



Osservazioni e spunti sulla farmacoeconomia italiana

Francesco D. d'Ovidio*, Domenico Viola

Università degli studi di Bari Aldo Moro (Italy)

Riassunto: Il presente lavoro trae spunto dai dati recentemente pubblicati dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (Agenzia Italiana del Farmaco), per porre in evidenza alcuni aspetti differenziali della spesa farmaceutica territoriale, in particolar modo (ma non solo) negli istituti di ricovero e cura o comunque a gestione di enti pubblici, ossia ASL, A.O., R.I.A., penitenziari. Sono presenti anche spunti di analisi legati alle scelte dei privati cittadini, in questi tempi di bilanci familiari ristretti, verso i cosiddetti "farmaci equivalenti".

Keywords: Spesa farmaceutica, differenze regionali, Farmaci equivalenti.

1. Introduzione

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) da alcuni anni ha intrapreso una fondamentale azione di raccolta ed elaborazione di dati, finalizzata alla loro diffusione e pubblicazione, per condividere anche le scelte necessarie affinché l'uso dei farmaci sia sempre più una cura efficace per la salute dei cittadini italiani.

Non è superfluo ricordare che una corretta pianificazione e programmazione degli interventi in ambito farmaceutico parte dai dati effettivi, rilevati con cura e precisione. Il Rapporto Nazionale 2016 sull'uso dei farmaci in Italia, recentemente edito a cura dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (Agenzia Italiana del Farmaco), ha appunto il merito di fornire questi dati e informazioni.

* Autore corrispondente: francescodomenico.dovidio@uniba.it

Il lavoro qui presentato è frutto di un progetto comune, ma D. Viola ha curato la redazione dei paragrafi 1-3, mentre F. D. d'Ovidio ha redatto i paragrafi 4-6.

Obiettivo del Rapporto è una dettagliata descrizione dell'utilizzazione dei medicinali a livello nazionale e regionale, nel corso del 2016. Lo scenario offerto deriva dalla lettura delle informazioni raccolte attraverso i diversi flussi informativi, consentendo la ricomposizione dei consumi e dell'assistenza farmaceutica in Italia. In particolare, il Rapporto analizza i dati relativi ai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, presenta i dati relativi ai medicinali utilizzati dai pazienti a fronte della loro dispensazione in distribuzione diretta e per conto, o nel contesto specifico dell'assistenza ospedaliera.

Le analisi contenute nel Rapporto e approfondite in questo intervento sono da considerarsi in fase evolutiva e non ancora definitiva perché i dati sono "fermi" al 19 maggio 2017 (non tengono conto di tutte le revisioni che le ditte e le Regioni hanno chiesto di inviare al sistema NSIS per l'anno 2016).

Un approfondimento specifico è dedicato all'analisi dell'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Ospedali, Penitenziari, ecc.).

2. Quadro attuale e innovazioni

Sempre maggiore è il valore dei registri di monitoraggio AIFA, uno strumento riconosciuto e apprezzato a livello internazionale in quanto efficace nella generazione di evidenze nella fase post-marketing e di promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

I registri e i piani terapeutici web-based hanno consentito di raccogliere i dati relativi a 1,2 milioni di trattamenti e a circa 1 milione di pazienti. Gli interventi riguardano maggiormente la popolazione anziana, generalmente meno rappresentata negli studi clinici..

Proviamo a capire meglio il quadro attuale dell'economia farmaceutica in Italia e le novità introdotte nel 2016.

- Nel 2016 la spesa farmaceutica ha fatto registrare un incremento per l'utilizzo dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAA) per la cura dell'epatite C cronica e dei farmaci oncologici. Gli antineoplastici e gli antimicrobici si confermano infatti le prime due categorie in termini di spesa pubblica, (circa il 40% della spesa totale Servizio Sanitario Nazionale-SSN).
- Il 2016 è stato anche l'anno di grandi sforzi messi in atto per garantire l'accesso ai farmaci innovativi, per i quali in seguito (2017) sono stati istituiti due fondi, uno per i farmaci innovativi oncologici e l'altro per i farmaci inno-

vativi non oncologici, con uno stanziamento economico, ciascuno, di 500 milioni di euro. La Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA ha attribuito il carattere dell'innovatività a quattro farmaci, tre dei quali oncologici.

- Nel 2016 vi sono state numerose autorizzazioni di farmaci orfani (medicinali potenzialmente utili per trattare malattie rare con bassa frequenza nella popolazione meno di 1 abitante su 2000 casi): l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha autorizzato ben 14 molecole con la qualifica di farmaco orfano; in Italia la spesa per i farmaci orfani, in crescita, rappresenta oltre il 6% della spesa SSN, e tra questi sono i farmaci antineoplastici quelli a maggior impatto.

3. La spesa farmaceutica in Italia

Nel 2016 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) in Italia ha quasi raggiunto i 29,400 miliardi di euro, con un incremento di 1,6% rispetto all'anno precedente. Il 77,4% di questa somma è stata a carico del SSN.

Tabella 1. *Composizione della spesa farmaceutica nel 2016.*

	Spesa (milioni di €)	%	Δ% 16/15
Spesa convenzionata lorda (fascia A/SSN)	10.652,0	36,24	-1,9%
Distribuzione Diretta e per conto di fascia A/SSN	5.605,5	19,07	13,9%
Acquisto privato di fascia A/SSN	1.309,0	4,45	-11,9%
Classe C/SSN con ricetta	3.014,0	10,26	0,6%
Automedicazione (SOP e OTC)	2.322,0	7,90	-2,3%
ASL, A.O., RIA, penitenziari*	6.487,5	22,07	3,3%
Totale spesa farmaceutica	29.390,0	100,00	1,6%

* al netto della spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto di fascia A

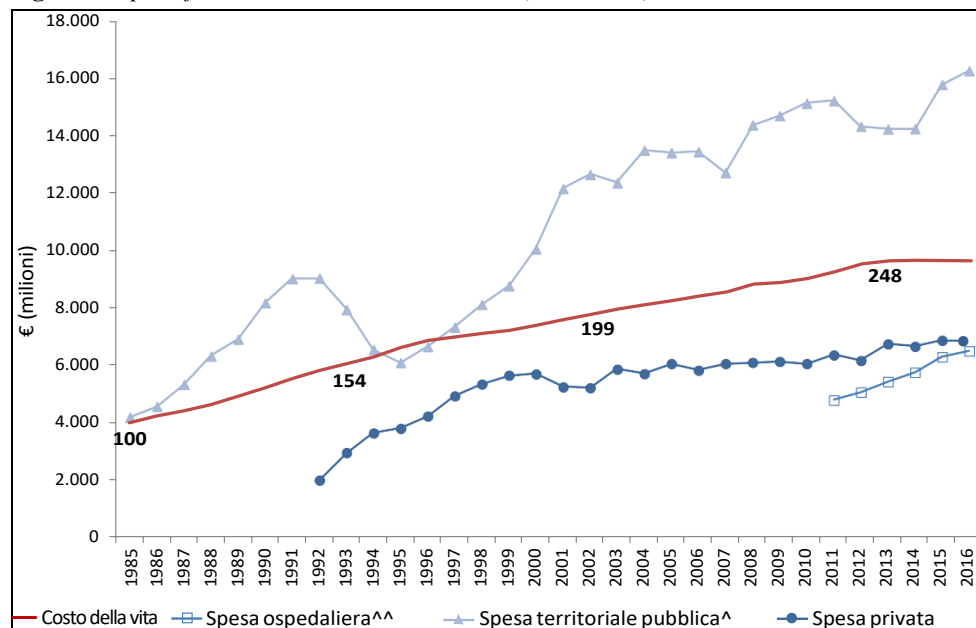
Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

La spesa complessiva, come dettagliato nella Tab. 1, è così distribuita:

- la voce più rappresentativa (36% del totale) è quella riguardante la spesa convenzionata lorda di fascia A/SSN, che ammonta a 10.652 milioni di euro e, rispetto all'anno precedente, ha subito una lieve riduzione, pari all'1,9%;
- la voce relativa alla distribuzione diretta e per conto di Fascia A/SSN è pari a 5.605 milioni di euro (19% del totale), con un consistente incremento rispetto all'anno precedente, pari al 13,9%;

- la voce Classe A/SSN privato, con 1.309 milioni di euro di spesa, pari al 4,5% della spesa complessiva, ha subito una riduzione di 11,9% rispetto all'anno precedente;
- passando ad esaminare la Classe C/SSN con ricetta, la spesa è di 3.014 milioni di euro (10,3% dell'intera spesa generata nel 2016), e appare quasi stabile nel confronto con il 2015 (appena 0,6% di incremento);
- La spesa per automedicazione (SOP, OTC presso Farmacie pubbliche e private) ammonta a 2.322 milioni di euro, quasi 8% della spesa totale, con una piccola riduzione (2,3%) rispetto al 2015;
- nelle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, Penitenziari ecc.) si spendono in farmaci quasi 6.500 milioni di euro (22% del totale), con un lieve incremento del 3,3% rispetto al 2015.

Figura 1. Spesa farmaceutica e costo della vita (1985=100) in Italia, 1985–2016.



Fonti: <http://www.istat.it/it/archivio/30440>; Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Come si osserva in Fig. 1, la spesa farmaceutica nazionale nel trentennio passato è andata ciclicamente crescendo ben oltre il livello di crescita del costo della vita al lordo dell'inflazione, seguendo dunque l'andamento demografico (poiché l'Italia sta invecchiando, e gli anziani sono quasi sempre a rischio malattia e quindi più frequentemente dei giovani sotto terapia farmacologica). Fa parzialmente eccezione la spesa privata, che dal 1998 cresce con ritmo molto meno sostenuto.

Della spesa ospedaliera, nel breve periodo osservato (gli ultimi 6 anni), si nota la tendenza lineare nettamente crescente. Se tale spesa non fosse scorporata dalla spesa convenzionata, la crescita di questa sarebbe ancora maggiore di quella registrata, superando già nel 2012 il tetto dei 20 miliardi di euro.

Si può dunque arguire che, mentre negli anni 2000 la spesa farmaceutica a carico dei privati cittadini sia rimasta quasi stabile (a dispetto del sempre maggiore invecchiamento della popolazione e della migrazione di un consistente numero di farmaci dalla fascia A/SSN, convenzionata o gratuita, alla fascia C/SSN, del tutto a carico privato), la spesa farmaceutica a carico della sanità pubblica sia andata crescendo in misura insostenibile per il bilancio nazionale e regionale, a cui compete, come è noto, la maggior parte di tale spesa.

Sulle motivazioni di tale dinamica non è dato di sapere granché, pur se dalla politica vengono fornite molte e varie interpretazioni (non sempre rispondenti alla realtà dei fatti), a seconda se si tratti di partiti responsabili dell'amministrazione oppure partiti di opposizione. In questo studio, ancora sulla base dei dati raccolti e pubblicati dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, si cercherà di definire meglio il problema.

Poiché la maggior parte della spesa farmaceutica pubblica attiene ai bilanci regionali, è sulle regioni che occorre focalizzare l'attenzione. Un dato fondamentale da conoscere è dunque quello relativo alla tendenza al consumo dei farmaci da parte dei residenti delle regioni italiane, ma per evitare l'effetto della dimensione demografica è opportuno analizzare non la spesa e il consumo grezzo, ma la spesa e il consumo pro-capite.

A tale scopo, però, è necessario tener conto della differente composizione per classe di età delle diverse regioni, e del differente peso di tali classi di età in termini di ricorso ai farmaci, e dunque standardizzare le popolazioni regionali in base a tali caratteristiche, in modo che una Regione con una popolazione più anziana della media nazionale (e dunque maggiormente consumatrice di farmaci) avrà una popolazione pesata maggiore di quella residente, e viceversa.

Il procedimento seguito per la standardizzazione delle popolazioni regionali, così come descritto in Appendice del rapporto dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, ha seguito tre passi successivi:

- a) innanzitutto, sulla base della distribuzione per età e sesso della spesa farmaceutica convenzionata, è stato calcolato un sistema di pesi differenziati appunto per fasce di età e per sesso (Tab. 2);
- b) dal database <http://demo.istat.it/> è stata determinata la numerosità della popolazione delle medesime fasce di età in ciascuna regione, distintamente per

maschi e femmine, che è stata poi moltiplicata per il corrispondente peso di “spesa farmaceutica”;

- c) la sommatoria dei valori così ottenuti a livello regionale, infine, è stata ri-proporzionata rispetto alla popolazione nazionale effettivamente rilevata (Tab. 3).

Tabella 2. *Pesi per fascia d'età e sesso in base alla spesa farmaceutica nel 2016.*

Fascia d'età	Pesi		
	M	F	MF
0	0,133	0,099	0,116
1 – 4	0,210	0,166	0,188
5 – 14	0,163	0,121	0,142
15 – 44	0,266	0,291	0,279
45 – 64	1,094	0,991	1,039
65 – 74	2,720	2,318	2,501
> 75	3,578	2,862	3,146

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Tabella 3. *Popolazione residente ISTAT e popolazione standardizzata e pesata, 2016.*

Regione	Popolazione residente 01/01/2016	Popolazione pesata 2016
Piemonte	4.404.246	4.733.549
Valle d'Aosta	127.329	130.958
Lombardia	10.008.349	9.971.836
Prov. Auton. Bolzano	520.891	478.770
Prov. Auton. Trento	538.223	524.683
Veneto	4.915.123	4.934.340
Friuli Venezia Giulia	1.221.218	1.331.907
Liguria	1.571.053	1.833.141
Emilia Romagna	4.448.146	4.640.456
Toscana	3.744.398	4.029.041
Umbria	891.181	953.924
Marche	1.543.752	1.627.837
Lazio	5.888.472	5.746.528
Abruzzo	1.326.513	1.363.694
Molise	312.027	327.245
Campania	5.850.850	5.166.599
Puglia	4.077.166	3.930.846
Basilicata	573.694	577.298
Calabria	1.970.521	1.890.264
Sicilia	5.074.261	4.790.702
Sardegna	1.658.138	1.681.930
Italia	60.665.551	60.665.551

Fonti: <http://demo.istat.it>; elaborazioni Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

4. Distribuzione territoriale della spesa farmaceutica pro-capite

Le tabelle successive (strutturalmente abbastanza complesse) riportano per ogni regione o provincia autonoma alcuni fondamentali indicatori:

- la spesa farmaceutica annua pro-capite, calcolata sulla popolazione standardizzata per classe di età ed espressa in euro;
- il numero medio di dosi di farmaco (Defined Daily Dose¹) consumate annualmente, in media giornaliera, da 1000 abitanti (anche questo calcolato su popolazione standardizzata), indicato come «DDD/*ab.die* × 1000».

I calcoli, rivenienti dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017), sono basati anche sui dati NSIS per la Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004) per quanto riguarda le strutture sanitarie pubbliche, e sulle liste di trasparenza mensili dell'AIFA per quanto riguarda i farmaci a brevetto scaduto.

Come si osserva in Tab. 4, nel 2016 le regioni con maggiore spesa farmaceutica pro-capite di classe A/SSN erogata in regime di assistenza convenzionale (escludendo ossigeno e altri presidi non farmaceutici) sono risultate la Campania, con poco più di 219 euro e la Puglia con circa 214. Mostrano invece una spesa pro-capite ben più ridotta della media nazionale (175,3 euro pro-capite) la provincia autonoma di Bolzano, con 128,7 euro, e l'Emilia Romagna (132,2 euro).

Appare evidente, tra l'altro, che quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise, presentano una spesa farmaceutica convenzionata pro-capite superiore alla media italiana, mentre quasi tutte le regioni poste fuori da tale area (fuorché Marche e Lazio) abbiano una spesa inferiore alla soglia.

Una divisione Nord-Sud altrettanto netta non si pone, invece, per la spesa farmaceutica di classe A/SSN delle strutture sanitarie, sempre pro-capite: qui, infatti, la Sicilia risulta avere una spesa inferiore alla media nazionale (che è poco sotto i 196 €), e ancora minori sono gli importi relativi ad Abruzzo e Molise, mentre sono maggiori della soglia le spese farmaceutiche pro-capite di Marche, Umbria, Emilia-Romagna e Toscana; quest'ultima regione, anzi, si trova al terzo posto in graduatoria con i suoi 231 euro pro-capite, subito dopo la Sardegna (233,2 €) e la capolista Campania (240,6 €). I territori ove la spesa farmaceutica annuale pro-capite nelle strutture sanitarie è minima sono la Valle d'Aosta (145,3 €) e la Provincia Autonoma di Trento (151,2 €).

¹ La *dose definita giornaliera* (DDD) esprime la dose media di mantenimento giornaliera di ciascun farmaco, tenendo conto della sua indicazione terapeutica principale nell'adulto. La DDD è generalmente assegnata ad un principio attivo già classificato dalla World Health Organization con uno specifico codice ATC, e rappresenta un'utile unità di misura nella parametrizzazione dei consumi in funzione delle diverse esigenze di monitoraggio (va sottolineato, comunque, che essa non riflette la dose media giornaliera prescritta).

Tabella 4. *Confronto regionale della spesa farmaceutica di classe A/SSN e privata (fascia C e automedicazione), in € pro-capite.*

Regioni / Prov. autonome	Spesa clas- se A/SSN	Spesa A/SSN strutture	Spesa classe C con ricetta	Spesa Automedica- zione (SOP, OTC)	Spesa totale
Piemonte	151,71	172,2	49,1	37,8	410,8
Valle d'Aosta	142,02	145,3	51,4	45,7	384,5
Lombardia	173,33	173,5	51,0	42,2	440,0
P.A. Bolzano	128,77	177,1	38,2	47,7	391,7
P.A. Trento	145,88	151,2	42,9	44,2	384,1
Veneto	147,88	172,8	46,8	40,6	408,1
Friuli Ven. G.*	157,89	164,5	40,9	33,5	396,8
Liguria	148,89	183,5	58,6	44,5	435,5
Emilia Romagna	132,40	201,6	51,7	39,8	425,5
Toscana	142,69	231,0	53,7	42,8	470,2
Umbria	165,72	199,0	49,4	35,0	449,0
Marche*	177,39	196,4	51,3	35,8	460,9
Lazio	198,70	189,9	53,2	42,2	483,9
Abruzzo	204,46	181,3	43,6	31,9	461,2
Molise	167,02	175,2	35,1	26,4	403,7
Campania	219,18	240,6	52,4	37,4	549,6
Puglia	214,10	230,0	43,6	31,4	519,1
Basilicata	179,19	213,1	37,9	26,0	456,1
Calabria	205,24	210,4	47,8	31,8	495,2
Sicilia	192,18	190,4	49,4	32,5	464,5
Sardegna*	188,87	233,2	47,4	31,3	500,8
Italia	175,25	195,8	49,7	38,3	459,1

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Ben differente (e molto più contenuta rispetto alla classe A/SSN) è la distribuzione regionale della spesa farmaceutica annua pro-capite a diretto carico dei cittadini, sia per i farmaci di classe C, con ricetta, e sia, ancor di più, per i farmaci di “automedicazione” senza ricetta. Per i primi, gli importi maggiori competono all’anziana Liguria (58,6 €), seguita a distanza da Toscana e Lazio (con 53,7 e 53,2 euro pro-capite rispettivamente) e quelli minori a Molise (circa 35 €), Basilicata e Provincia di Bolzano (entrambi con più o meno 38 €); la Campania è l’unica regione meridionale i cui abitanti spendano in media pro-capite più della media nazionale (pari a 49,7 €). Per l’automedicazione, invece, si nota una chiara inversione territoriale rispetto alla farmaceutica convenzionata classe A/SSN: addirittura, nessuna delle regioni del Mezzogiorno presenta una spesa pro-capite superiore alla media nazionale di 38,3 €, con i record negativi ancora di Basilicata (26 €) e Molise (26,4 €); il massimo livello di spesa pro-capite per auto-medicazione si nota, invece, nella Provincia Autonoma di Bolzano (47,7 €) e in Valle d’Aosta (45,7 €).

Nel complesso, la maggior spesa farmaceutica pro-capite annuale si registra in Campania (548 €), Puglia (518 €) e Sardegna (500,6 €), mentre quella minore (circa 384 € annui) compete alla Provincia Autonoma di Trento e alla Valle d'Aosta.

In base all'analisi descrittiva fin qui dettagliata, può facilmente ipotizzarsi una serie di relazioni tra le distribuzioni regionali delle diverse spese farmaceutiche, ma, non avendo motivo di ritenere che tali relazioni siano lineari, esse non saranno misurate con il noto coefficiente di correlazione lineare di Pearson, bensì col meno noto (ma più robusto) coefficiente di cograduazione ρ di Spearman, che può essere raffigurato come un indice di correlazione tra *ranghi*, ossia tra i posti che le varie regioni assumono nelle graduatorie relative alle varie fonti di spesa farmaceutica², e come il primo varia tra -1 (massima correlazione inversa dei dati) e 1 (massima correlazione diretta).

Le relazioni di rango maggiormente rilevanti sono quelle tra spesa convenzionata e spesa nelle strutture ($\rho = 0,48$) e tra spesa convenzionata e spesa per automedicazione ($\rho = -0,67$, dunque una forte correlazione inversa), mentre la spesa per farmaci di classe C risulta incorrelata con quella convenzionata ($\rho = -0,04$) ma direttamente connessa con la spesa per automedicazione ($\rho = 0,48$).

Ma la spesa farmaceutica pro-capite è solo *uno* degli aspetti che risultano molto differenziati a livello interregionale; in realtà, essa scaturisce (o dovrebbe scaturire) dal consumo di farmaci da parte delle diverse popolazioni, espresso nella Tab. 5 in termini di $DDD/ab.die \times 1000$. In detta tabella mancano, non essendo purtroppo ancora disponibili, i dati regionali relativi a farmaci non classificati in fascia A; di tali categorie si riporta solo, per comparazione di massima, la stima su base nazionale.

Per quanto riguarda i dati regionali sul consumo di farmaci di classe A/SSN, espresso in $DDD/ab.die \times 1000$, appare evidente in tabella che i dati relativi alle strutture sanitarie (fisiologicamente molto minori di quelli in convenzione, dato che il denominatore dell'indice è relativo all'intera popolazione e non a quella frazione di essa che è stata ospitata in strutture sanitarie nel 2016) risultano mediamente maggiori al Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno³, evidenziando in ciò un comportamento praticamente opposto a quello del consumo di farmaci in regime convenzionato ($\rho = -0,38$), ma anche una totale incorrelazione di rango con la spesa pro-capite nelle strutture medesime ($\rho = -0,09$). Il consumo regionale pro-dose annuale di farmaci convenzionati è invece coerente con la spesa pro-capite ($\rho = 0,78$), con valori massi-

² Cfr., ad es., Delvecchio 2015

³ I consumi massimi si rilevano infatti in Emilia Romagna, con oltre 329 $DDD/ab.die \times 1000$, ma anche i valori di Veneto e Toscana sono molto più alti della media nazionale (166,2 $DDD/ab.die \times 1000$); d'altro canto, i consumi più ridotti si rilevano in Molise, Lombardia ed Abruzzo (102,4, 105,6 e 109,7 $DDD/ab.die \times 1000$).

mi in Puglia e Lazio (ambidue oltre 1263 DDD/*ab.die*×1000) e valori minimi nella provincia autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (936 e 939 DDD/*ab.die*×1000), ben inferiori a quelli medi nazionali (1134,2 DDD/*ab.die*×1000).

Tabella 5. *Confronto regionale del consumo pro-capite di farmaci di classe A/SSN, in DDD/*ab.die*×1000. Stime differenziali di consumo privato (DDD/*ab.die*×1000) di farmaci di classe C e di automedicazione in Italia.*

Regioni / Prov. autonome	Farmaci A/SSN in convenzione	Farmaci A/SSN strutture	Totale farmaci erogati in classe A/SSN
Piemonte	1.042,2	171,3	1.213,4
Valle d'Aosta	939,1	173,0	1.112,0
Lombardia	1.072,3	105,6	1.177,8
Prov.Auton. Bolzano	935,8	239,8	1.175,6
Prov.Auton. Trento	1.102,0	161,7	1.263,6
Veneto	1.101,7	263,9	1.365,6
Friuli Venezia Giulia*	1.087,0	178,8	1.265,8
Liguria	950,6	185,1	1.135,7
Emilia Romagna	1.065,1	329,3	1.394,4
Toscana	1.086,2	260,1	1.346,4
Umbria	1.191,2	187,6	1.378,8
Marche*	1.131,3	158,6	1.289,8
Lazio	1.263,1	113,8	1.376,8
Abruzzo	1.182,5	109,7	1.292,1
Molise	1.061,2	102,4	1.163,5
Campania	1.239,2	115,9	1.355,1
Puglia	1.263,5	134,6	1.398,1
Basilicata	1.077,8	127,7	1.205,6
Calabria	1.216,9	121,3	1.338,2
Sicilia	1.157,4	119,1	1.276,5
Sardegna*	1.219,6	157,3	1.376,8
Italia	1.134,2	166,2	1.300,3
	<i>Farmaci classe C con ricetta</i>	<i>Farmaci per Automedicazione</i>	<i>Totale farmaci classe C e automedicazione</i>
<i>Italia (stime)</i>	<i>154,3</i>	<i>164,1</i>	<i>318,4</i>

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Dalle osservazioni precedenti, si deduce facilmente che vi è un serio problema di standardizzazione della spesa farmaceutica di Classe A/SSN, ma non solo. Infatti, risulta obiettivamente preoccupante il fatto che le regioni ove, in termini pro-capite, si spende maggiormente in farmaci nelle strutture sanitarie siano quasi le medesime in cui si registra il minor consumo.

Tabella 6. Confronto regionale del costo pro-DDD/ab.die dei farmaci di classe A/SSN e stime di costo pro-DDD/ab.die dei farmaci di classe C e di automedicazione in Italia.

Regioni / Prov. autonome	Farmaci A/SSN in convenzione	Farmaci A/SSN strutture	Farmaci erogati in classe A/SSN
Piemonte	145,6	1.005,5	267,0
Valle d'Aosta	151,2	840,2	258,4
Lombardia	161,6	1.643,9	294,5
Prov.Auton. Bolzano	137,6	738,3	260,1
Prov.Auton. Trento	132,4	935,3	235,1
Veneto	134,2	655,0	234,8
Friuli Venezia Giulia*	145,3	919,9	254,7
Liguria	156,6	991,2	292,7
Emilia Romagna	124,3	612,1	239,5
Toscana	131,4	888,1	277,6
Umbria	139,1	1.060,7	264,5
Marche*	156,8	1.238,8	289,8
Lazio	157,3	1.669,4	282,2
Abruzzo	172,9	1.652,8	298,5
Molise	157,4	1.711,4	294,1
Campania	176,9	2.076,1	339,3
Puglia	169,4	1.709,5	317,7
Basilicata	166,2	1.668,2	325,4
Calabria	168,7	1.734,4	310,6
Sicilia	166,1	1.598,7	299,7
Sardegna*	154,9	1.483,0	306,6
Italia	154,5	1.178,6	285,4
	<i>Farmaci classe C con ricetta</i>	<i>Farmaci per Automedicazione</i>	<i>Farmaci classe C e automedicazione</i>
<i>Italia (stime)</i>	322,0	233,2	276,2

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Elaborazioni proprie su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

La Tab. 6 rende esplicita l'incongruenza sopra sottolineata, dettagliando il costo annuale pro dose media a persona, calcolato come rapporto (opportunitamente diviso per mille) tra i due indicatori *Spesa farmaceutica pro-capite* e *Consumo di farmaci in DDD/ab.die* × 1000. La tabella riporta per confronto anche il costo medio nazionale pro-dose di farmaci in classe C/SSN e di automedicazione.

Detto che la spesa nazionale media si aggira intorno ai 280 € per DDD/ab.die (con poca differenza tra i farmaci di classe A/SSN e gli altri, ma con un divario ben più sostanzioso tra i farmaci di classe C con ricetta medica e i farmaci per autome-

dicazione), si osservi nel sottoinsieme dei primi l'enorme scompenso a livello nazionale: a fronte di appena 153,8€ pro-DDD/*ab.die* nel caso dei farmaci di classe A/SSN in convenzione (peraltro con una variabilità molto bassa, rilevandosi un $C.V. = 100 \cdot \hat{\sigma}/\mu = 9,5\%$), la media nazionale dei farmaci A/SSN erogati nelle strutture sanitarie balza a 1178,6 € pro-dose annuale, con $C.V. = 33,6\%$.

Nel primo caso, risulta dunque poco rilevante la differenza tra le regioni con maggiore spesa pro-dose annuale (Campania ed Abruzzo, rispettivamente 175,6 € e 170,2 €) e quelle che spendono meno (Emilia Romagna e Toscana, con 124,1 € e 130,4 €); nel secondo, invece, il divario appare pressoché incolmabile: a fronte di un costo medio nazionale di 1.178,6 € pro-DDD, le strutture sanitarie in Campania fanno registrare 2.076 euro di costo per dose farmaceutica annuale (seguite a molta distanza da quelle calabresi, con 1.734 euro), e in tutto in Mezzogiorno, ma anche in Lazio e nelle Marche, i costi risultano sensibilmente maggiori della media; invece, nelle regioni centro-settentrionali (con l'eccezione della spendacciona Lombardia) la maggioranza dei costi pro-DDD è inferiore ai 1.000 € annuali, con il minimo assoluto in Emilia Romagna (612 euro) e in Veneto (655 euro).

Circa i motivi di questi divari, nulla trapela dai dati fin qui descritti, per cui possono essere avanzate ipotesi di qualsiasi tipo: dalla mancanza di un sistema di "costi standard ospedalieri", che potrebbe ricadere sui prezzi pagati dalle differenti ASL per i medesimi farmaci, a una improbabile (ma possibile) concentrazione nel Mezzogiorno di patologie richiedenti costosi farmaci di ultima generazione; oppure carenze organizzative o logistiche che possono indurre le farmacie interne delle strutture sanitarie ad effettuare approvvigionamenti enormemente sovradimensionati (e conseguentemente a doversi disfare, in seguito, di grandi quantità di farmaci inutilizzati a scadenza, facendo quindi registrare grandi spese e ridotti utilizzi); oppure, la carenza di registri di carico e scarico per il controllo accurato dei flussi farmaceutici nelle strutture sanitarie, con conseguente dispersione interna e forse (ipotesi che a volte trova qualche corrispondenza nella cronaca nera) distrazione di farmaci da parte di personale infedele o addirittura di persone "di passaggio" che possono approfittare di una sorveglianza insufficiente (e talora del tutto nulla) nei reparti sanitari e nelle medicherie.

Sull'ultima possibile fonte di costi inutili, purtroppo, può essere fatto poco, stante la tendenza al risparmio sulle "spese superflue" che le Pubbliche Amministrazioni tendono a interpretare riducendo i servizi di sorveglianza (come testimoniano molti casi di violenza, anche letale, a carico di personale medico in alcuni contesti sociali), mentre sulle altre sarebbe senz'altro utile una riorganizzazione dei processi, possibilmente più reale e meno burocratica di altre già effettuate.

5. I farmaci a brevetto scaduto e i loro “equivalenti generici”

Un altro aspetto che viene affrontato nel Rapporto Nazionale sull'uso dei farmaci in Italia è la diffusione dei farmaci non protetti da brevetto (o meglio, a brevetto scaduto), sia prodotti ancora dalle aziende che erano state titolari del relativo brevetto, sia prodotti da altre aziende con diverso nome commerciale ma identica funzione terapeutica, e in genere la medesima composizione chimica: i cosiddetti farmaci equivalenti (inizialmente detti “generici”, termine che però è a sua volta generico)

Tabella 7. Confronto regionale della spesa farmaceutica di classe A/SSN, per titolarità di brevetto e sua vigenza, in € pro-capite.

Regioni / Prov. autonome	Farmaci classe A/SSN a brevetto scaduto			Farmaci classe A/SSN con brevetto vigente
	Farmaci titolari a brevetto scaduto	Farmaci equivalenti (generici) °	Totale farmaci a brevetto scaduto	
Piemonte	84,6	6,6	91,1	319,5
Valle d'Aosta	75,2	6,3	81,5	302,7
Lombardia	87,7	8,4	96,1	343,7
Prov. Auton. Bolzano	72,4	5,5	77,9	313,7
Prov. Auton. Trento	81,2	9,2	90,4	293,3
Veneto	82,8	6,8	89,6	318,1
Friuli Venezia Giulia*	85,6	7,4	93,1	303,4
Liguria	84,7	6,0	90,7	344,6
Emilia Romagna	86,0	6,5	92,5	332,7
Toscana	88,7	5,8	94,4	374,7
Umbria	101,8	6,6	108,4	340,6
Marche*	103,5	5,7	109,2	351,7
Lazio	111,9	6,0	117,9	365,4
Abruzzo	105,0	6,6	111,6	346,5
Molise	97,8	5,0	102,9	299,7
Campania	123,5	5,5	129,0	418,9
Puglia	119,1	6,0	125,1	393,0
Basilicata	105,5	4,3	109,8	345,8
Calabria	116,5	4,7	121,2	373,2
Sicilia	108,9	5,5	114,4	346,8
Sardegna*	104,8	5,7	110,5	390,1
Italia	98,3	6,5	104,8	353,4

° Dato stimato dalla % sul totale del dato per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art.1bis, del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149.

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Concentrando l'attenzione sui soli farmaci di classe A/SSN, che comunque rappresentano la maggior parte del consumo e della spesa farmaceutica, la Tab. 7 pone chiaramente in luce che in Italia, a fronte di una spesa pro-capite per farmaci con brevetto vigente pari a oltre 353 euro, la spesa di farmaci con brevetto scaduto è pari a meno di 105 € pro-capite. La variabilità di entrambe le serie territoriali non è alta, in termini di coefficiente di variazione: C.V. 9,6% per la prima, C.V. 13,4% per la seconda; anche i rispettivi massimi e minimi di spesa sono poco rilevanti, ed i primi localizzati in Campania e in Puglia, mentre i minimi livelli sono meno coerenti (Provincia Autonoma di Trento e Molise per quanto riguarda i farmaci da brevetto, e invece Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta per quelli a brevetto scaduto). Più interessante, nonostante i quasi risibili livelli di spesa pro-capite (6,5 € pro-capite), appare la distribuzione dei farmaci equivalenti, i cui massimi competono alla Provincia Autonoma di Trento e alla Lombardia (rispettivamente 9,2 e 8,4 € pro-capite), mentre i minimi a due regioni del profondo Sud: Basilicata e Calabria, ciascuna con circa 4,5 € pro-capite. Interessante è anche il fatto che tale inversione rispetto ai farmaci "originali" riguarda la maggior parte delle regioni: il Mezzogiorno, che spende di più del Nord per i farmaci di marca, spende invece di meno per gli equivalenti; la relazione territoriale inversa è ben confermata dal coefficiente di correlazione di Spearman: $\rho = -0,41$.

Ora, si potrebbe ritenere che in Italia si spende di meno per i farmaci a brevetto scaduto in quanto sono pochi o poco noti e dunque i loro consumi sono inferiori.

Questa ipotesi, come dimostra la Tab. 8, è del tutto priva di fondamento: infatti, in Italia i consumi di farmaci con brevetto vigente (di cui molti sono farmaci innovativi o salvavita, talora di costo tale da renderne impensabile l'acquisto privato) ammontano ad appena 377,4 DDD/*ab.die*×1000, mentre il consumo di farmaci a brevetto scaduto è poco meno di tre volte tanto: circa 924 DDD/*ab.die*×1000; addirittura, i farmaci equivalenti, la cui spesa annua pro-capite è di un cinquantesimo (1/50) di quella dei farmaci a brevetto vigente, fanno registrare un consumo pari al 55% del consumo di questi ultimi.

La distribuzione territoriale del consumo di farmaci, naturalmente, è molto articolato, pur se la sua variabilità relativa non è eccessiva: il massimo (C.V. 24,7%) viene rilevato proprio per i farmaci equivalenti. Per quanto riguarda i farmaci con brevetto vigente, colpisce che i valori più cospicui si osservino per il Veneto e la Sardegna, mentre i consumi standardizzati minori competano alla Sicilia e, con valori quasi identici, alla Valle d'Aosta e alla Provincia Autonoma di Trento. Questo territorio è anche quello che consuma più dosi annuali di farmaci equivalenti, seguito dall'Emilia Romagna, mentre i minori consumatori risiedono in Basilicata e Molise.

Tabella 8. Confronto regionale dei consumi farmaceutici di classe A/SSN, per titolarità di brevetto e sua vigenza, in DDD/ab.die×1000.

Regioni / Prov. autonome	Farmaci classe A/SSN a brevetto scaduto			Farmaci classe A/SSN con brevetto vigente
	Farmaci titolari a brevetto scaduto	Farmaci equivalenti (generici) °	Totale farmaci a brevetto scaduto	
Piemonte	629,7	238,9	868,6	345,1
Valle d'Aosta	566,7	218,2	784,9	327,2
Lombardia	589,1	252,5	841,5	339,1
Prov. Auton. Bolzano	560,0	186,7	746,6	429,1
Prov. Auton. Trento	620,3	316,7	937,0	327,3
Veneto	657,6	212,2	869,8	496,5
Friuli Venezia Giulia*	652,5	246,2	898,7	367,3
Liguria	595,7	198,6	794,3	341,9
Emilia Romagna	734,4	268,9	1003,3	391,3
Toscana	672,4	239,9	912,3	434,5
Umbria	802,3	223,6	1025,9	354,1
Marche*	746,4	170,5	916,9	375,3
Lazio	844,5	187,9	1032,4	346,1
Abruzzo	746,8	177,5	924,3	368,1
Molise	703,6	128,1	831,7	332,4
Campania	830,5	154,7	985,2	370,6
Puglia	819,3	156,1	975,4	423,1
Basilicata	733,0	118,3	851,3	355,0
Calabria	835,2	132,6	967,8	371,2
Sicilia	788,1	162,6	950,7	326,0
Sardegna*	747,4	193,9	941,3	435,7
Italia	716,0	207,9	923,9	377,4

° Dato stimato dalla % sul totale del dato per i farmaci a brevetto scaduto.

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Va detto che non si rilevano correlazioni degne di nota tra le serie territoriali descritte in Tab. 8, fuorché una correlazione (evidentemente inversa) tra il consumo di farmaci equivalenti e farmaci a brevetto scaduto prodotti dagli originari titolari del brevetto: $\rho = -0,51$.

A questo punto, sorge spontanea la curiosità di confrontare i costi annui per dose giornaliera dei farmaci a brevetto scaduto con quelli dei farmaci con brevetto vigente. La Tab. 9 ha appunto questa finalità, ed evidenzia che la dose definita giornaliera di questi ultimi costa ogni anno 936,5 € a testa, mentre per i farmaci a brevetto scaduto il costo annuale scende a 113,4 € pro-capite.

Tabella 9. *Confronto regionale del costo pro-DDD/ab.die dei farmaci di classe A/SSN, per titolarità di brevetto e sua vigenza.*

Regioni / Prov. autonome	Farmaci classe A/SSN a brevetto scaduto			Farmaci classe A/SSN con brevetto vigente
	Farmaci titolari a brevetto scaduto	Farmaci equivalenti (generici) °	Totale farmaci a brevetto scaduto	
Piemonte	134,3	27,5	104,9	925,7
Valle d'Aosta	132,7	28,8	103,8	925,1
Lombardia	148,9	33,1	114,2	1013,6
Prov. Auton. Bolzano	129,2	29,6	104,3	731,1
Prov. Auton. Trento	130,8	29,1	96,5	896,1
Veneto	125,9	32,1	103,0	640,7
Friuli Venezia Giulia*	131,3	30,2	103,6	826,1
Liguria	142,2	30,1	114,2	1007,8
Emilia Romagna	117,1	24,1	92,2	850,4
Toscana	131,9	24,0	103,5	862,3
Umbria	126,9	29,6	105,7	961,9
Marche*	138,7	33,3	119,1	937,2
Lazio	132,5	32,0	114,2	1055,7
Abruzzo	140,6	37,1	120,7	941,3
Molise	139,0	39,3	123,7	901,8
Campania	148,7	35,9	131,0	1130,4
Puglia	145,4	38,5	128,3	928,9
Basilicata	143,9	36,2	128,9	974,2
Calabria	139,5	35,7	125,2	1005,5
Sicilia	138,2	33,8	120,4	1063,8
Sardegna*	140,2	29,6	117,4	895,3
Italia	137,3	31,3	113,4	936,5

° Dato stimato dalla % sul totale del dato per i farmaci a brevetto scaduto

* Regioni senza ticket per ricetta nel 2016

Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Dunque, il motivo dell'eccessiva spesa farmaceutica italiana sembra essere il costo (spesso giustificato dalla necessità di coprire le spese di R&S) dei farmaci innovativi e salvavita. Peraltro, il massimo costo annuale, ben sopra i 1.000 € a testa, compete alle regioni Campania e Sicilia, tallonate dal Lazio, mentre il Veneto e la Provincia Autonoma di Bolzano spendono rispettivamente 640,7 € e 731 € per abitante. E certo... ma di questi farmaci se ne consumano relativamente pochi!

Invece i farmaci a brevetto scaduto sono molto utilizzati, e ancora una volta il loro costo massimo pro-dose annua compete alla Campania (131 € per abitante) seguita a breve distanza da Basilicata e Puglia. Il minimo costo per dose annua pro-

capite è invece osservabile in riferimento all'Emilia Romagna (92,2 €) e alla Provincia Autonoma di Trento (96,5 €).

Restando nell'ambito dei farmaci a brevetto scaduto, va sottolineato che il costo per dose definita giornaliera dei farmaci equivalenti è sempre molto più basso rispetto alla concorrenza «qualificata» (31,3 € a persona contro 137,3 €); tuttavia, anche questo costo nel Mezzogiorno risulta sensibilmente maggiore che nella maggioranza dei territori del Centro-Nord: massimo in Molise e Puglia, con circa 39 €, minimo in Toscana ed Emilia Romagna (circa 24 €). Oggettivamente, questo incremento sistematico di costi per dose nei territori di per sé meno ricchi appare un chiaro ostacolo alla riduzione della spesa farmaceutica.

Si pone, tuttavia, uno spunto di riflessione: secondo i dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017) la percentuale di farmaci equivalenti consumati, sul totale di quelli a brevetto scaduto, varia da meno del 14% (Calabria e Basilicata) al 30-34% (Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano). In Puglia, tale quota si attesta intorno al 16%.

Quali sarebbero i risparmi del Sistema Sanitario Nazionale se il consumo di farmaci equivalenti di fascia A fosse uniformemente portato ai livelli di Lombardia e provincia di Bolzano? O magari, dato che questi livelli massimi sono tali persino in assenza di una consistente promozione da parte del SSN, anche qualche punto percentuale in più?

Ipotizzando che, con attive campagne di informazione (anche sui media più seguiti, con formula «Pubblicità Progresso»), tale percentuale possa arrivare al livello, non utopistico, del 40% sul totale dei farmaci a brevetto scaduto consumati annualmente, è facilmente stimabile il risparmio per il SSN e i cittadini, senza ripercussioni problematiche sulle quote di mercato delle aziende farmaceutiche titolari, sempre meritevoli di stima per le proprie attività di R&S. Detta stima, dettagliata per territorio di competenza della spesa, è dettagliata in Tab. 10.

Ebbene, anche in assenza di complessi interventi sull'organizzazione interna delle strutture sanitarie (che si è appurato essere la massima fonte di spesa per DDD) o sul sistema distributivo, che fa sì che in alcuni territori (ad es., nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno) persino gli economici farmaci equivalenti costino, in termini di DDD/*ab.die*, dal 10% al 40% in più rispetto ad altri territori consimili, risulta evidente che su scala nazionale si avrebbe un risparmio di circa 17 € annui per abitante (3,7%): oltre un miliardo di euro all'anno.

Su scala locale, ovviamente, il risparmio sarebbe molto variabile, a seconda della situazione attuale: si va dal 5,3% di Basilicata e Calabria all'1,5% della provincia di Trento, che parte però dalla situazione migliore.

Tabella 10. *Confronto regionale del risparmio stimato sulla spesa totale per farmaci di classe A/SSN, in € pro-capite (ipotesi di quota uniforme del 40% dei farmaci equivalenti sul totale dei farmaci a brevetto scaduto consumati in un anno)*

Regioni / Province autonome	Spesa attuale classe A/SSN	Stima spesa classe A/SSN	Risparmio stimato	% risparmio
Piemonte	410,6	399,0	11,6	2,8%
Valle d'Aosta	384,2	374,2	10,0	2,6%
Lombardia	439,8	430,1	9,7	2,2%
Provincia Auton. Bolzano	391,6	380,5	11,2	2,8%
Provincia Auton. Trento	383,7	377,8	5,9	1,5%
Veneto	407,8	395,0	12,7	3,1%
Friuli Venezia Giulia	396,5	385,1	11,4	2,9%
Liguria	435,2	421,9	13,3	3,1%
Emilia Romagna	425,2	412,9	12,3	2,9%
Toscana	469,1	455,6	13,5	2,9%
Umbria	449,0	430,8	18,2	4,0%
Marche	460,9	440,2	20,7	4,5%
Lazio	483,3	460,6	22,6	4,7%
Abruzzo	458,1	438,2	19,9	4,3%
Molise	402,6	382,2	20,4	5,1%
Campania	548,0	521,0	27,0	4,9%
Puglia	518,1	493,1	25,0	4,8%
Basilicata	455,6	431,7	23,9	5,3%
Calabria	494,5	468,0	26,4	5,3%
Sicilia	461,2	438,5	22,7	4,9%
Sardegna	500,6	480,4	20,2	4,0%
Italia	458,2	441,1	17,1	3,7%

Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Forse il Ministero della Sanità, che spende annualmente migliaia di miliardi di euro, potrebbe considerare questo risparmio un elemento risibile: tuttavia si tratta di un risparmio ottenibile con un investimento minimo, e che verosimilmente non creerebbe problemi di mercato per le grandi aziende farmaceutiche, ossia quelle che possono investire denaro nelle attività di ricerca e che dunque hanno diritto ai ritorni garantiti dalla protezione brevettuale, finché essa agisce. Un risparmio che però implicherebbe un rilancio delle piccole aziende che ora sopravvivono con le briciole del mercato farmaceutico. E implicherebbe una boccata di ossigeno per le casse esauste di varie ASL territoriali (in Campania, quasi 140 milioni di euro; 130 milioni in Lazio, 109 in Sicilia e quasi 100 in Puglia).

Se poi la quota di farmaci equivalenti arrivasse al 60% del totale dei farmaci a brevetto scaduto, si otterrebbero dei risultati ancor più interessanti, come dettaglia-

to in Tab. 11: 8% di risparmi in Italia, quasi 37 € all'anno per abitante, cioè oltre 2 miliardi e 200 milioni di euro. Anche nelle realtà locali, ovviamente, il risparmio sarebbe molto cospicuo, persino nelle aree già ora in situazione migliore: anche la Provincia di Trento spenderebbe 13 milioni di euro in meno ogni anno, e per le regioni meno "fortunate" si sfiorerebbe o si supererebbe i 200 milioni di euro (250 milioni in Campania e Lazio).

Tabella 11. *Confronto regionale del risparmio stimato sulla spesa totale per farmaci di classe A/SSN, in € pro-capite (ipotesi di quota uniforme del 40% dei farmaci equivalenti sul totale dei farmaci a brevetto scaduto consumati in un anno)*

Regioni / Province autonome	Spesa attuale classe A/SSN	Stima spesa classe A/SSN	Risparmio	% risparmio
Piemonte	410,6	380,4	30,2	7,3%
Valle d'Aosta	384,2	357,9	26,3	6,8%
Lombardia	439,8	410,6	29,2	6,6%
Provincia Auton. Bolzano	391,6	365,6	26,0	6,6%
Provincia Auton. Trento	383,7	358,7	25,0	6,5%
Veneto	407,8	378,7	29,1	7,1%
Friuli Venezia Giulia	396,5	366,9	29,6	7,5%
Liguria	435,2	404,1	31,1	7,2%
Emilia Romagna	425,2	394,2	31,0	7,3%
Toscana	469,1	435,9	33,2	7,1%
Umbria	449,0	410,9	38,1	8,5%
Marche	460,9	420,9	40,0	8,7%
Lazio	483,3	439,9	43,4	9,0%
Abruzzo	458,1	419,0	39,0	8,5%
Molise	402,6	365,6	37,0	9,2%
Campania	548,0	498,7	49,2	9,0%
Puglia	518,1	472,3	45,9	8,9%
Basilicata	455,6	413,3	42,3	9,3%
Calabria	494,5	447,9	46,5	9,4%
Sicilia	461,2	418,6	42,6	9,2%
Sardegna	500,6	459,6	41,0	8,2%
Italia	458,2	421,5	36,7	8,0%

Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017)

Non occorre fare altre ipotesi più ottimistiche: invero, una quota del 100% del totale, che porterebbe a un risparmio teorico di oltre il 16% su scala nazionale, risulta un tetto oggettivamente irraggiungibile, e peraltro potrebbe causare turbative di mercato, in quanto monopolio di una parte degli operatori, seppur frammentata come l'insieme delle piccole aziende farmaceutiche che operano in Italia e nel mondo.

6. Osservazioni conclusive

Le osservazioni condotte nel presente lavoro hanno condotto a determinare una serie di situazioni regionali anomale, soprattutto in termini di spesa farmaceutica e di costo per dose annua.

Gli interventi necessari per la soluzione dei problemi economico-sanitari delle regioni italiane sono di diversa natura, e di differente impatto e problematicità:

- innanzitutto, vanno risolti i problemi di mercato o distributivi che determinano il maggior costo unitario di qualsiasi farmaco, compresi i farmaci equivalenti;
- inoltre, occorre investigare sull'appropriatezza organizzativa delle strutture sanitarie pubbliche, non solo del Mezzogiorno, allo scopo di uniformare il costo unitario dei farmaci ivi somministrati e/o distribuiti (si tenga conto che in Emilia Romagna e in Veneto il costo per DDD/ab. die è compreso tra 600 e 700 euro, ossia da metà a 1/3 del costo nelle similari strutture del Mezzogiorno);
- ma anche (intervento molto meno complesso dei precedenti) occorre intervenire per incrementare l'informazione dei cittadini e la responsabilità etica dei medici di base, superando alcune ovvie resistenze del sistema distributivo, al fine di aumentare il ricorso ai farmaci equivalenti a tutt'oggi disponibili.

A tal proposito, oltretutto, si sottolinea che molte delle officine farmaceutiche che producono "farmaci equivalenti" hanno sede principale (o unica) in Italia, a non poche ma proprio nel Mezzogiorno, su cui si impernia non solo la loro attività produttiva, ma anche il loro carico fiscale. Ogni azione mirata ad aumentare il peso di tali farmaci nel sistema sanitario migliorerebbe certo il bilancio del SSN e delle Regioni, ma potrebbe migliorare persino la bilancia dei pagamenti nazionale.

L'argomento risulta dunque di interesse non solo del SSN e delle amministrazioni regionali, ma anche dei Ministeri economici e produttivi.

Riferimenti bibliografici

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2017). *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale, anno 2016*, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma.

Delvecchio, F. (2015). *Statistica per l'analisi dei fenomeni sociali*. Cleup, Padova.

Sitografia

<http://www.istat.it/it/archivio/30440>