

Stato di salute degli italiani e prospettive di spesa sanitaria e farmaceutica

Mario Eandi*



ABSTRACT

In december 2000 the Italian National Institute of Statistics (INSTAT) published some extracts from the latest statistical survey about the state of health and the resort to medical services in Italy. The research is based on a sample of 52.300 italian families. Since 1980 the average lifetime in Italy grew five years longer: today the average expectancy for a man is 76 years old, and for a woman is 82 years old. All these deep demographic transformations involve an important increase in the chronic-degenerative pathologies. This rise will take up a great deal of public and private health resources.

The most frequent chronic-degenerative pathologies are arthrosis or arthritis (18% of italian people) and the high blood pressure (11,5%). After the age of 45, the chronic-degenerative pathologies show a clear growth: some diseases are prevalent in women (e.g. osteoporosis), other prevail in men (e.g. chronic bronchitis and stomach ulcer).

To better understand the intensity of the resort to medical services, the statistical survey also consider the perception of the health state in Italy.

The overall analysis show that the drug consumption (and the health resources consumption generally) is based on a complexity of social and cultural elements; therefore in some particular areas the control of the medical expenditure is more difficult than in others.

Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000; 1 (2): 71-81

A metà dicembre 2000 l'Istat, Istituto Nazionale di Statistica, ha reso pubblica un'anticipazione dei risultati dell'ultima indagine Multiscopo condotta nel 1999/2000 su un campione di 52.300 famiglie italiane per studiare le "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" della popolazione italiana.

Negli ultimi decenni la popolazione italiana è rapidamente invecchiata, con un allungamento della vita media di oltre 5 anni dal 1980 oggi gli uomini italiani hanno una prospettiva di vita di 76 anni e le donne di 82. Le profonde trasformazioni demografiche in atto (tra pochi anni si prevede che il 20% della popolazione italiana avrà un'età > 65 anni) comportano un aumento di patologie cronic-degenerative che assorbono una quantità crescente di risorse sanitarie pubbliche e private.

La tabella 1 riporta la prevalenza delle patologie cronic-degenerative più frequenti denunciate dal campione di italiani intervistati dall'Istat nel settembre-dicembre 1999. La quota di popolazione che dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica supera il 47% e risulta lievemente maggiore fra le donne (50,9%) rispetto agli uomini (43%). Le artrosi e le artriti sono denunciate da oltre il 18% degli italiani. Al secondo posto troviamo l'ipertensione, de-

nunciata dall'11,5% della popolazione. Seguono, in ordine decrescente, le malattie allergiche, le cefalee, le lombosciatalgie, le vene varicose e le emorroidi, quindi l'osteoporosi, le broncopneumopatie croniche, la depressione e altri disturbi psichici, il diabete e via via molte altre patologie che, una volta insorte, caratterizzano in modo permanente la salute e la qualità di vita di un soggetto.

La maggior parte delle patologie croniche manifestano un netto incremento della diffusione con l'età, a partire dai 45 anni: fanno eccezione le malattie allergiche, l'asma bronchiale, le malattie della pelle e in parte la bronchite cronica, che colpiscono in numero elevato o prevalente anche soggetti giovani.

Alcune patologie, come l'osteoporosi, sono nettamente prevalenti nel sesso femminile, altre, come la bronchite cronica e l'ulcera gastrica, sono nettamente prevalenti nel sesso maschile. La ipertrofia prostatica benigna colpisce il 3,4% della popolazione maschile.

L'indagine Istat ha stimato che siano circa 2.700.000 le persone disabili in Italia, pari al 4,8% della popolazione con età maggiore ai 5 anni (Tabella 2): il sesso femminile è svantaggiato perché presenta un tasso di disabilità (6,5%) nettamente superiore a quello degli uomini

* Dipartimento di Anatomia, Farmacologia e Medicina Legale, Sezione di Farmacologia, Università di Torino

(3,7%). La disabilità è stata definita in base alla scala ADL dell'OMS come presenza di una grave difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: sconfinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione. Il numero di disabili così stimato non comprende i soggetti con età minore ai sei anni e i circa 400.000 individui che presentano seri problemi di incontinenza non associati ad altre forme di disabilità. Anche la disabilità evidenzia una netta tendenza all'incremento con l'avanzare dell'età.

La disabilità è fortemente associata a forme patologiche di tipo cronico-degenerativo: l'87% delle persone disabili risulta essere affetto da almeno una patologia cronica, contro il 47% delle persone di sei anni o più che non presenta disabilità.

L'indagine Istat ha cercato di verificare anche quale sia la percezione dello stato di salute da parte della popolazione italiana. Infatti la salute è il risultato di una complessa interazione tra presenza-assenza di malattie o infermità e lo stato di benessere psichico e relazionale dell'individuo. L'autovalutazione dello stato di salute è importante non solo per comprendere le modificazioni della qualità di vita correlate a una patologia, ma anche per comprendere l'intensità del ricorso ai servizi sanitari.

Alla domanda "come va in generale la sua salute" il 60,8% degli italiani ha risposto "bene" o "molto bene", e solo il 7,1% ha risposto "male" o "molto male" (Tabella 3): il sesso femminile tende ad avere una percezione peggiore del proprio stato di salute rispetto al sesso maschile.

Per entrambi i sessi la percezione negativa

Patologie	Prevalenza per classi di età Campione									Campione Totale
	<14	14-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-79	≥80	
Artrosi, artrite	0,0	0,6	3,4	8,9	22,1	36,2	49,0	54,5	58,9	18,3
Ipertensione	0,0	0,4	1,6	3,8	11,9	24,4	33,3	38,4	36,6	11,5
Malattie allergiche	8,3	11,3	12,3	11,2	9,2	8,1	8,1	7,5	5,3	9,7
Cefalee	0,8	4,9	9,5	12,2	13,3	12,4	11,0	11,6	11,2	9,3
Lombosciatalgia	0,1	0,8	4,6	8,0	12,4	14,8	15,1	16,8	15,5	8,2
Vene varicose	0,0	0,7	2,6	5,1	8,4	13,0	15,3	16,7	16,6	6,7
Emorroidi	0,1	1,4	4,7	6,1	8,3	9,3	8,7	9,5	9,3	5,6
Osteoporosi	0,0	0,0	0,3	0,5	3,1	9,4	14,2	18,7	23,3	4,6
Broncopatie croniche	0,6	0,8	1,0	1,7	3,6	7,5	12,6	15,0	19,0	4,5
Depressione, ecc.	0,1	1,7	2,2	3,0	5,2	5,4	7,2	9,1	9,3	3,8
Diabete	0,1	0,2	0,4	0,8	2,9	7,5	11,7	12,6	12,6	3,6
Altre cardiopatie	0,3	0,3	0,8	0,9	1,8	5,1	9,9	14,7	17,7	3,4
Malattie della pelle	1,4	2,6	3,3	3,5	3,8	3,8	4,0	3,4	5,0	3,3
Cataratta	0,1	0,1	0,2	0,2	0,8	2,5	10,1	18,8	28,3	3,2
Asma bronchiale	2,1	1,9	1,9	1,7	2,0	3,8	5,8	7,7	8,4	3,0
Ulcera peptica	0,0	0,2	1,1	1,9	4,2	5,7	6,9	8,2	7,8	3,0
Malattie della tiroide	0,1	0,6	1,3	2,8	4,4	5,2	5,0	4,5	3,6	2,7
Calcolosi biliare	0,0	0,1	0,3	1,2	32,6	4,4	6,6	6,4	6,6	2,3
Ernia addominale	0,1	0,1	0,5	0,8	2,0	3,3	4,8	6,9	8,9	1,9
Calcolosi renale	0,0	0,2	0,8	1,2	2,1	2,6	3,2	3,1	2,6	1,4
Infarto del miocardio	0,0	0,0	0,0	0,2	1,1	2,5	3,7	4,9	4,3	1,2
Parkinson, Alzheimer	0,1	0,2	0,4	0,3	0,6	0,8	2,3	4,3	10,6	1,1
Angina pectoris	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	1,8	3,0	4,3	4,3	0,9
Tumore maligno	0,0	0,0	0,1	0,3	1,0	1,9	2,6	2,8	2,7	0,9
Trombosi, embolia	0,0	0,0	0,1	0,2	0,6	1,1	2,4	3,6	5,7	0,8
Cirrosi epatica	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9	0,9	0,3	0,2
Epatite cronica	0,1	0,1	0,2	0,5	0,7	1,7	1,8	1,8	1,1	0,7
Ipertrofia della prostata	0,0	0,0	0,1	0,3	1,5	6,2	14,1	19,8	21,2	3,4*

* Solo su popolazione maschile

Tabella 1
Prevalenza per fasce di età e su intera popolazione delle patologie croniche più frequenti dichiarate dal campione di italiani intervistati nel periodo settembre/dicembre 1999
* Solo su popolazione maschile
(Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari").

	Prevalenza di disabili per classi di età (anni)								Campione Totale
	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75-79	≥80	
MASCHI	1,50	0,84	1,09	1,74	3,47	7,33	16,01	38,50	3,55
FEMMINE	1,48	1,03	0,99	1,53	4,58	10,91	23,91	51,67	6,33
TOTALE	1,49	0,94	1,04	1,64	4,04	9,31	20,72	47,50	4,98

Tabella 2

Distribuzione della prevalenza di disabili per classi di età e sesso in un campione rappresentativo della popolazione italiana (Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari").

del proprio stato di salute tende ad aumentare con l'età.

L'area geografica di residenza sembra in parte influenzare la percezione del proprio stato di salute (Tabella 3). Nelle cinque diverse ripartizioni geografiche dell'Italia la quota di popolazione che dichiara di stare "discretamente" è piuttosto stabile e oscilla attorno al 30%; al contrario, distanze rilevanti si riscontrano per le modalità estreme. In particolare, nell'Italia Meridionale e Insulare si trova una quota maggiore di persone che dichiarano di stare "male" o "molto male", mentre nell'Italia Settentrionale un maggior numero di persone dichiara di stare "bene" o "molto bene".

La percentuale di anziani che valuta negativamente il proprio stato di salute tende a diminuire risalendo la penisola fino ai valori minimi del Nord-Ovest. Le condizioni soggettive dello stato di salute sono fortemente correlate al titolo di studio: il fatto che la popolazione anziana residente al Sud presenti mediamente livelli di istruzione più bassi rispetto ai residenti nelle altre ripartizioni spiega almeno in parte lo svantaggio evidenziato.

La valutazione soggettiva del proprio stato di salute è decisamente influenzata dalla presenza di malattie croniche e dalla presenza di disabilità. La Figura 1 evidenzia la relazione tra

frequenza di risposte sulla percezione dello stato di salute e assenza o presenza di uno o più malattie croniche. La percezione negativa delle proprie condizioni di salute cresce con l'aumentare del numero di malattie croniche presenti; un comportamento specularmente opposto riguarda invece la percezione positiva della salute.

La presenza di disabilità incide sensibilmente sulla percezione dello stato di salute al crescere dell'età (Tabella 4). Nella popolazione non disabile con l'aumentare dell'età diventa maggiore la quota di persone che si colloca nella modalità "discretamente": questa modalità diventa prevalente nei soggetti più anziani. Nella popolazione disabile, invece, già nei giovani si hanno quote elevate di soggetti che percepiscono negativamente il proprio stato di salute e tale quota aumenta con l'età: oltre i 55 anni la modalità "male" o "molto male" rappresenta la condizione prevalente tra i disabili.

I risultati dell'indagine Istat confermano come la domanda di assistenza sanitaria da parte della popolazione italiana è destinata ad aumentare nei prossimi anni, ponendo in forte tensione il sistema di finanziamento pubblico della Sanità e dell'intero Sistema di Protezione Sociale.

Attualmente il Sistema di Protezione Socia-

	Male o molto male	Discretamente	Bene o molto bene
TOTALE ITALIA	7,1%	32,0%	60,9%
Maschi	5,6%	28,7%	65,7%
Femmine	8,5%	35,1%	56,4%
RIPARTIZIONI			
Italia Nord-Occidentale (tasso grezzo)	6,10%	5,82%	33,60%
(tasso standardizzato)	31,39%	60,30%	61,14%
Italia Nord-Orientale (tasso grezzo)	6,50%	4,86%	34,50%
(tasso standardizzato)	29,49%	59,00%	63,56%
Italia Centrale (tasso grezzo)	8,10%	7,43%	33,60%
(tasso standardizzato)	32,57%	58,30%	50,02%
Italia Meridionale (tasso grezzo)	7,00%	8,14%	27,90%
(tasso standardizzato)	31,89%	65,20%	58,87%
Italia Insulare (tasso grezzo)	9,00%	10,13%	30,30%
(tasso standardizzato)	31,67%	60,70%	56,24%

Tabella 3

Distribuzione della popolazione italiana secondo lo stato di salute dichiarato come percezione soggettiva. (Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari").

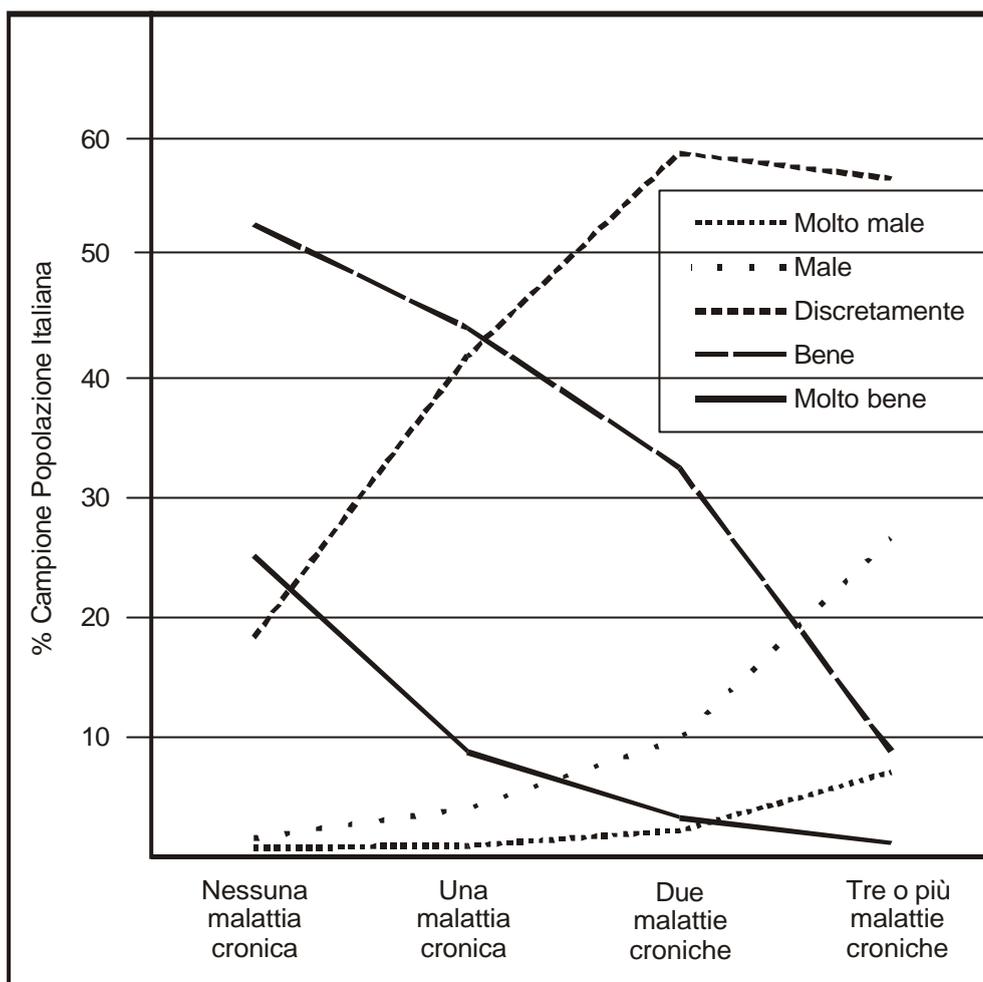


Figura 1

Relazione tra numero dichiarato di malattie croniche presenti e percezione soggettiva dello stato di salute in un campione rappresentativo della popolazione italiana (Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari").

Classe di età	Disabilità	Stato di Salute Percepito		
		Male o molto male	Discretamente	Bene o molto bene
6-14	Presente	3,3%	0,6%	14,4%
	Assente	6,1%	82,3%	93,3%
15-24	Presente	26,9%	1,1%	22,3%
	Assente	12,9%	50,8%	86,0%
25-44	Presente	33,6%	1,8%	35,4%
	Assente	24,3%	31,0%	73,9%
45-54	Presente	40,2%	5,2%	42,4%
	Assente	42,4%	17,3%	52,4%
55-64	Presente	53,3%	8,9%	40,2%
	Assente	52,8%	6,5%	38,3%
65-74	Presente	64,3%	13,4%	31,9%
	Assente	62,0%	3,8%	24,5%
> 75	Presente	61,0%	15,2%	35,0%
	Assente	65,3%	4,0%	19,5%
Totale	Presente	55,6%	4,9%	34,4%
	Assente	33,3%	10,0%	61,8%

Tabella 4

Distribuzione percentuale della percezione soggettiva dello stato di salute in funzione dell'età e della presenza o assenza di disabilità in un campione rappresentativo della popolazione italiana (Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari").

Anno	Prodotto Interno Lordo (PIL) (miliardi L.)	Debito Pubblico Totale (miliardi L.)	Spesa Pubblica per Protezione Sociale (Welfare State)			
			(miliardi L.)	Sanità %	Previdenza %	Assistenza %
1989	1.193.462	1.219.519	248.240	25,5%	58,2%	16,3%
1990	1.312.066	1.384.778	284.718	26,3%	57,6%	16,1%
1991	1.429.453	1.562.164	332.465	25,0%	66,8%	8,2%
1992	1.502.493	1.752.926	367.573	23,6%	68,5%	7,9%
1993	1.550.296	1.927.891	382.520	22,7%	68,9%	8,4%
1994	1.638.666	2.105.458	400.857	21,6%	70,0%	8,4%
1995	1.771.018	2.258.700	416.667	20,6%	71,2%	8,2%
1996	1.873.494	2.319.395	444.979	20,3%	71,8%	7,9%
1997	1.974.618	2.372.200	451.880	24,0%	63,0%	13,0%
1998	2.057.731	2.413.100	461.990	24,3%	63,3%	12,4%
1999*	2.124.476	2.458.019	482.000	23,5%	63,5%	13,0%
2000*	2.206.013	2.490.589	500.000	23,4%	63,9%	13,0%
2001*	2.298.354	2.507.504	515.600	23,4%	63,9%	12,7%
2002*	2.401.400	2.511.864	532.200	23,3%	64,3%	12,4%

* Quadro programmatico previsto dai D.P.E.F. 1999-2001 e 2000-2003.

Tabella 5
Evoluzione del Prodotto Interno Lordo, del debito Pubblico e della Spesa Pubblica per il Sistema di Protezione Sociale in Italia negli anni 1989-2003 (Fonte: Ministero del Tesoro, Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 1999-2001 e 2000-2003).

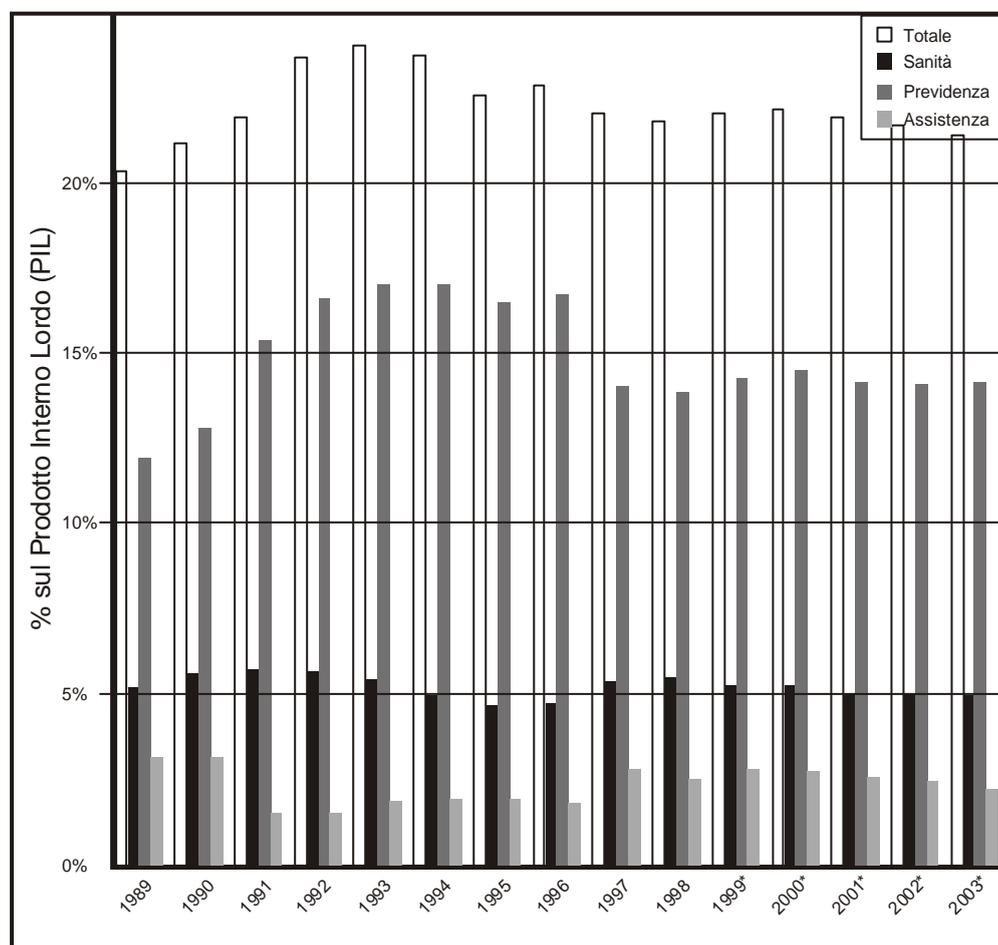


Figura 2
Evoluzione della Spesa Pubblica per il Sistema di Protezione Sociale in Italia, espresso come percentuale del PIL. I dati relativi agli anni 1999-2003 sono previsioni contenute nei D.P.E.F. 1999-2001 e 2000-2003. (Fonte: Ministero del Tesoro, Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 1999-2001 e 2000-2003).

Anno	Spesa Sanitaria Totale (miliardi L.)	Spesa Sanitaria Pubblica		Spesa Sanitaria Privata	
		(miliardi L.)	%	(miliardi L.)	%
1989	86.058	67.248	78,14%	18.810	21,86%
1990	101.190	80.145	79,20%	21.045	20,80%
1991	116.241	92.386	79,48%	23.855	20,52%
1992	123.531	95.503	77,31%	28.028	22,69%
1993	127.983	94.390	73,75%	33.593	26,25%
1994	132.489	94.557	71,37%	37.932	28,63%
1995	132.058	92.794	70,27%	39.264	29,73%
1996	140.978	99.472	70,56%	41.506	29,44%
1997	152.422	108.578	71,24%	44.035	28,89%
1998	158.893	112.480	70,79%	46.413	29,21%
1999*	163.308	116.150	71,12%	47.158	28,88%
2000*	168.643	119.000	70,56%	49.643	29,44%
2001*	172.816	120.688	69,84%	52.128	30,16%
2002*	179.283	124.670	69,54%	54.613	30,46%
2003*	185.883	128.785	69,28%	57.098	30,72%

Tabella 6
Spesa Sanitaria Totale Italiana e sua ripartizione tra pubblico e privato negli anni 1989-2003 (Fonte: Ministero del Tesoro, Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 1999-2001 e 2000-2003).

* Quadro programmatico previsto dai D.P.E.F. 1999-2001 e 2000-2003.

le (Welfare State) assorbe circa 500.000 miliardi di Lire, dei quali circa il 64% servono a finanziare le pensioni e solo poco più del 23% a finanziare l'assistenza sanitaria pubblica (tabella 5). L'Italia è appesantita da un enorme debito pubblico che solo nel 2003, se le previsioni degli ultimi D.P.E.F verranno rispettate, andrà in pareggio con il Prodotto Interno Lordo (PIL). Con pesanti manovre finanziarie la spesa per lo Stato Sociale è stata posta sotto controllo negli ultimi anni e oggi si è relativamente stabilizzata appena oltre il 23% del PIL: tale opera di contenimento, tuttavia, è stata attuata anche e soprattutto mediante il taglio della spesa sanitaria pubblica e solo in parte mediante la riforma parziale del sistema pensionistico (vedi figura 2).

La spesa sanitaria totale italiana è in continuo aumento e oggi si aggira intorno ai 170.000 miliardi di Lire. La quota pubblica è mantenuta

stabile attorno al 5% del PIL e pertanto l'incremento relativo rispetto all'incremento del PIL è tutto a carico dei privati. Come conseguenza la compartecipazione del privato alla spesa sanitaria in dieci anni è passata da circa il 20% a oltre il 30% (Tabella 6).

Com'è noto, il finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria italiana è inferiore di circa 2-2,5 punti percentuali rispetto al finanziamento pubblico della maggior parte degli altri Paesi europei coi quali condividiamo il mercato e la moneta unica Euro.

La situazione demografica dell'Italia e lo stato di salute degli italiani richiedono tendenzialmente un finanziamento pubblico analogo a quello degli altri Paesi europei. Nei prossimi anni la quota pubblica della spesa sanitaria è destinata a entrare in forte tensione a causa delle spinte al rialzo introdotte dalle nuove tecnologie sempre molto costose e a causa del livello

Tabella 7
Spesa Farmaceutica Convenzionata a carico del SSN italiano negli anni 1997-1999 (Fonte: Ministero della Sanità e Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

	Spesa Farmaceutica Convenzionata (miliardi Lire)			Incremento %	
	1997	1998	1999	98 vs 97	99 vs 98
Spesa Netta	12.106	13.203	14.691	9,06%	11,27%
Ticket	1.460	1.570	1.585	7,53%	0,96%
Sconto Farmacie	538	602	686	11,90%	13,95%
N° Ricette	296.000.000	310.000.000	327.000.000	4,73%	5,48%

Classe	Spesa Lorda 1997	Incidenza %	Spesa Lorda 1998	Incidenza %	Incremento % 98 vs 97
A	13.949	58,92%	15.487	60,39%	11,03%
B	1.430	6,04%	1.543	6,02%	7,90%
A+B	15.379	64,96%	17.030	66,41%	10,74%
C: obbligo prescrizione	4.975	21,02%	5.269	20,55%	5,91%
C: senza prescrizione	1.397	5,90%	1.371	5,35%	-1,86%
C: prodotti da banco	1.922	8,12%	1.994	7,78%	3,75%
Totale C	8.294	35,04%	8.634	33,67%	4,10%
Totale Generale	23.673	100,00%	25.644	100,00%	8,33%

Tabella 8

Spesa Farmaceutica Lorda in Italia negli anni 1997-98, ripartita secondo le Classi A, B e C del Pron-tuario Terapeutico del SSN: dati di vendita in miliardi di Lire (Fonte: Ministero della Sanità).

insufficiente delle risorse allocate al comparto sanitario dal bilancio dello Stato. In questo momento congiunturale della storia politica ed economica dell'Italia è difficile intravedere soluzioni che non incidano direttamente o indirettamente sul portafoglio dei cittadini.

Il contenimento della spesa è molto difficile, sia per l'attuale situazione di grande sviluppo scientifico e tecnologico che crea espansione dell'offerta e quindi della domanda di assistenza, sia per la rigidità di alcuni comparti della sanità, come quello dell'assistenza ospedaliera, che da sola drena quasi il 60% dell'intera spesa sanitaria pubblica.

La spesa farmaceutica, che è stata contenuta drasticamente a partire dal 1993, denota da alcuni anni una forte tendenza all'espansione ben oltre i limiti programmati anno per anno

dal Governo.

A partire dal 1997 l'incremento annuale della spesa farmaceutica convenzionata netta e della spesa farmaceutica totale lorda è stato mediamente del 10% (Tabelle 7 e 8). Il numero di ricette annuali è aumentato negli ultimi anni, mentre la compartecipazione sotto forma di ticket non ha seguito questo sviluppo e sembra essersi stabilizzata a poco meno di 1.600 miliardi di Lire.

Ultimamente circa il 65% della spesa farmaceutica lorda è dovuto a prescrizione di farmaci collocati in Classe A (a totale carico del SSN) e B (a carico del SSN per il 50% del prezzo), mentre il 35% è dovuto a vendita dei prodotti in Classe C, che sono a totale carico del paziente (Tabella 8). In termini di valore assoluto la quota di spesa farmaceutica dovuta alla prescrizio-

	Gruppo Terapeutico	Spesa Lorda 1998	% (su totale)	% Cumulativo
1	Antibatterici beta-lattamici: cefalosporine, monobattami e carbapenemi	1.159	6,82%	6,82%
2	Calcio-antagonisti selettivi sui vasi (diidropiridinici)	1.076	6,33%	13,14%
3	Antiulcera peptica	1.066	6,27%	19,41%
4	ACE-inibitori (non associati)	1.027	6,04%	25,44%
5	FANS	809	4,75%	30,20%
6	ACE-inibitori associati a diuretici	797	4,69%	34,88%
7	Macrolidi e lincosamidi	654	3,84%	38,73%
8	Immunostimolanti (interferoni e fattori di stimolazione delle colonie)	559	3,28%	42,01%
9	Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti	515	3,03%	45,04%
10	Penicilline	499	2,94%	47,97%
11	Vasodilatatori per cardiopatie (nitrati)	428	2,52%	50,49%
12	Antiasmatici per aerosol (glicocorticoidi, anticolinergici, sostanze antiallergiche)	417	2,45%	52,94%
13	Farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna	375	2,21%	55,15%
14	Adrenergici per aerosol	356	2,09%	57,24%
15	Ormoni e sostanze correlate (reline, progestinici)	345	2,03%	59,27%
	Totale primi 15 gruppi terapeutici	10.083	59,27%	

Tabella 9

Primi 15 gruppi terapeutici in ordine decrescente di spesa farmaceutica lorda (quota a carico del SSN + quota per acquisto diretto) nel 1998: dati di vendita in miliardi di Lire (Fonte: Ministero della Sanità).

Tabella 10

Primi 15 gruppi terapeutici in ordine di aumento assoluto della spesa farmaceutica lorda italiana (quota a carico del SSN + quota per acquisto diretto) nel 1998 in confronto con l'anno precedente: dati di vendita in miliardi di Lire (Fonte: Ministero della Sanità).

		Spesa Lorda		Incremento 98 vs 97	
	Gruppo Terapeutico	1997	1998	Assoluto	%
1	Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti	378	515	137	36,2%
2	Antagonisti dell'angiotensina II	115	242	127	110,7%
3	Antiasmatici per aerosol (glicocorticoidi, anticolinergici, sostanze antiallergiche)	311	417	106	34,1%
4	Adrenergici per aerosol	277	356	79	28,7%
5	Macrolidi e lincosamidi	583	654	71	12,2%
6	Antagonisti dell'angiotensina II in associazione con diuretici	9	67	58	663,7%
7	Farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna	320	375	55	17,3%
8	Calcio-antagonisti selettivi sui vasi (diidropiridinici)	1.024	1.076	53	5,1%
9	Antitrombotici	254	306	52	20,5%
10	Antipsicotici	155	204	49	31,8%
11	FANS	762	809	46	6,1%
12	ACE-inibitori associati a diuretici	753	797	45	5,9%
13	ACE-inibitori (non associati)	984	1.027	42	4,3%
14	Ormoni ipotalamici (octreotide, lanreotide)	88	126	39	43,9%
15	Eritropoietina	181	219	38	21,0%

Tabella 11

Spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN italiano nel 1999 ed incrementi % rispetto al 1998: ripartizione per Regioni (Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali)

	Spesa Netta 1999		Ticket 1999		Sc. Farmacie 1999		N° Ricette 1999	
	(milioni)	Incr. % vs 98	(milioni)	Incr. % vs 98	(milioni)	Incr. % vs 98	(migliaia)	Incr. % vs 98
V. AOSTA	26.853	16,0%	2.955	9,6%	838	2,7%	586	6,2%
PIEMONTE	1.058.790	13,9%	115.224	9,4%	47.518	3,9%	22.504	7,0%
LIGURIA	478.899	9,8%	50.497	9,1%	23.124	4,2%	10.240	5,5%
LOMBARDIA	2.091.460	10,3%	232.879	9,6%	100.959	4,2%	43.163	4,8%
VENETO	976.857	13,2%	117.362	10,3%	43.109	3,8%	22.347	6,8%
BOLZANO	87.852	23,7%	9.466	9,4%	3.650	3,6%	1.808	10,2%
TRENTO	89.924	9,4%	9.818	9,5%	3.506	3,4%	1.963	3,8%
FRIULI V.G.	266.595	14,6%	30.017	9,7%	11.609	3,8%	6.063	7,5%
E. ROMAGNA	926.394	14,6%	115.605	10,7%	39.714	3,7%	23.129	6,8%
MARCHE	381.446	7,9%	42.132	9,6%	15.998	3,6%	8.975	3,8%
TOSCANA	858.400	10,4%	104.401	10,4%	38.397	3,8%	21.671	6,0%
LAZIO	1.496.902	10,8%	159.779	9,2%	77.025	4,4%	32.045	6,7%
UMBRIA	236.906	10,4%	24.331	9,0%	9.169	3,4%	5.533	5,9%
ABRUZZO	354.893	15,9%	35.943	8,9%	14.045	3,5%	8.027	8,3%
MOLISE	82.235	15,5%	8.358	8,9%	3.168	3,4%	1.787	8,8%
CAMPANIA	1.668.900	7,7%	163.019	8,5%	80.172	4,2%	36.485	2,0%
PUGLIA	1.073.952	10,0%	102.692	8,3%	55.560	4,5%	23.340	6,2%
BASILICATA	152.819	11,0%	15.348	8,8%	5.948	3,4%	3.504	6,3%
CALABRIA	545.616	8,5%	52.124	8,4%	21.714	3,5%	12.730	9,2%
SICILIA	1.437.087	13,4%	149.145	9,0%	72.235	4,4%	32.637	7,4%
SARDEGNA	398.036	14,8%	43.508	9,5%	18.611	4,0%	8.898	7,2%
ITALIA	14.690.816	11,3%	1.584.603	9,3%	686.069	4,0%	327.435	6,0%

ne di farmaci di Classe A e B è aumentata maggiormente in termini percentuali rispetto alla quota dovuta alla vendita dei farmaci di Classe C. Nella Classe A sono collocati in genere tutti i farmaci innovativi, la maggior parte dei quali sono ad alto costo.

Circa il 60% della spesa farmaceutica convenzionata è dovuto alla prescrizione di solo quindici categorie terapeutiche di farmaci, la maggior parte dei quali collocati in Classe A (Tabella 9). In ordine decrescente rispetto al valore assoluto di spesa troviamo al primo posto le cefalosporine e i carbapenemi, al secondo posto i calcioantagonisti selettivi sui vasi, al terzo posto gli antiulcera, al quarto posto gli ACE-inibitori. Questa classifica, fatta eccezione per gli antibiotici, vede nelle prime 15 posizioni le categorie di farmaci indicati per la maggior parte delle patologie croniche che affliggono la popolazione italiana.

Ancora più interessante è analizzare quali categorie terapeutiche abbiano evidenziato un maggiore incremento percentuale della spesa negli ultimi anni. La Tabella 10 riporta le prime 15 categorie terapeutiche che hanno mostrato un maggiore incremento tra il 1997 e il 1998. Gli incrementi percentuali più elevati sono dovuti alla introduzione di nuove categorie di farmaci come gli antagonisti dell'angiotensina II; incrementi consistenti sono anche dovuti al-

l'espansione di alcuni settori terapeutici come quello delle dislipidemie e della stessa ipertensione, patologie croniche molto diffuse nella popolazione, ma non ancora saturate come possibilità terapeutiche. Un caso a parte può essere considerato quello dell'eritropoietina, collocata al 15° posto come incremento di spesa. L'eritropoietina, da farmaco di nicchia riservato ai dializzati, è diventato un farmaco di sempre maggior consumo, utilizzato in molte forme di anemia al posto delle emotrasfusioni. Inoltre, alcune indagini della magistratura hanno evidenziato come almeno una parte dell'incremento del mercato sia dovuto all'uso illecito come sostanza dopante.

L'incremento della spesa farmaceutica convenzionata, del contributo in ticket e del numero di ricette non è uniforme sul territorio nazionale, ma varia sensibilmente nelle varie Regioni, come evidenzia la Tabella 11.

Significativo è anche seguire l'andamento di alcuni indicatori specifici del consumo dei farmaci e della spesa farmaceutica convenzionata, come la spesa annuale procapite (Figura 3), il numero di ricette procapite (Figura 4) e la spesa farmaceutica per ricetta (Figura 5). Rispetto alla media nazionale, le Regioni del Nord tendono ad avere una minore spesa farmaceutica procapite, un minor numero di ricette procapite ed un minor costo per ricetta. Tale

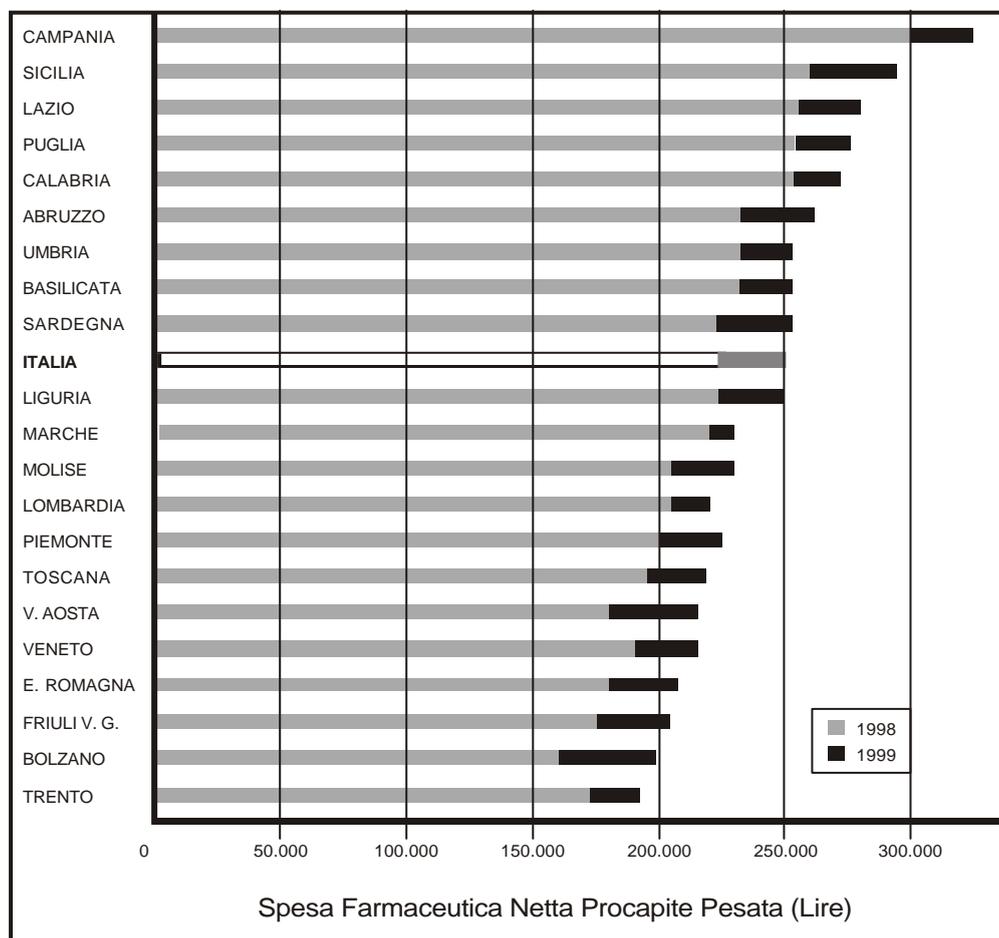


Figura 3
Valori nazionali e regionali della Spesa Farmaceutica Netta Procapite Pesata stimata negli anni 1998-99 (Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

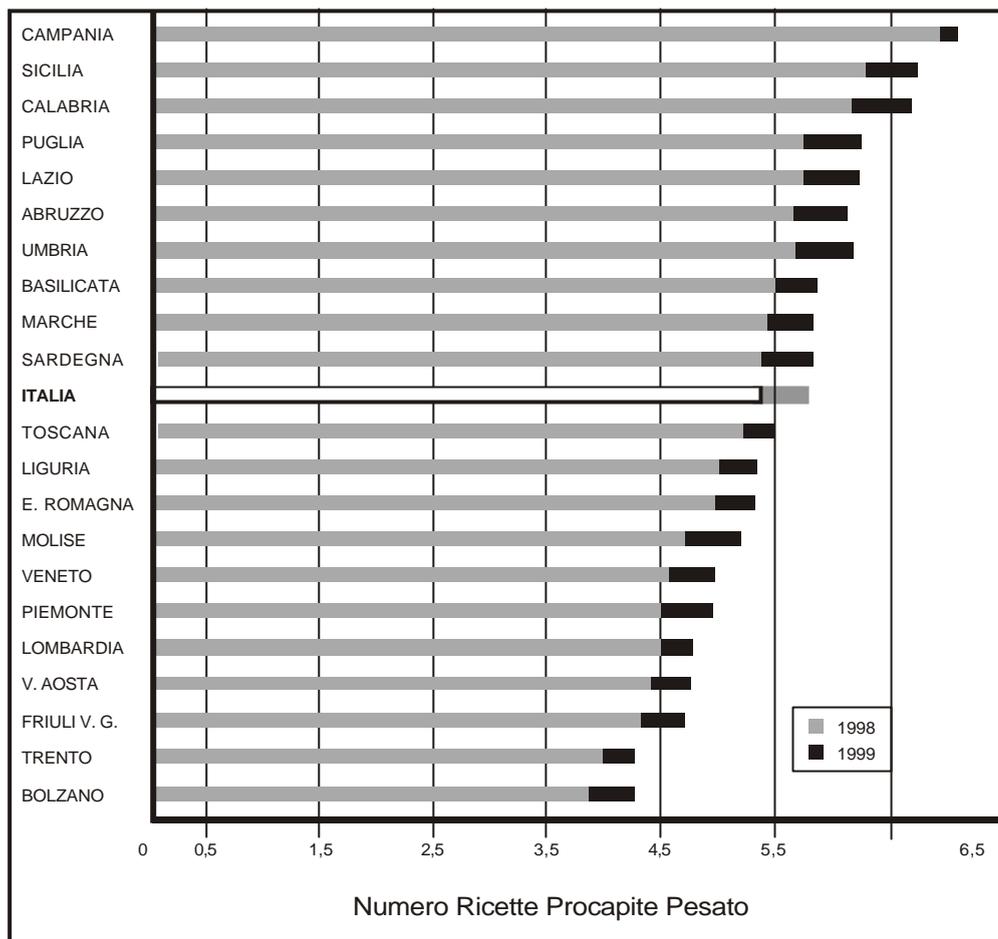


Figura 4
Valori nazionali e regionali del numero di Ricette Procapite Pesato, stimato negli anni 1998-99 (Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

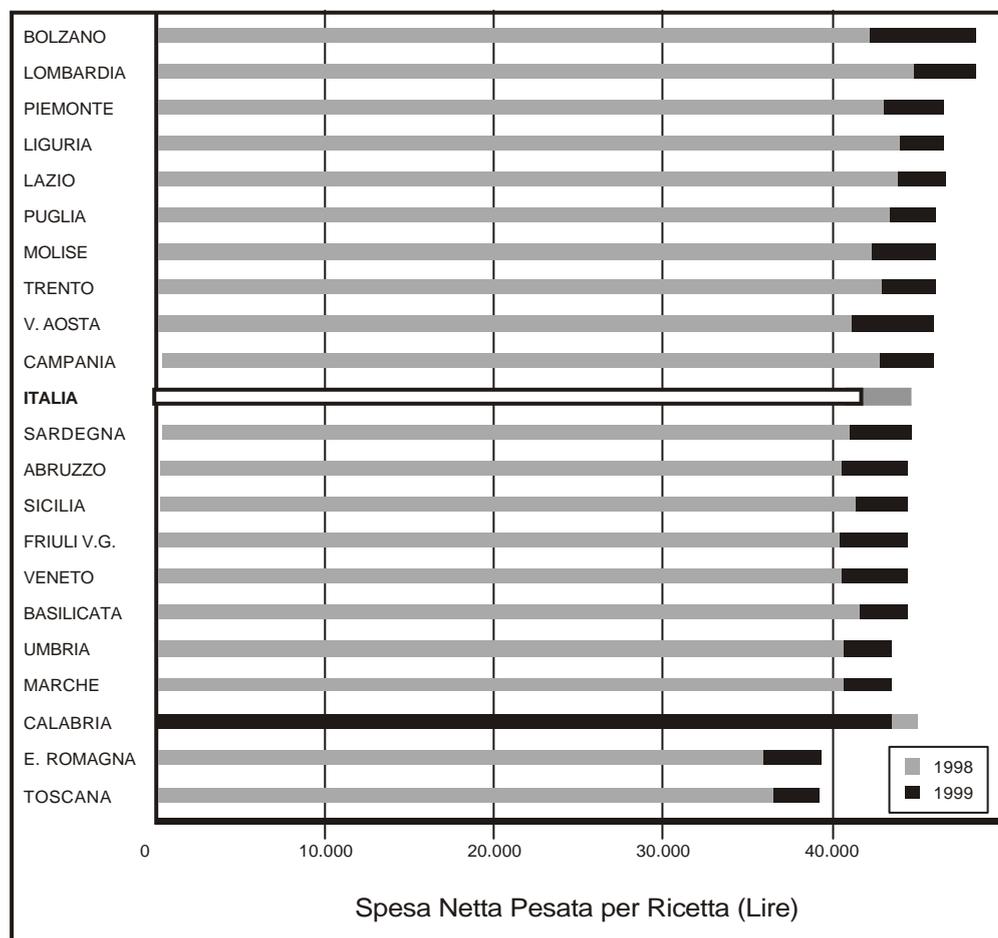


Figura 5
Valori nazionali e regionali della Spesa Farmaceutica Netta Pesata per ricetta, stimata negli anni 1998-99 (Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

	Spesa Farmaceutica 1999			Spesa Farmaceutica 2000		
	Spesa Netta (milioni L.)	Indicazione F.S.N. 1999 (milioni L.)	Scostamento % dal F.S.N.	Previsione Spesa Netta (milioni L.)	Indicazione F.S.N. 2000 (milioni L.)	Scostamento % dal F.S.N.
V. AOSTA	26.182	26.897	-2,7%	30.470	30.825	-1,2%
PIEMONTE	1.048.099	1.003.666	4,4%	1.194.985	1.145.852	4,3%
LIGURIA	472.578	415.988	13,6%	519.357	473.532	9,7%
LOMBARDIA	2.065.314	1.972.384	4,7%	2.280.501	2.263.255	0,8%
VENETO	969.275	983.632	-1,5%	1.098.638	1.125.979	-2,4%
BOLZANO	87.622	94.088	-6,9%	108.447	107.275	1,1%
TRENTO	89.093	102.873	-13,4%	97.557	117.812	-17,2%
FRIULI V.G.	260.721	283.650	-8,1%	299.707	322.812	-7,2%
E. ROMAGNA	920.520	954.668	-3,6%	1.055.939	1.089.531	-3,1%
MARCHE	373.166	341.905	9,1%	403.315	390.375	3,3%
TOSCANA	855.205	849.427	0,7%	944.258	968.901	-2,5%
LAZIO	1.467.776	1.129.078	30,0%	1.629.937	1.296.701	25,7%
UMBRIA	229.254	199.612	14,8%	253.902	228.397	11,2%
ABRUZZO	350.410	285.993	22,5%	406.753	329.494	23,4%
MOLISE	80.556	74.480	8,2%	93.272	85.492	9,1%
CAMPANIA	1.647.010	1.117.664	47,4%	1.776.064	1.281.064	38,6%
PUGLIA	1.058.510	824.558	28,4%	1.165.631	943.136	23,6%
BASILICATA	149.083	128.945	15,6%	165.952	147.544	12,5%
CALABRIA	535.707	424.711	26,1%	582.075	485.599	19,9%
SICILIA	1.417.821	1.047.599	35,3%	1.609.741	1.201.061	34,0%
SARDEGNA	391.784	338.182	15,8%	450.865	386.361	16,7%
ITALIA	14.496.356	12.600.000	15,1%	16.154.169	14.421.000	12,0%

andamento può essere in qualche modo ricollegato ai dati dell'indagine Istat che dimostravano una percezione maggiormente negativa dello stato di salute da parte delle popolazioni del Sud.

Infine, un dato particolarmente significativo è l'analisi, Regione per Regione, dello scostamento della spesa farmaceutica reale da quella prevista dalla programmazione annuale attuata dal Ministero della Sanità (Tabella 12). Le poche Regioni che negli anni 1999 e 2000 hanno realizzato una spesa inferiore alla previsione di spesa programmata si collocano tutte al Nord Italia, mentre al Centro ed al Sud si trovano le Regioni che hanno sfiorato maggiormente in termini percentuali rispetto al programmato.

L'insieme di questi dati evidenziano la complessità dei fenomeni sociali e culturali che stanno alla base del consumo di farmaci e più in generale del consumo di risorse sanitarie. In alcune realtà sociali e culturali il contenimento

della spesa sembra maggiormente problematica che in altre. L'introduzione diffusa ed acritica di nuove tecnologie (tra queste comprendiamo ovviamente anche i nuovi farmaci, soprattutto quelli biotecnologici) rappresenta un fattore di espansione esplosivo della spesa sanitaria pubblica. Il rimedio migliore per controllare e razionalizzare la spesa sanitaria e quella farmaceutica, in particolare, ritengo debba basarsi su un diffusione sempre maggiore di una corretta cultura medica non disgiunta da una capacità di analisi critica del valore delle innovazioni. Solo così si potranno evitare tagli imposti e sovrastrutture burocratiche che negli ultimi anni hanno appesantito, spesso inutilmente o impropriamente, la professione medica. Solo con maggior cultura medica e maggiore capacità critica il medico potrà essere artefice di uno sviluppo sostenibile della medicina moderna i cui benefici siano equamente resi accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno.