



Rapporto CEIS - Sanità 2006

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

CEIS - Sanità, Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

1.4 - Le politiche farmaceutiche

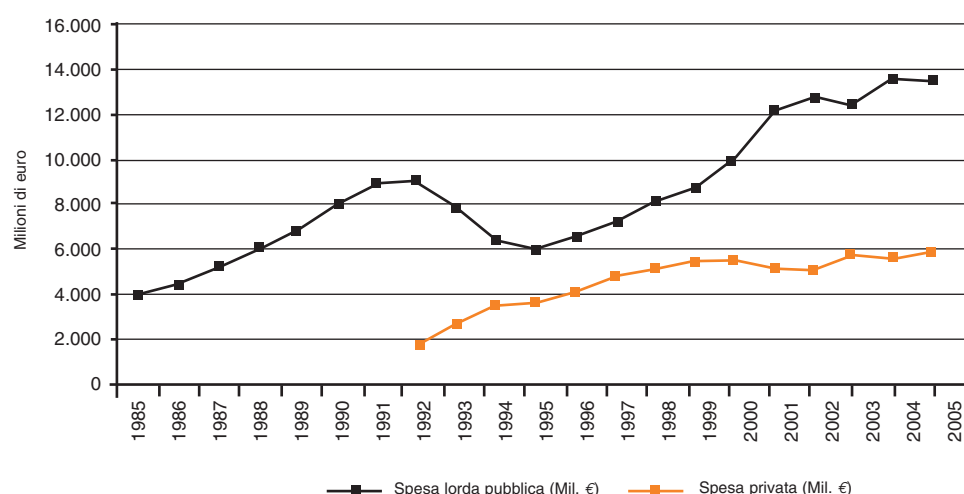
Barrella A.¹, Polistena B.², Ratti M.², Spandonaro F.²

1.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2005 a € 19.459 mil., facendo registrare un incremento dell'1,4% rispetto all'anno precedente, determinato da un aumento della spesa privata del 6,3%⁴ e da una lieve riduzione della spesa pubblica pari al -0,6%⁵.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti⁶, che ha raggiunto il 13,1% della spesa

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia - anni 1985-2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

¹ Pfizer Italia Srl.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

³ OsMED, (2006), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005*, Roma, giugno 2006.

⁴ Derivante dal consistente aumento, pari al 35,2%, dei farmaci di fascia A rimborsabili acquistati privatamente dai cittadini, ma anche della spesa dei farmaci di classe C (+2,2%) e di quelli di automedicazione (+3,5%).

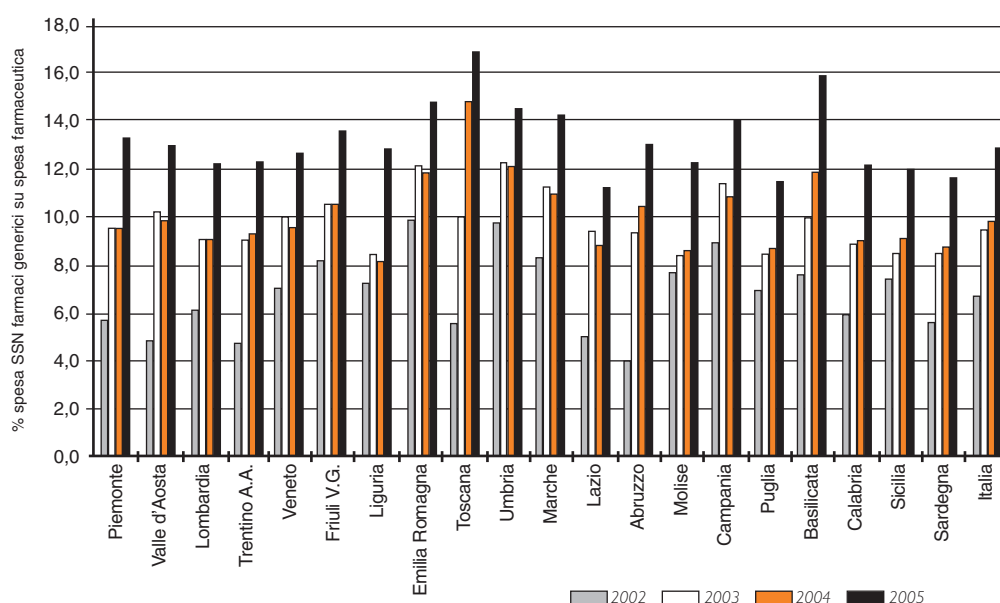
⁵ Derivante dalla riduzione dei prezzi (-3,4%), ma frutto anche dell'effetto mix (-1,1%), mentre si continua a registrare un +4,0% nella quantità dei farmaci prescritti.

⁶ Ovvero dei farmaci generici branded e unbranded.

farmaceutica a carico del SSN e il 24,1% delle quantità consumate, anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*, che rappresentano solo il 2,9% del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% del

Figura 2 - Spesa SSN per farmaci a brevetto scaduto (valori %)



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

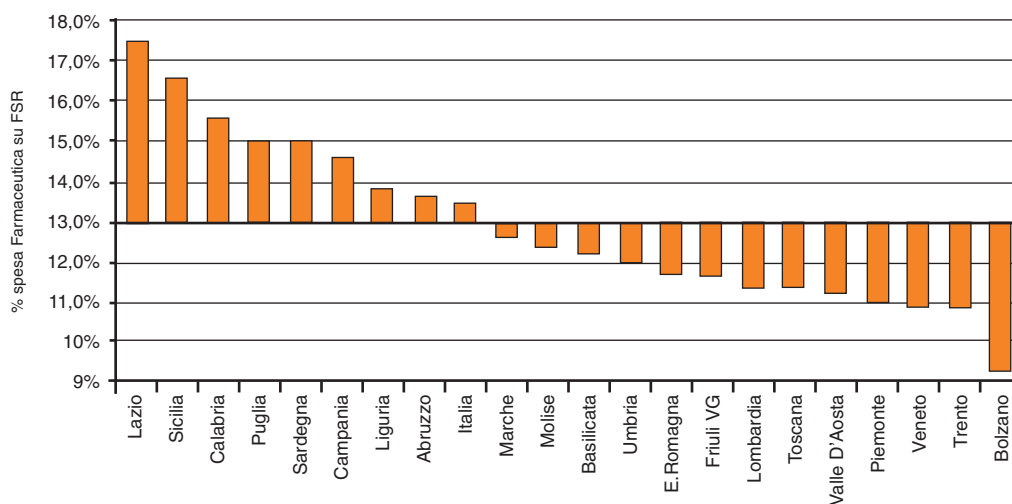
finanziamento regionale, facendo registrare anche nel 2005 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%, mentre quelle del Centro-Sud superano ancora tale vincolo, con sole quattro Regioni (Lazio, Sicilia, Campania e Puglia) che determinano l'85% dello sfondamento rispetto ai fondi assegnati.

Come già evidenziato nel rapporto dello scorso anno⁷, il tetto di spesa uniforme non permette di tenere conto dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali, per cui riproponendo il modello di correzione basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi⁸, aggiornato con la popolazione al 1 gennaio 2005, si può evidenziare che:

⁷ Barrella A, Polacsek A (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2005*.

⁸ Ovvero della popolazione pesata, dove i pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando dati relativi alla spesa farmaceutica lorda (escludendo così differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione) per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.

Figura 3 - Percentuale spesa farmaceutica netta su FSR 2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati Federfarma e AIFA

- i fondi così determinati risultano, rispetto a quelli effettivi, superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana (confermando la teoria che i consumi farmaceutici siano fortemente legati all'età della popolazione);
- se anche il sistema di attribuzione dei fondi per la farmaceutica a livello regionale si basasse sui bisogni assistenziali della popolazione, le Regioni del Nord si mostrerebbero, mediamente, ancora più virtuose (l'avanzo tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici si presenta infatti ancora più elevato), mentre nelle regioni del Centro-Sud il disavanzo risulterebbe maggiore rispetto a quello effettivo;
- infine, il fondo regionale per l'assistenza farmaceutica, calcolato sulla base dei pesi sul FSR totale, conferma che Regioni con una popolazione più anziana dovrebbero ricevere di più del 13%.

Infine, osservando i dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2006, si evidenzia un aumento della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del 10,8%, rispetto allo stesso periodo del 2005, derivante dall'incremento del numero delle ricette (+5,9%) e della spesa media per ricetta (+4,6%): sono quindi state prescritte più ricette, mediamente più costose⁹. Tale aumento di spesa registrato nel primo semestre 2006 ha quindi determinato un nuovo intervento da parte dell'AIFA¹⁰, mediante una riduzione del 5% del prezzo dei farmaci rimborsabili dal SSN, per il ripiano del disavanzo da parte delle aziende farmaceutiche¹¹.

⁹ Federfarma (2006), *La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006*.

¹⁰ *Determina Aifa 27 settembre 2006 pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006*.

¹¹ *In adempimento alla L. n. 326/2003, che poneva a carico dei produttori il ripiano del 60% dello sfondamento del tetto di spesa*.

Tabella 1 - Spesa Farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi - Anno 2005

Regioni	FSR (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Fondo spesa farmaceutica Netta (D)	Scost.nti % spesa netta da fondo indistinto al 13% (D/B)	Scost.nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato farmaceutica su FSR (C/A)
Val d'Aosta	188.190.000	24.464.700	24.528.724	21.697.596	-11,31%	-11,54%	13,03%
Piemonte	6.789.920.000	882.689.600	902.985.925	756.357.248	-14,31%	-16,24%	13,30%
Liguria	2.680.460.000	348.459.800	358.967.058	371.316.285	6,56%	3,44%	13,39%
Lombardia	13.980.020.000	1.817.402.600	1.836.797.572	1.623.340.255	-10,68%	-11,62%	13,14%
Veneto	6.979.580.000	907.345.400	915.555.135	772.319.310	-14,88%	-15,64%	13,12%
T. Alto Adige	1.411.250.000	183.462.500	182.977.622	144.250.341	-21,37%	-21,17%	12,97%
F.V. Giulia	1.897.660.000	246.695.800	252.656.063	225.332.972	-8,66%	-10,81%	13,31%
E. Romagna	6.516.380.000	847.129.400	869.973.861	778.667.786	-8,08%	-10,50%	13,35%
Marche	2.361.920.000	307.049.600	314.826.996	298.668.510	-2,73%	-5,13%	13,33%
Toscana	5.735.800.000	745.654.000	761.541.074	664.542.258	-10,88%	-12,74%	13,28%
Lazio	7.960.660.000	1.034.885.800	1.020.537.722	1.397.320.695	35,02%	36,92%	12,82%
Umbria	1.361.810.000	177.035.300	181.704.255	165.787.163	-6,35%	-8,76%	13,34%
Abruzzo	1.997.890.000	259.725.700	261.961.290	272.987.824	5,11%	4,21%	13,11%
Molise	507.580.000	65.985.400	65.532.806	63.975.167	-3,05%	-2,38%	12,91%
Campania	8.163.450.000	1.061.248.500	1.016.751.077	1.212.421.875	14,24%	19,24%	12,45%
Puglia	5.898.930.000	766.860.900	750.432.423	891.701.610	16,28%	18,83%	12,72%
Basilicata	905.790.000	117.752.700	115.705.709	113.650.298	-3,48%	-1,78%	12,77%
Calabria	2.991.460.000	388.889.800	377.461.967	469.616.650	20,76%	24,41%	12,62%
Sicilia	7.399.710.000	961.962.300	936.797.591	1.239.075.724	28,81%	32,27%	12,66%
Sardegna	2.416.560.000	314.152.800	311.157.731	364.574.716	16,05%	17,17%	12,88%
Italia	88.145.020.000	11.458.852.600	11.458.852.600	11.847.604.283	3,39%	3,39%	13,00%

Fonte: AIFA, Federfarma e nostre elaborazioni

1.4.2 Le politiche nazionali

Due sono stati i provvedimenti nazionali adottati dall'AIFA¹² nel corso del 2005. Il primo ha visto proseguire la manovra iniziata nel 2004, rivolta a recuperare lo sfondamento della spesa farmaceutica attraverso l'applicazione di uno sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato, per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino¹³.

¹² L'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha tra le sue responsabilità la garanzia del tetto di spesa del 13% attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

¹³ Con una riduzione, quindi, del prezzo al pubblico pari al 4,12%.

Il secondo provvedimento ha invece riguardato l'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore dal 1° gennaio 2005, con una diminuzione del prezzo per i principi attivi che avevano registrato un eccessivo aumento dei consumi¹⁴ e con l'ammissione al rimborso di nuove specialità e generici.

La spesa farmaceutica del 2005 è stata inoltre impattata da due provvedimenti realizzati dall'AIFA alla fine del 2004: la revisione delle note e l'adozione del PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio).

Infine è da ricordare l'accordo ministero della Salute-Federfarma dello scorso 9 dicembre 2005¹⁵, i cui effetti sulla spesa sono attesi nel 2006; tale accordo prevede: un blocco al prezzo dei farmaci di classe C per 2 anni, vincolando l'azienda che li produce a fissare il prezzo a gennaio degli anni dispari, oltre l'applicazione da parte delle farmacie di uno sconto fino al 20% per i farmaci da banco e quelli senza obbligo di prescrizione¹⁶.

1.4.3 Gli interventi regionali

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la possibilità di attuare diverse manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 13%.

Tra gli interventi realizzati dalle Regioni nel 2005 possiamo evidenziare che:

- il ticket è stato confermato nelle Regioni che già lo applicavano nel 2004, mentre è stato abolito in Calabria (1 settembre 2005) e in Piemonte quello sui generici (1 luglio 2005)¹⁷; ulteriori modifiche hanno riguardato: variazioni nel regime di esenzioni in Liguria e Sicilia (gennaio 2005), in Veneto (aprile 2005), in Puglia (ottobre 2005), riduzione del ticket a € 0,50 per i farmaci pluri-prescrivibili in Puglia (gennaio 2005);
- è stata avviata dalla Regione Basilicata la limitazione alla prescrizione di una confezione per ricetta;
- molte Regioni¹⁸ hanno mantenuto o implementato la distribuzione "in nome e per conto" attraverso accordi con farmacie e grossisti¹⁹;

¹⁴ Incremento di spesa superiore all'8,6%.

¹⁵ Realizzato per dare attuazione alla L. n. 149/2005.

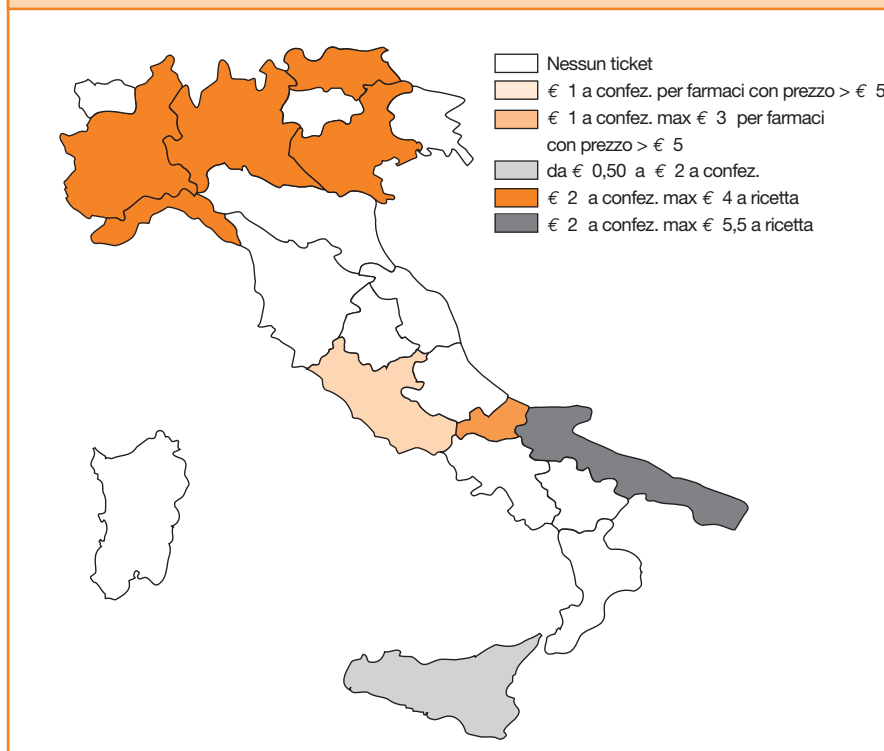
¹⁶ ASI (2005), *Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati*, "ASI", n. 50, 15 dicembre, pag. 31-32.

¹⁷ Nel Lazio dal 1 gennaio 2006.

¹⁸ In particolare: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno, invece, scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie.

¹⁹ Sfruttando l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di contenere la spesa farmaceutica (attraverso i maggiori sconti applicati ai farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche) attivando modalità particolari di erogazione dei farmaci: per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica ambulatoriale, per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dal PHT), anche attraverso accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate (distribuzione "in nome e per conto").

Figura 4 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



- Sardegna (novembre 2005) e Veneto (agosto 2005), sono ricorse alla disciplina dell'informazione medico-scientifica;
- ricorso, invece, al maggiore impiego dei farmaci generici da parte della Regione Toscana, che registra infatti la spesa a carico del SSN per farmaci a brevetto scaduto più alta.

1.4.4 Le tendenze della spesa farmaceutica

Malgrado molte Regioni siano riuscite, peraltro con una congerie di interventi, a mantenere la spesa farmaceutica sotto il tetto del 13%, l'evoluzione del settore a livello aggregato è tendenzialmente fuori controllo, imponendo reiterati interventi dell'AIFA.

Il governo del sistema implica quindi la comprensione delle tendenze della spesa farmaceutica.

A tal fine si è costruito un modello econometrico su un panel regionale di variabili economiche, demografiche e indicatori d'efficienza.

Le variabili economiche prese in considerazione nel modello sono il Pil e la quota di ticket. Il Pil rappresenta una *proxy* del reddito regionale, che ci si aspetta abbia una correlazione positiva con la spesa farmaceutica. L'incidenza del ticket peraltro ci fornisce indicazione sull'effettiva responsabilizzazione dei cittadini, ovvero sulla capacità di contenimento dei consumi derivante dal prezzo.

La percentuale di popolazione con più di 65 anni dovrebbe recepire il differente assorbi-

mento di risorse derivante dall'età, e in proiezione l'impatto dell'invecchiamento²⁰. Nei prossimi vent'anni, secondo le previsioni Istat, si avrà un significativo aumento delle persone con più di 65 anni di età, di cui la maggior parte ultra-ottantenni (44%).

Per cogliere l'effetto delle politiche di riduzione dei prezzi, si è considerato il prezzo medio per ricetta, mentre per valutare l'effetto dell'inappropriata prescrizione il numero di ricette per medico.

1.4.5 Banca dati e il modello stimato

La stima del modello su dati panel si fonda su dati Regionali, di fonte Federfarma (spesa farmaceutica pubblica) e Istat (spesa farmaceutica privata), sul periodo 1997-2003.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*.

Indicando con:

SFT = Spesa farmaceutica totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

POP_65+ = % popolazione con più di 65 anni

CMR = Costo medio ricette

RPM = Ricette per medico

TK/SL = Incidenza del ticket sulla spesa lorda

Il modello econometrico stimato risulta quindi essere:

$SFT = f(PIL; POP_{65+}; CMR; RPM; TK/SL)^{21}$.

Si è scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord²² e il Centro-Sud.

Il modello prescelto a livello nazionale, secondo il test di Hausman, è quello a effetti fissi.

Il modello spiega il 57,09% della variabilità della spesa farmaceutica totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è ottimamente spiegato come dimostra l' R^2 *within* pari a 87,75%, ma anche la variabilità tra le Regioni viene spiegata in maniera abbastanza soddisfacente (R^2 *between* = 57,97%).

Tutte le variabili, tranne il ticket, risultano significative (il Pil lo è al limite) e con i segni attesi. Per il Nord, il test di Hausman ha indicato come preferibile il modello a effetti *random*.

Tornando al ticket osserviamo che la sua presunta inefficacia a contenere i consumi può derivare dalla mancata considerazione delle esenzioni, e comunque la non significatività statistica non esclude trasferimenti di oneri dal settore pubblico alle famiglie.

Il modello a effetti *random* spiega il 74,83% della variabile oggetto di studio, sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' R^2 *within* è, infatti, pari

²⁰ L'età dei pazienti è estremamente importante nella ripartizione della spesa pubblica farmaceutica pro-capite: secondo il Rapporto Osmed 2005, la spesa va da € 42,9 pro-capite per bambino da zero a quattro anni, per salire progressivamente fino a € 588,7 pro-capite per i pazienti con età superiore ai 75 anni.

²¹ Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

²² Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

Tabella 2 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,068
Percentuale popolazione 65 anni e più	18,157	0,013
Costo medio ricette	3,531	0,001
Ricette per medico	0,011	0,008
Ticket	0,885	0,165
Costante	-293,758	0,002

Tabella 3 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,008	0,009
Percentuale popolazione 65 anni e più	13,638	0,000
Costo medio ricette	4,125	0,004
Ricette per medico	0,005	0,428
Ticket	0,849	0,257
Costante	-295,758	0,000

a 87,29% mentre l' R^2 *between* risulta uguale al 63,17%.

La spesa farmaceutica totale è ancora spiegata dal Pil, dalla percentuale di over 65 anni e dal costo medio delle ricette.

Anche per il Centro-Sud il modello da utilizzare è quello ad effetti *random*, che spiega l'82,59% della variabilità complessiva; anche in questo caso sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' R^2 *within* è pari a 88,15%, mentre l' R^2 *between* risulta uguale al 66,20%.

Per il Centro-Sud le variabili risultate significative sono: il Pil, il costo medio delle ricette, ma anche il numero di ricette per medico e il ticket, quest'ultimo sorprendentemente con segno positivo.

Come era lecito aspettarsi la spesa farmaceutica totale sembra influenzata da fattori economici e demografici, ma anche da fattori riconducibili a inefficienza.

Regioni del Nord e Regioni del Centro-Sud rappresentano singolarmente insiemi sostanzialmente omogenei, come dimostrato dalla scelta del modello a effetti *random* e dalla variabilità *between* spiegata; si evidenzia peraltro una disomogeneità significativa tra le ripartizioni.

Tabella 4 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,004
Percentuale popolazione 65 anni e più	2,576	0,167
Costo medio ricette	3,959	0,001
Ricette per medico	0,021	0,000
Ticket	1,728	0,054
Costante	-92,793	0,032

Nel Centro-Sud non sembra rilevante l'effetto anzianità, mentre è significativo il numero di ricette prescritte per medico, che possiamo considerare una *proxy* dell'inappropriatezza prescrittiva.

Risulterebbe, invece, comune la sensibilità ai prezzi e quindi l'efficacia dei tagli effettuati, sebbene la variabile usata non permetta di discriminare tra livello dei prezzi ed effetti di *case-mix*.

1.4.6 Le tendenze della spesa farmaceutica totale

Il modello ci permette di inferire l'evoluzione tendenziale della spesa farmaceutica totale: scelte sul prontuario e sulle compartecipazioni determineranno poi l'impatto sulla spesa farmaceutica pubblica.

Per ragioni di prudenza si è limitata la previsione all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si ferma al 2003.

Per quanto riguarda il Pil abbiamo considerato un'ipotesi conservativa con un incremento del Pil reale dell'1% e l'ipotesi descritta dal Governo con un Pil dell'1,5%²³. Per quanto riguarda le variabili esogene, la percentuale di popolazione over 65 è stata desunta dalle previsioni Istat della popolazione 2007.

Per il costo medio per ricetta si sono fatte due ipotesi alternative: una crescita del 2% e una crescita del 4%.

L'esercizio di simulazione prevede una spesa farmaceutica totale che varia tra i € 22.748 mil. e i € 22.869 mil. Per l'anno 2007 la spesa farmaceutica dovrebbe, quindi, assorbire una quota di Pil pari all'1,5%; sulla spesa sanitaria totale prevista²⁴ l'incidenza della spesa farmaceutica totale (pubblica + privata) sarebbe compresa fra 18,24% e il 18,47%.

In base al finanziamento previsto per il 2007 per il Servizio Sanitario Nazionale, determi-

²³ Cfr. *Andamento tendenziale dell'economia italiana: Documento di programmazione economica-finanziaria 2007-2011*.

²⁴ Cfr. *cap. 1.2 del presente rapporto: L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia*.

Tabella 5 - Previsioni spesa farmaceutica totale 2007

Variabili di previsioni	Spesa 2007 pro-capite	Spesa tot. 2007 (mil. €)
Pil + 1%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2% costante, MMG costanti	389,47	22.748
Pil + 1,5%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2%, costante, MMG costanti	390,00	22.780
Pil + 1% , Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	390,99	22.837
Pil + 1,5,% Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	391,52	22.869

nato in € 96.000 mil. dal Governo²⁵, il tetto di spesa farmaceutica del 13% ammonterebbe a € 12.480 mil. Quindi, in base alle nostre previsioni, il rispetto del tetto di spesa comporterebbe una quota di spesa privata compresa tra i € 10.268 mil. e i € 10.388 mil. pari a circa il 45% del totale, in linea con i livelli attuali.

In definitiva sembra che, in assenza di ulteriori manovre, la spesa farmaceutica totale sia destinata a crescere naturalmente, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, del reddito, ecc., ma nel breve periodo l'aumento tendenziale (al netto dei fenomeni di *case-mix* dovuti all'innovazione e alle pressioni commerciali) sarebbe modesto essendo compreso tra il 2,51% e il 2,80% rispetto al valore previsto 2006.

Si noti che mentre nel Nord prevale la spinta alla crescita derivante dalla popolazione anziana, nel Centro-Sud assume un ruolo importante nella spiegazione degli aumenti l'inefficienza prescrittiva.

²⁵ Intesa Conferenza Stato-Regioni del 28.09.2006.

1.4.7 Conclusioni

Mentre assistiamo a interventi di politica pubblica incentrati principalmente su regolamentazioni di prezzo, il modello stimato indica l'urgenza di intervenire sull'inappropriatezza prescrittiva, con particolare urgenza nel Centro-Sud.

Come era lecito aspettarsi, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno poi un'influenza sulla spesa farmaceutica, spingendola naturalmente al rialzo: ciò rafforza l'esigenza di rivedere il tetto unico (13%), che è invece indipendente dalla struttura demografica.

In termini quantitativi, un aumento del Pil dell'1% implica un aumento della spesa farmaceutica dello 0,26% (pari a € 0,97 pro-capite) in Italia, con una maggiore elasticità al Nord (0,60%, pari a € 2,27 pro-capite) che al Centro-Sud (0,21%, pari a € 0,76 pro-capite).

L'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,92% e al Nord di € 13,64 pari al 3,71%.

Le variazioni dei prezzi medi hanno una elasticità intorno a 0,2.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 5,32%, dimostrando l'urgenza di interventi in tal senso.

Concludendo, le differenze riscontrate a livello regionale suggeriscono che le politiche farmaceutiche debbano essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di un governo centrale con *benchmark* uguali per tutti.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2006), "Analisi dell'impatto sulla spesa farmaceutica dei farmaci registrati dall'AIFA nel periodo luglio 2004-dicembre 2005".
- AIFA (2006), "Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata a carico del SSN: consuntivo 2005".
- AIFA (2006), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2005".
- ASI (2005), "Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati", ASI, n. 50, 15 dicembre, pp. 31-32.
- Barrella A, Polacsek A (2005), "Le politiche farmaceutiche in Italia", Rapporto CEIS Sanità 2005.
- CER (2005), "La reintroduzione dei ticket non frena la spesa farmaceutica", ASI, n. 37, 15 settembre, pp. 2-12.
- Farmindustria (2006), "Indicatori farmaceutici", giugno 2006.
- Federfarma (2005), "La spesa farmaceutica sforerà il tetto", ASI, n. 49, 8 dicembre, pp. 21-23.
- Federfarma (2006), "Federfarma presenta il consuntivo 2005. La spesa farmaceutica cala dell'1,1%", ASI, n. 16, 20 aprile, pp. 2-6.
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2005".
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006".

- OsMED (2006), “L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005”, Roma, giugno 2006.
- Toniolo F, Mezzani M (2006), “Politiche di controllo del consumo dei farmaci. Cosa possono fare Regioni e Aziende Sanitarie”, ASI, n. 8, 23 febbraio, pp. 16-18.