si evince una progressiva diminuzione nei consumi;
- Dai dati di Traccia (fino a novembre 2020), il dato dei NAO riportato sull'intero anno dovrebbe essere di poco inferiore ai 520 milioni.