



Un *test* sulle ipotesi delle proiezioni
a medio-lungo termine della spesa farmaceutica
di Nicola C. Salerno¹

¹ Contatti: [✉ nicola.salerno@tin.it](mailto:nicola.salerno@tin.it), [🐦 nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno), [🌐](https://www.linkedin.com/in/nicolacsalerno) +39 347-90.23.927, Via San Remo n. 3 (00182 Roma)

Sommario

Se si applica al medio-lungo periodo passato (1988-2012) la metodologia che Ecofin-Ocse utilizzano per le proiezioni nel medio-lungo periodo futuro, si può confrontare la serie storica della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda con la ricostruzione della stessa serie. Come già per la spesa sanitaria nel lavoro “*Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria*”, la ricostruzione permette di isolare la serie sia dall’influenza della politica di bilancio sia dalle riforme strutturali avvenute nell’ultimo ventennio.

La politica di bilancio ha svolto principalmente la funzione di contenimento della spesa, tentando di stabilizzare l’incidenza sulla spesa sanitaria corrente e, attraverso questa, anche l’incidenza sul Pil. Le riforme settoriali hanno, dal canto loro, fatto compiere significativi progressi a un settore che alla fine degli anni ‘80 era di fatto “a digiuno” di moderni strumenti di regolazione sia lato offerta che lato domanda. Molto resta da fare, ma dietro una parte della decrescente incidenza sul Pil tra gli anni ‘80 ed oggi si trova anche questa spiegazione.

Ed è questo il motivo per cui la calibrazione del profilo di spesa *pro-capite* nel 1988 avviene con riferimento non alla spesa storica (che allora incideva per quasi il 20% sulla spesa sanitaria corrente, un livello alto), ma alla spesa storica ricondotta al 13,1% della spesa sanitaria di quell’anno. Si ipotizza, in altri termini, che questa proporzione “ideale” che oggi si tenta di mantenere fosse già stata raggiunta (o ricercata) dalle scelte di *policy* di allora. Se non si procedesse in questo modo, il valore storico del 1988 non sarebbe confrontabile con la maggior parte dei dati di spesa successivi. A fine anni ‘80 la regolazione di settore era ancora rudimentale (non esisteva il *reference pricing* per esempio); gli equivalenti economici dei prodotti *off-patent* erano quasi del tutto assenti; l’Agenzia di settore (l’Aifa) era di là da venire così come l’Antitrust (l’Agcm); il dibattito sull’ammodernamento della distribuzione non era ancora stato aperto.

Ricostruita (calibrata) la spesa per fasce di età nel 1988, si possono ipotizzare tre scenari, a seconda che essa si evolva (a) allo stesso tasso del Pil *pro-capite*, (b) con un *mark-up* di 0,5 p.p., (c) con un *mark-up* di 1 p.p.. Queste tre ipotesi riassumono la vasta casistica che Ecofin-Ocse sviluppano come analisi di sensitività.

Per costruzione, solo nel 1988 il tetto del 13,1% è rispettato; nel corso del tempo, l’aggancio della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite* imprime una evoluzione indipendente, che permette di misurare quanta parte del fabbisogno rischia di non esser compreso nel tetto.

Nel primo scenario, al 2012 la spesa ricostruita è molto vicina a quella effettiva. La dinamica complessiva tra il 1998 e il 2012 viene colta in maniera sufficientemente precisa. Questo risultato può esser interpretato come una evidenza che, negli ultimi anni, la *policy* ha avuto come obiettivo allineare la dinamica della spesa a quella del Pil. Ma, come già fatto nel precedente lavoro sulla sanità (*cit.*), la domanda diviene: quanta parte del fabbisogno farmaceutico finisce troncata dalle scelte di stabilizzazione della spesa?

Gli altri due scenari possono fornire ordini di grandezza di questo troncamento, ipotizzando tassi di crescita della spesa *pro-capite* superiori ai tassi di crescita del Pil *pro-capite*, per applicare una dinamica capace di cogliere il fabbisogno. Nel secondo scenario, al 2012 la spesa ricostruita è superiore di quasi 1,9 miliardi di Euro a quella effettiva. Nel terzo scenario è superiore di oltre 3,9 miliardi di Euro.

Qual è il tasso di crescita che meglio coglie la dinamica del fabbisogno? Per la spesa sanitaria pubblica nel suo complesso, le serie storiche dei principali *Partner* Ue raccontano per gli ultimi 20-30 di una elasticità al Pil significativamente superiore all’unità, con *mark-up* sui tassi di crescita del Pil *pro-capite* di 1 p.p. o addirittura di più.

Può la stessa evidenza valere per la farmaceutica territoriale pubblica? La comparabilità internazionale di sottocomparti di spesa è più complicata di quella sugli aggregati, se si considera che il fabbisogno sanitario può essere fronteggiato con combinazioni diverse di prestazioni e che queste hanno gradi variabili sia di complementarità che di sostituibilità.

Fatta questa precisazione, se anche il *mark-up* si collocasse ad un valore intermedio tra il secondo (+0,5 p.p.) e il terzo scenario (+1 p.p.), nel 2012 mancherebbero all'appello tra i 2,5 e i 3 miliardi di Euro, parte integrante di quella sottostima del fabbisogno sanitario di cui si è discusso in "Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria" (cit.).

Cha fare? Questo dato non può esser utilizzato solo per chiedere che si dedichino maggiori risorse, soprattutto in un frangente macroeconomico e macrofinanziario come quello che si sta vivendo, con il bilancio pubblico sotto pressione su tutti i fronti, a cominciare da tutti i capitoli di spesa per *welfare*, non solo la farmaceutica, non solo la sanità. Il dato deve soprattutto fungere da sprono per le riforme, farne comprendere l'urgenza, sottolineare i pericoli per l'assistenza farmaceutica se quel divario, tra fabbisogno e spesa effettiva, non viene governato e ricomposto e continua a cercere "sommerso".

Non si dimentichi che dietro le serie della spesa, sia quelle storiche che quelle ricostruite, e dietro i valori al 2012, c'è l'assetto normativo e regolatorio della filiera del farmaco, che nonostante i progressi fatti non si è ancora affrancata dai suoi snodi più critici. Una seria e completa riforma della distribuzione al dettaglio libererebbe sicuramente risorse che possono concorrere a soddisfare la quota di fabbisogno farmaceutico oggi troncata. La modernizzazione e l'apertura della distribuzione al dettaglio sono anche tasselli essenziali per il miglior funzionamento del *reference pricing* in fascia "A" (e delle liste di trasparenza in fascia "C-Op"), e per favorire la diffusione degli equivalenti più economici tra i farmaci *off-patent*, altra leva importante per combinare gli obiettivi dell'adeguatezza (al fabbisogno) e della sostenibilità (della spesa).

L'adozione, su scala sistemica, dell'universalismo selettivo è l'altra riforma di struttura su cui fondare la capacità di governare nel tempo, in maniera trasparente e programmatica, il divario tra risorse teoricamente necessarie e risorse disponibili. Selezionare l'accesso sulla base delle caratteristiche sanitarie e economiche del singolo e/o della famiglia è un cambiamento importante per evitare che la limitatezza delle risorse produca effetti non controllabili e non gestibili, con possibili ripercussioni proprio sulle fasce più deboli e senza sufficienti mezzi per provvedere autonomamente. Selettività significa applicazione di compartecipazioni ai costi graduate per caratteristiche sanitarie e economiche, all'interno di un quadro regolatorio ben strutturato a livello nazionale (senza le immotivate frammentazioni regionali che oggi purtroppo si osservano).

E un altro grande tema da affrontare è quello della diversificazione delle fonti di finanziamento, con affiancamento al pilastro *pay-as-you-go* pubblico di un pilastro complementare basato su investimenti sui mercati e accumulazione reale delle risorse. Di fronte alle sfide dei prossimi decenni, la diversificazione delle fonti di finanziamento, che evidentemente vale per tutta la sanità e non solo per la farmaceutica, è di certo il cambiamento di struttura più profondo e impegnativo, da mettere in diretto collegamento con l'universalismo selettivo (per preparare per tempo le risorse per il pagamento dei *copayment*).

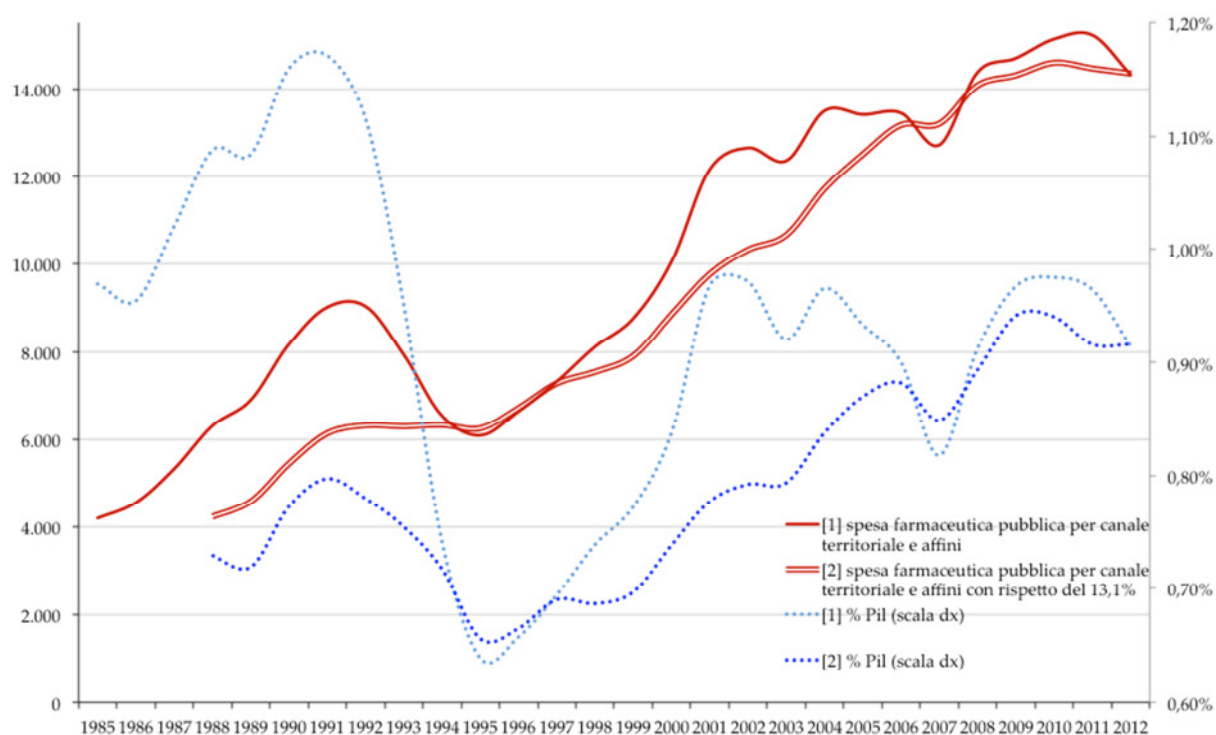
Non è questo il momento per entrare nei dettagli delle varie riforme sinteticamente richiamate. Ad ognuna sarà dedicato un prossimo contributo di *Welfare-Reforming*. Il messaggio conclusivo che si vuol trasmettere è che, di fronte a quei dati sullo scostamento tra fabbisogno e spesa effettiva, la prima reazione deve essere di sprono delle riforme. Limitarsi a invocare maggiori risorse a carico del bilancio pubblico rischia di essere una richiesta irrealizzabile, anche perchè la stessa è avanzata, oggi, contemporaneamente su tanti fronti e di fatto per tutti gli istituti del *welfare system*.

Introduzione e alcuni *caveat* importanti

Questa analisi ripete, per la spesa farmaceutica territoriale pubblica, l'esercizio già svolto per la spesa sanitaria pubblica nel suo complesso. Si applica a ritroso nel tempo (1998-2012) la metodologia che Ecofin e Ocse utilizzano per proiettare la spesa nel medio-lungo termine (sino al 2050-2060). Per una descrizione più dettagliata dei passaggi metodologici, si rimanda a "Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria"².

Le domande che ci si pone sono le stesse: In quale misura la metodologia Ecofin/Ocse riesce a riprodurre la dinamica passata? E quale interpretazione/spiegazione fornire per le discrepanze fra l'andamento storico e quello ricostruito?

Grafico 1 – Spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda (tutti i canali), 1985-2012



fonte: elaborazioni Ncs su Osmed

² Il documento è accessibile al seguente link: <http://econpapers.repec.org/paper/pramprapa/50402.htm>.

Prima di esaminare gli scenari, alcune precisazioni essenziali per le leggere nella prospettiva corretta le simulazioni e i risultati:

- Il profilo di spesa per fasce di età è quello della farmaceutica territoriale pubblica (fonte Ministero della Salute). Negli ultimi anni, la distribuzione del farmaco si è diversificata e, accanto alla via “tradizionale” delle farmacie (il canale convenzionato), oggi i farmaci di fascia “A” passano anche per la via diretta (le farmacie ospedaliere) e in nome-e-per-conto (con accordi *ad hoc* tra le Regioni e/o le Asl e le farmacie). La serie storica della spesa include i nuovi canali;
- Nel 1988, anno di partenza per la ricostruzione, la spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda contava per quasi il 20% della spesa sanitaria corrente pubblica. Una incidenza molto alta³. La regolazione di settore era ancora rudimentale (non esisteva il *reference pricing* per esempio); gli equivalenti economici dei prodotti *off-patent* erano quasi del tutto assenti⁴; l’Agenzia di settore (l’Aifa) era di là da venire così come l’Antitrust (l’Agcm); il dibattito sull’ammodernamento della distribuzione non era ancora stato aperto⁵;
- Per questa ragione, calibrare il profilo di spesa per fascia di età nel 1988, e trascinarlo in avanti secondo la metodologia Ecofin-Ocse, può esser fuorviante, e condurre a una sovrastima della spesa ricostruita;
- Il *Grafico n. 1* riporta sia l’andamento della spesa storica tra il 1988 e il 2012, sia quello che sarebbe dovuto esser l’andamento della spesa nell’ipotesi che si fosse sempre rispettata una proporzione fissa sulla spesa sanitaria corrente pubblica. Si addotta la proporzione del 13,1%, che è il tetto attualmente in vigore⁶;
- Nel 1988 il profilo di spesa farmaceutica territoriale pubblica viene calibrato sia sulla spesa storica *tout court*, sia sulla spesa storica corretta per rispettare il tetto del 13,1% della spesa sanitaria corrente pubblica;
- Si sta, in altri termini, sostenendo che, per quanto riguarda la farmaceutica territoriale, almeno in parte la fase di riaggiustamento dei conti pubblici per l’ingresso nell’Euro (1990-1995) non ha generato solo una compressione di finanziamento/spesa, ma ha trovato fondamento nella incidenza allora sproporzionata sul bilancio del Ssn;

³ Cfr. *Tavola 1A* in Appendice.

⁴ Progressi da allora sono stati fatti, ma ancora oggi l’Italia resta indietro rispetto alle medie internazionali.

⁵ Progressi sono stati compiuti, ma gli snodi più seri, che riguardano soprattutto la distribuzione al dettaglio dei farmaci (le farmacie), restano, a distanza di quasi venticinque anni, inalterati.

⁶ In realtà il tetto si applica rispetto al finanziamento a programma e non al valore consuntivo della spesa corrente. Nell’esercizio lo si applica, invece, alla spesa storica, ipotizzando che alla farmaceutica territoriale venga riconosciuta una proporzione fissa del fabbisogno di cure che si esprime con la spesa sanitaria a consuntivo.

- La metodologia Ecofin-Ocse è applicata alla ricostruzione di entrambe le serie storiche: quella originaria e quella ricondotta al tetto del 13,1%;
- Come ultimo *caveat* una considerazione generale. Ipotizzare che il fabbisogno sanitario complessivo (e quindi la spesa in cui questo si concretizza) si evolva secondo un certo tasso di crescita non implica che tutte le componenti di spesa debbano rispondere allo stesso tasso. È possibile che si realizzino sostituzioni e anche complementarità tra terapie e tra forme di assistenza sanitaria. O è possibile che alcune prestazioni siano più aperte all'innovazione e a dinamiche più intense di domanda e di costo, oppure più esposte al cosiddetto "morbo di Baumol" che rallenta i progressi della produttività del lavoro. Osservazioni di questo genere vanno tenute a bene mente nella lettura dei risultati delle simulazioni, e soprattutto nel confronto con i risultati del precedente esercizio svolto sulla spesa sanitaria complessiva (cit. "Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria").

Gli scenari di proiezione

Il profilo di spesa *pro-capite* ricavabile dai dati di consumo e spesa del Ministero della Salute⁷ si sovrappone abbastanza fedelmente a quello desumibile dal più recente rapporto sulle proiezioni della spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato⁸, con l'eccezione della fascia di età dai 95 anni in su (*Grafico n. 4A* in Appendice). Questa fascia di età è poco popolata (circa 0,2% del totale oggi, era lo 0,035% nel 1982) ma, per sicurezza (per evitare sottostime), si sceglie di apportare delle modifiche al profilo per avvicinarlo a quello della Ragioneria Generale anche nella fascia 95+. Il profilo è al lordo delle compartecipazioni dei cittadini (*copayment* e *reference pricing*) e copre tutti i canali di distribuzione.

Si sviluppano tre scenari di ricostruzione della spesa:

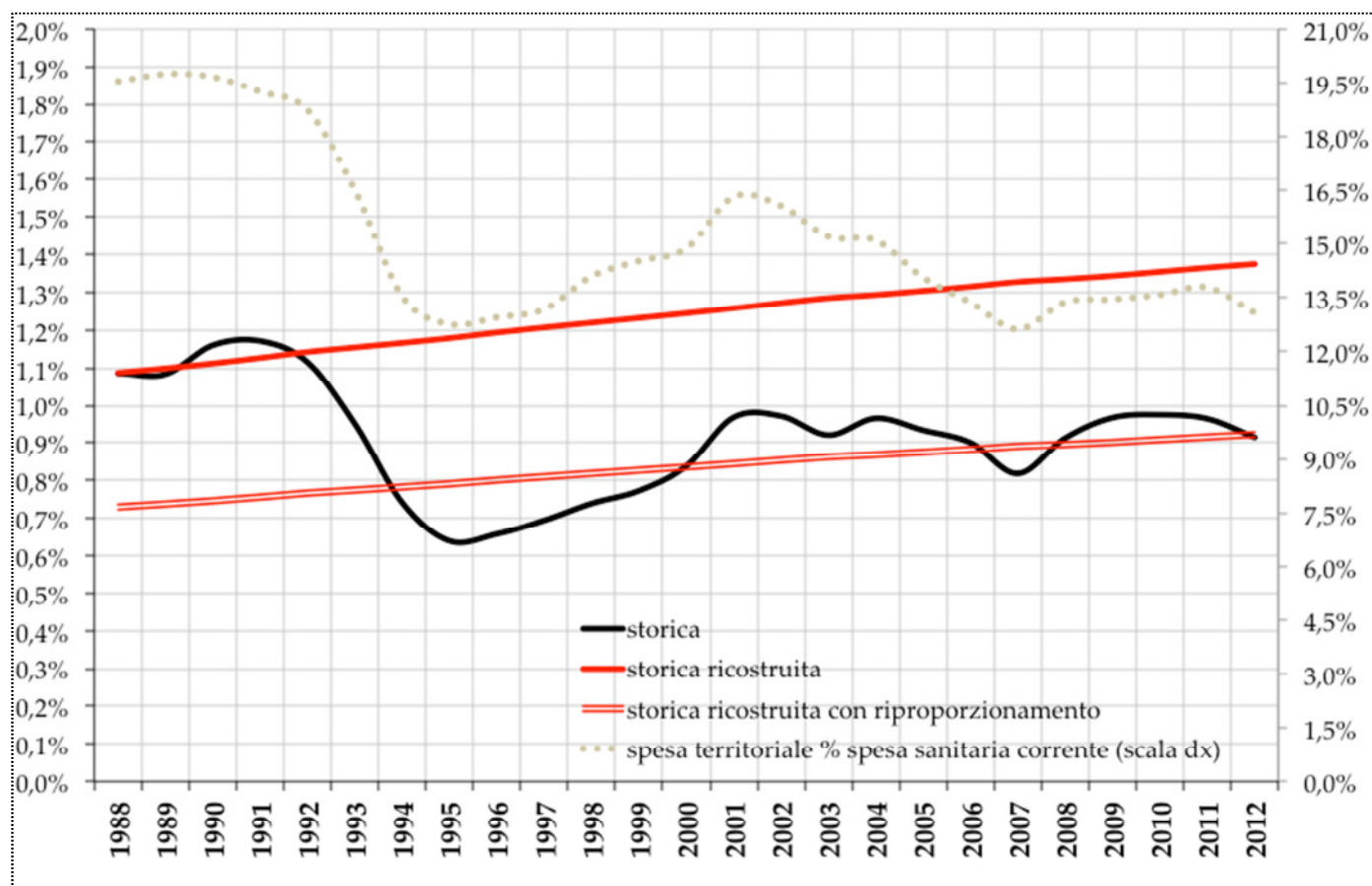
- 1) Nel primo, *Grafico n. 2*, dopo aver calibrato il profilo di spesa per fasce di età nel 1988, la spesa *pro-capite* di fascia si evolve allo stesso tasso di crescita del Pil *pro-capite*;
- 2) Nel secondo, *Grafico n. 3*, la spesa *pro-capite* di fascia si evolve al tasso di crescita del Pil *pro-capite* con l'aggiunta di un *mark-up* di 0,5 p.p.;
- 3) Nel terzo, *Grafico n. 4*, la spesa *pro-capite* di fascia si evolve al tasso di crescita del Pil *pro-capite* con l'aggiunta di un *mark-up* di 1 p.p..

In tutti e tre gli scenari, la calibrazione al 1988 avviene prendendo a riferimento sia la spesa storica, sia quella che sarebbe stata la spesa se fosse valsa la proporzione del 13,1% rispetto alla spesa sanitaria corrente pubblica.

⁷ I dati del Ministero della Salute sono mutuati dai lavori del CeRM di Roma.

⁸ Cfr. <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2013/index.html>.

Grafico 2 – Ricostruzione della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda
 Hp.: spesa *pro-capite* cresce al tasso di crescita del Pil *pro-capite*



fonte: elaborazioni Ncs

Primo scenario - Nel Grafico n. 2, la linea continua nera rappresenta la spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda in percentuale del Pil (scala sinistra). La linea tratteggiata grigia che rimane sullo sfondo raffigura l'incidenza di questa stessa voce di spesa sulla spesa sanitaria corrente pubblica (scala destra).

Poi ci sono le due linee che rappresentano la ricostruzione secondo la metodologia Ecofin-Ocse:

- La linea piena rossa (scala sinistra) utilizza la spesa storica per la calibrazione nel 1988 e poi ricostruisce l'andamento nel tempo applicando alla spesa *pro-capite* di fascia lo stesso tasso di crescita del Pil *pro-capite*⁹;
- La doppia linea rossa (scala sinistra) utilizza, per la calibrazione nel 1988, la spesa (storica) riproporzionata per rispettare il 13,1% della spesa sanitaria corrente pubblica di quello stesso anno; l'andamento nel tempo viene poi ricostruito applicando alla spesa *pro-capite* di fascia lo stesso tasso di crescita del Pil *pro-capite*.

⁹ Come nel precedente esercizio sulla spesa sanitaria, la demografia sottostante è di fonte Istat.

Per i motivi decritti nei *caveat* introduttivi, la calibrazione sulla spesa storica *tout court* porta con sé il rischio concreto di includere (trascinandole nel tempo) disorganizzazioni e inefficienze sistemiche. A quella data, la regolazione settoriale era ancora ai primordi e la quota di spesa sanitaria corrente assorbita dalla farmaceutica prossima al 20%. L'applicazione della metodologia Ecofin-Ocse vedrebbe l'incidenza sul Pil crescere dall'1,1% nel 1988 a poco meno dell'1,4% nel 2012. Una incidenza sulla spesa sanitaria corrente superiore al 20% nel 2012, non sostenibile, non realistica.

Più interessante e utile, sul piano di *policy*, la seconda ricostruzione, quella con la spesa del 1988 riproporzionata al 13,1% della spesa sanitaria corrente. Anche se il processo di ammodernamento/riforma non può dirsi completato¹⁰, i progressi regolatori compiuti nel settore hanno introdotto, rispetto alla fine degli anni '80, un vero e proprio *break* strutturale che sfugge se l'esercizio di ricostruzione parte dalla spesa storica *tout court*. Questo *break* si è sovrapposto al consolidamento dei conti pubblici per l'ingresso nell'Euro.

Nella seconda ricostruzione l'incidenza della spesa sul Pil parte da poco meno dello 0,75% nel 1988 per arrivare a poco più dello 0,9% nel 2012. Dopo il decennio 1988-1998 di "*overshooting*" (prima alta incidenza, poi fase di compressione), durante il quale la spesa ricostruita resta molto distante da quella storica, dal 2000 in poi le due serie sono molto più vicine, anche se la ricostruita si muove quasi sempre al di sotto della storica, per arrivare pressoché ad eguagliarla nel 2012.

Secondo scenario - Per il Grafico n. 3 vale la medesima modalità di lettura, con la differenza che la spesa *pro-capite* cresce al tasso di crescita del Pil *pro-capite* maggiorato di 0,5 p.p..

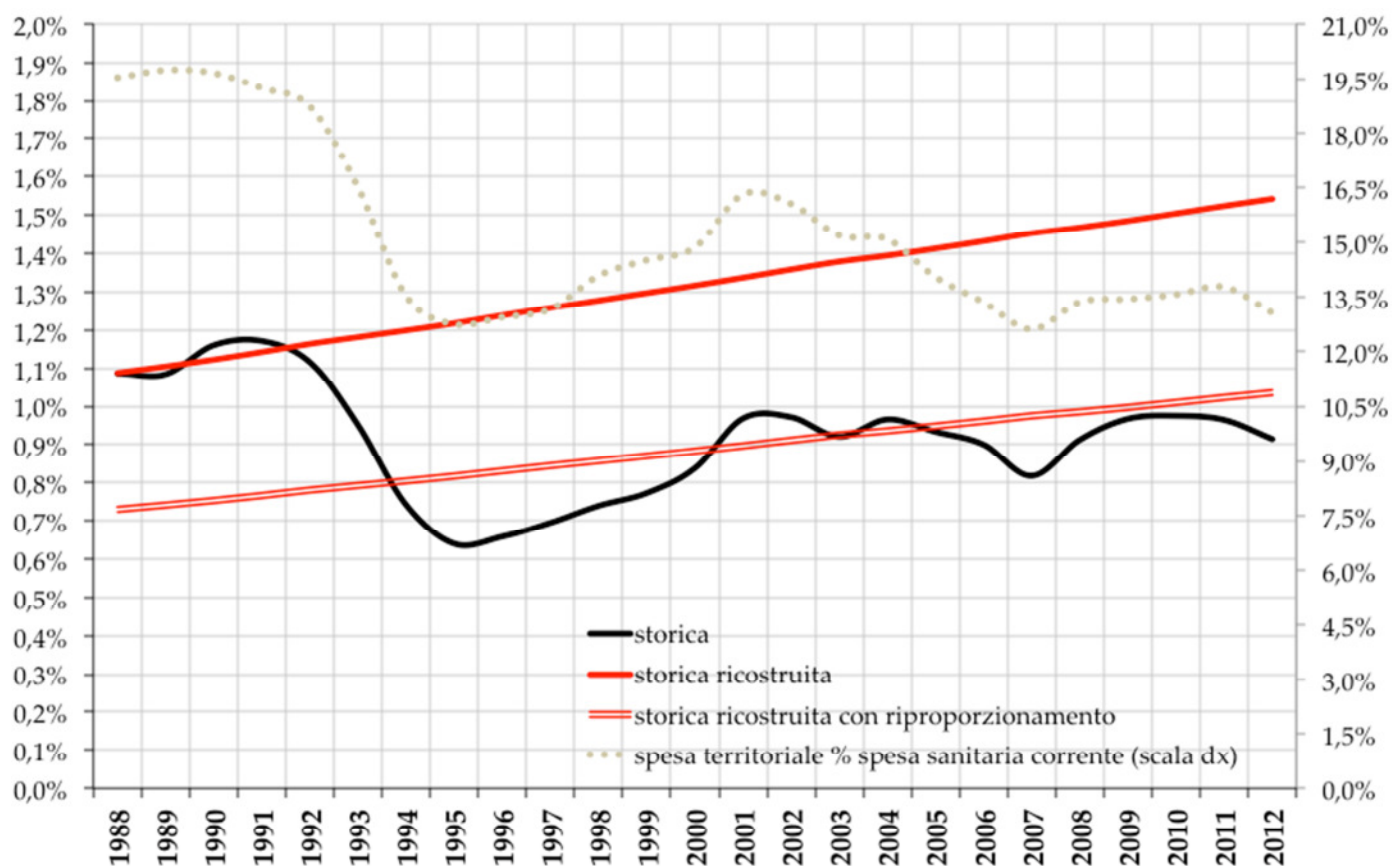
Anche qui, la ricostruzione della spesa storica *tout court* fornisce risultati insostenibili e irrealistici. Anzi, ancor più irrealistici che nel primo scenario, come conseguenza della più intensa dinamica di spesa: tra il 1988 e il 2012, l'incidenza sul Pil passa dall'1,1% a oltre l'1,5% (1,55%), per una quota della spesa sanitaria corrente superiore al 22% nel 2012.

La ricostruzione con la spesa del 1988 ricondotta al tetto del 13,1% permette, invece, alcune considerazioni interessanti. Quando si ipotizza che la spesa *pro-capite* cresca con un *mark-up* sulla crescita del Pil *pro-capite*, ci si pone in un contesto di tendenziale dilatazione dell'incidenza sul Pil. Diventa cruciale la differenza tra, da un lato, l'andamento della spesa libera da vincoli, ossia l'andamento del fabbisogno, e, dall'altro lato, l'andamento della spesa a consuntivo, dopo gli interventi di *policy* per mantenere o ristabilire *ex-post* il rispetto del tetto. Se ci si pone in questa prospettiva, il secondo scenario, partendo dal rispetto del tetto nel 1988¹¹, mostra il divario che si crea tra fabbisogno e spesa se il tetto resta per lungo tempo fisso, senza esser ridiscusso, ad intervalli ragionevoli, per incorporare eventuali nuove insorgenze di fabbisogno.

¹⁰ La riforme di settore sono coinvolte e influenzate dalla riorganizzazione federalista che in Italia stenta a chiudersi.

¹¹ Si ipotizza, lo si ripete, che valesse già nel 1988 la proporzione tra spesa farmaceutica e spesa sanitaria che oggi si vuol realizzare e mantenere.

Grafico 3 – Ricostruzione della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda
 Hp.: spesa *pro-capite* cresce al tasso di crescita del Pil *pro-capite*
 con aggiunta di un *mark-up* pari a 0,5 p.p.



fonte: elaborazioni Ncs

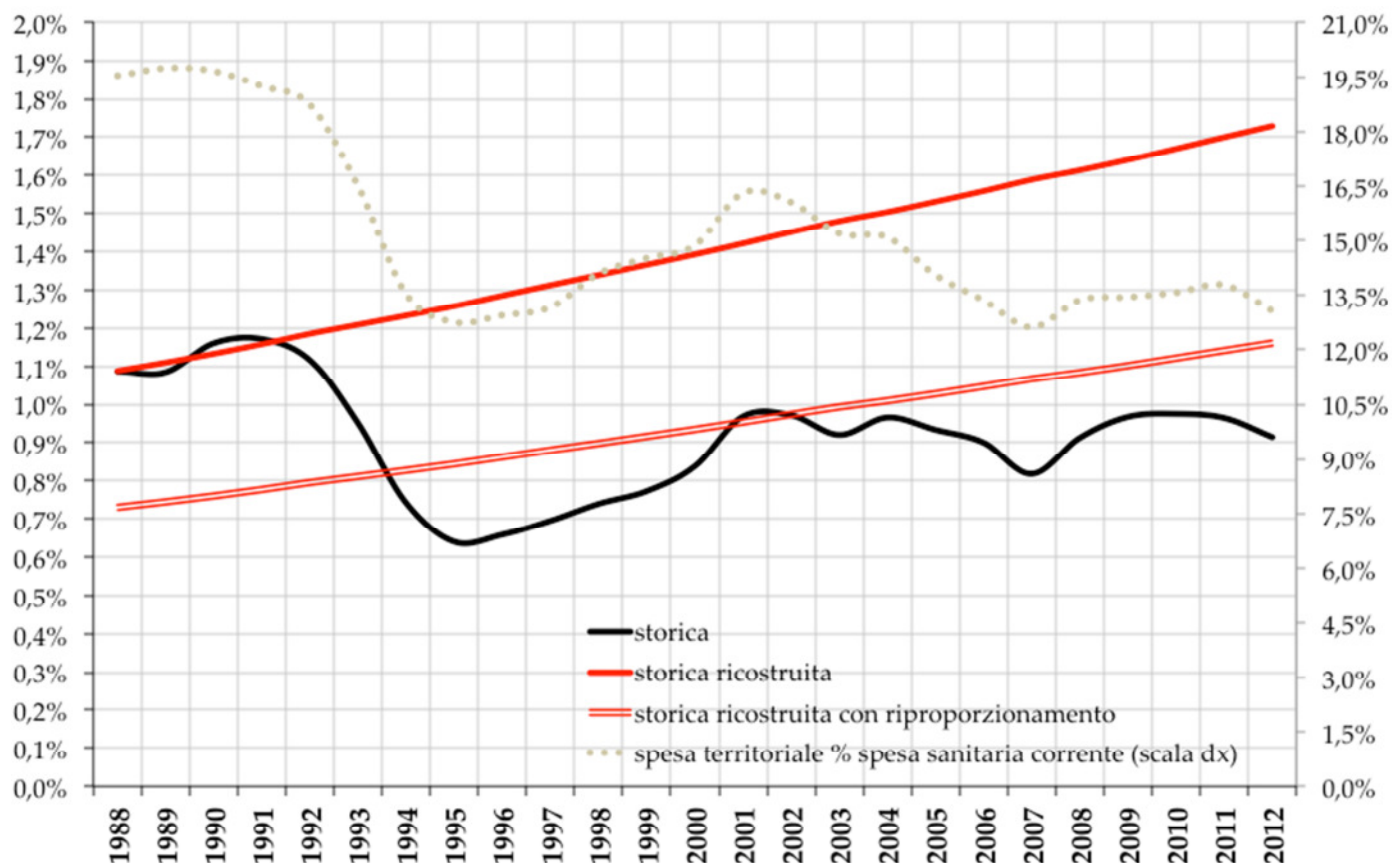
La spesa ricostruita con il tetto ha una incidenza sul Pil che passa da poco meno dello 0,75% nel 1998 a poco più dell'1% nel 2012. Tranne che negli anni 1988-1993 e 2000-2004, la serie ricostruita si colloca sempre al di sopra della serie storica. In particolare, è così negli ultimi otto anni, dal 2004 al 2012.

Per costruzione, solo nel 1988 il tetto del 13,1% è rispettato; nel corso del tempo, l'aggancio della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite* imprime una evoluzione indipendente, che permette di misurare quanta parte del fabbisogno rischia di non esser compreso nel tetto. Nel 2012, l'incidenza della spesa farmaceutica ricostruita sulla spesa sanitaria corrente è pari a oltre il 14,7%: in quasi 25 anni, il fabbisogno farmaceutico ha (avrebbe, nelle ipotesi adottate) superato il tetto di circa 1,6 p.p. di spesa sanitaria corrente. Oggi, la spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda dovrebbe contare, in termini di Pil, circa 0,12 p.p. in più, equivalenti a circa 1,9 miliardi di Euro a valore corrente¹².

¹² Prima di trarre conclusioni affrettate su questo dato in Euro, si completi la lettura del documento, e soprattutto delle Conclusioni.

Terzo scenario – Dopo la descrizione del secondo, quella del terzo scenario risulta agevole. La chiave di lettura resta la medesima, con la differenza che il *mark-up* sul tasso di crescita del Pil è pari a 1 p.p..

Grafico 4 – Ricostruzione della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda
 Hp.: spesa *pro-capite* cresce al tasso di crescita del Pil *pro-capite*
 con aggiunta di un *mark-up* pari a 1 p.p.



fonte: elaborazioni Ncs

Si sorvola sulla ricostruzione sulla base della spesa storica *tout court*, insostenibile e irrealistica come negli altri due scenari: qui, al 2012, l'incidenza sul Pil supera l'1,7% del Pil, con quota sulla spesa sanitaria corrente che raggiunge quasi il 25%.

La spesa ricostruita con il tetto ha una incidenza sul Pil che passa da poco meno dello 0,75% nel 1998 a poco più dell'1,15% nel 2012. Tranne che negli anni 1988-1993, la serie ricostruita si colloca sempre al di sopra della serie storica. Nel 2012, l'incidenza della spesa farmaceutica ricostruita sulla spesa sanitaria corrente è pari a quasi il 16,7%: in quasi 25 anni, il fabbisogno farmaceutico ha (avrebbe, nelle ipotesi adottate) superato il tetto di circa 3,5 p.p. di spesa sanitaria corrente. Oggi, la spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda

dovrebbe contare, in termini di Pil, circa 0,25 p.p. in più, equivalenti a circa 3,9 miliardi di Euro a valore corrente¹³.

Riepilogo e conclusioni

Se si applica al lungo periodo passato (1988-2012) la metodologia con cui Ecofin-Ocse proiettano nel medio-lungo periodo futuro (2050-2060), si può confrontare la serie storica della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda con la ricostruzione della stessa serie. Come già per la spesa sanitaria nel lavoro “*Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria*”, la ricostruzione permette di isolare la serie sia dall’influenza della politica di bilancio sia dalle riforme strutturali avvenute nell’ultimo ventennio.

La politica di bilancio ha svolto principalmente la funzione di contenimento della spesa, tentando di stabilizzare l’incidenza sulla spesa sanitaria corrente e, attraverso questa proporzione, anche l’incidenza sul Pil. Le riforme settoriali hanno, dal canto loro, fatto compiere significativi progressi a un settore, come quello farmaceutico, che alla fine degli anni ’80 era di fatto “a digiuno” di moderni strumenti di regolazione sia lato offerta che lato domanda. Molto resta da fare, ma dietro una parte della decrescente incidenza sul Pil tra gli anni ’80 ed oggi si trova anche questa spiegazione (che ha funzionato come un *break* strutturale, sollecitato anche dalle ristrettezze di bilancio ma non confondibile *tout court* con il riaggiustamento di finanza pubblica per l’ingresso nell’Euro).

Ed è questo il motivo per cui la calibrazione del profilo di spesa *pro-capite* nel 1988 avviene con riferimento non alla spesa storica (che incideva per quasi il 20% sulla spesa sanitaria corrente di allora, un livello alto), ma alla spesa storica ricondotta al 13,1% della spesa sanitaria di quell’anno. Si ipotizza, in altri termini, che questa proporzione “ideale” che oggi si tenta di mantenere fosse già stata raggiunta (o ricercata) dalle scelte di *policy*. Se non si procedesse in questo modo, il valore storico del 1988 non sarebbe confrontabile con la maggior parte dei dati di spesa successivi. A fine anni ’80 la regolazione di settore era ancora rudimentale (non esisteva il *reference pricing* per esempio); gli equivalenti economici dei prodotti *off-patent* erano quasi del tutto assenti; l’Agenzia di settore (l’Aifa) era di là da venire così come l’Antitrust (l’Agcm); il dibattito sull’ammodernamento della distribuzione non era ancora stato aperto.

Ricostruita la spesa per fasce di età nel 1988 (applicando a ritroso nel tempo la metodologia che Ecofin-Ocse applicano per proiettare in avanti), si possono ipotizzare tre scenari, a seconda che la spesa *pro-capite* per fascia di età si evolva (a) allo stesso tasso del Pil *pro-capite*, (b) con un *mark-up* di 0,5 p.p., (c) con un *mark-up* di 1 p.p.. Queste tre ipotesi riassumono la vasta casistica che Ecofin-Ocse sviluppano come analisi di sensitività sul tasso di crescita.

¹³ Cfr. Nota in calce n. 12.

Per costruzione, solo nel 1988 il tetto del 13,1% è rispettato; nel corso del tempo, l'aggancio della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite* imprime una evoluzione indipendente, che permette di misurare quanta parte del fabbisogno rischia di non esser compreso nel tetto negli anni successivi.

La tavola segue riassume i risultati:

Tavola 1 – Risultati dell'esercizio di ricostruzione della spesa farmaceutica territoriale pubblica lorda

	crescita della spesa <i>pro-capite</i>	(a) % Pil al 2012	(b) % Pil al 2012 ricostruita	(b) - (a)
scenario 1	crescita del Pil <i>pro-capite</i>	0,91%	0,92%	0,01%
scenario 2	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 0,5 p.p.		1,03%	0,12%
scenario 3	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 1 p.p.		1,16%	0,25%

	crescita della spesa <i>pro-capite</i>	(c) % spesa san. corr. al 2012	(d) % spesa san. corr. al 2012 ricostruita	(d) - (c)
scenario 1	crescita del Pil <i>pro-capite</i>	13,08%	13,15%	0,07%
scenario 2	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 0,5 p.p.		14,72%	1,64%
scenario 3	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 1 p.p.		16,58%	3,50%

	crescita della spesa <i>pro-capite</i>	(b) - (a) e (d) - (c) in mld. Euro 2012
scenario 1	crescita del Pil <i>pro-capite</i>	0,16
scenario 2	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 0,5 p.p.	1,88
scenario 3	crescita del Pil <i>pro-capite</i> + 1 p.p.	3,91

fonte: elaborazioni Ncs

Nel primo scenario, al 2012 la spesa ricostruita è molto vicina a quella effettiva. La dinamica complessiva tra il 1998 e il 2012 viene colta in maniera sufficientemente precisa. Questo risultato può esser interpretato come una evidenza che, negli ultimi anni, la *policy* ha avuto come esplicito obiettivo allineare la dinamica della spesa a quella del Pil. Ma, come già fatto

nel precedente lavoro sulla sanità (*cit.*), la domanda diviene: quanta parte del fabbisogno farmaceutico finisce troncata dalle scelte di stabilizzazione della spesa?

Gli altri due scenari possono fornire ordini di grandezza di questo troncamento, ipotizzando tassi di crescita della spesa *pro-capite* superiori ai tassi di crescita del Pil *pro-capite*, per applicare una dinamica capace di cogliere il fabbisogno. Nel secondo scenario la spesa ricostruita è superiore di quasi 1,9 miliardi di Euro a quella effettiva. Nel terzo scenario è superiore di oltre 3,9 miliardi di Euro.

Qual è il tasso di crescita che meglio coglie la dinamica del fabbisogno? Per la spesa sanitaria pubblica nel suo complesso, le serie storiche dei principali *Partner Ue* raccontano per gli ultimi 20-30 di una elasticità al Pil significativamente superiore all'unità, con *mark-up* sui tassi di crescita del Pil *pro-capite* di 1 p.p. o addirittura di più. Può la stessa evidenza valere per la farmaceutica territoriale pubblica? La comparabilità internazionale tra sottocomparti di spesa è più complicata di quella tra aggregati, se si considera che uno stesso fabbisogno sanitario può essere fronteggiato con combinazioni diverse di prestazioni e che queste hanno gradi variabili sia di complementarità che di sostituibilità.

Fatta questa precisazione, se anche il *mark-up* si collocasse ad un valore intermedio tra il secondo (+0,5 p.p.) e il terzo scenario (+1 p.p.), nel 2012 mancherebbero all'appello tra i 2,5 e i 3 miliardi di Euro, parte integrante di quella sottostima del fabbisogno sanitario di cui si è discusso in "*Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria*" (*cit.*).

Cha fare? Questo dato non può esser utilizzato solo per chiedere che si dedichino maggiori risorse, soprattutto in un frangente macroeconomico e macrofinanziario come quello che si sta vivendo, con il bilancio pubblico sotto pressione su tutti i fronti, a cominciare da tutti i capitoli di spesa per *welfare*. Il dato deve soprattutto fungere da sprono per le riforme, farne comprendere l'urgenza, sottolineare i pericoli per l'assistenza farmaceutica se quel divario, tra fabbisogno e spesa effettiva, non viene governato e ricomposto e continua a cercare "sommerso".

Non si dimentichi che dietro le serie della spesa, sia quelle storiche che quelle ricostruite, e dietro i valori al 2012, c'è l'assetto normativo e regolatorio della filiera del farmaco, che nonostante i progressi fatti non si è ancora affrancata dai suoi snodi più critici. Una seria e completa riforma della distribuzione al dettaglio libererebbe sicuramente risorse che possono concorrere a soddisfare la quota di fabbisogno farmaceutico oggi troncata. La modernizzazione e l'apertura della distribuzione al dettaglio sono anche tasselli essenziali per il miglior funzionamento del *reference pricing* in fascia "A" (e delle liste di trasparenza in fascia "C-Op"), e per favorire la diffusione degli equivalenti più economici tra i farmaci *off-patent*, altra leva importante per combinare gli obiettivi dell'adeguatezza (al fabbisogno) e della sostenibilità (della spesa).

L'adozione, su scala sistemica, dell'universalismo selettivo è l'altra riforma di struttura su cui fondare la capacità di governare nel tempo, in maniera trasparente e programmatica, il divario tra risorse teoricamente necessarie e risorse disponibili. Selezionare l'accesso sulla base delle caratteristiche sanitarie e economiche del singolo e/o della famiglia è un cambiamento importante per evitare che la limitatezza delle risorse produca effetti non

controllabili e non gestibili, con possibili ripercussioni proprio sulle fasce più deboli e senza sufficienti mezzi per provvedere autonomamente. Selettività significa applicazione di compartecipazioni ai costi graduate per caratteristiche sanitarie e economiche, all'interno di un quadro regolatorio ben strutturato a livello nazionale (senza le immotivate frammentazioni regionali che oggi purtroppo si osservano).

L'altro grande tema da affrontare è quello della diversificazione delle fonti di finanziamento, con affiancamento al pilastro *pay-as-you-go* pubblico di un pilastro complementare basato su investimenti sui mercati e accumulazione reale delle risorse. Di fronte alle sfide dei prossimi decenni, la diversificazione delle fonti di finanziamento, che evidentemente vale per tutta la sanità non solo per la farmaceutica, è di certo il cambiamento di struttura più profondo e impegnativo, da mettere in collegamento anche con l'universalismo selettivo (per preparare per tempo le risorse per il pagamento dei *copayment*).

Non è questo il momento per entrare nei dettagli delle varie riforme sinteticamente richiamate. Ad ognuna sarà dedicato un prossimo contributo di *Welfare-Reforming*. Il messaggio conclusivo che si vuol trasmettere è che, di fronte a quei dati sullo scostamento tra fabbisogno e spesa effettiva, la prima reazione deve essere di sprono delle riforme:

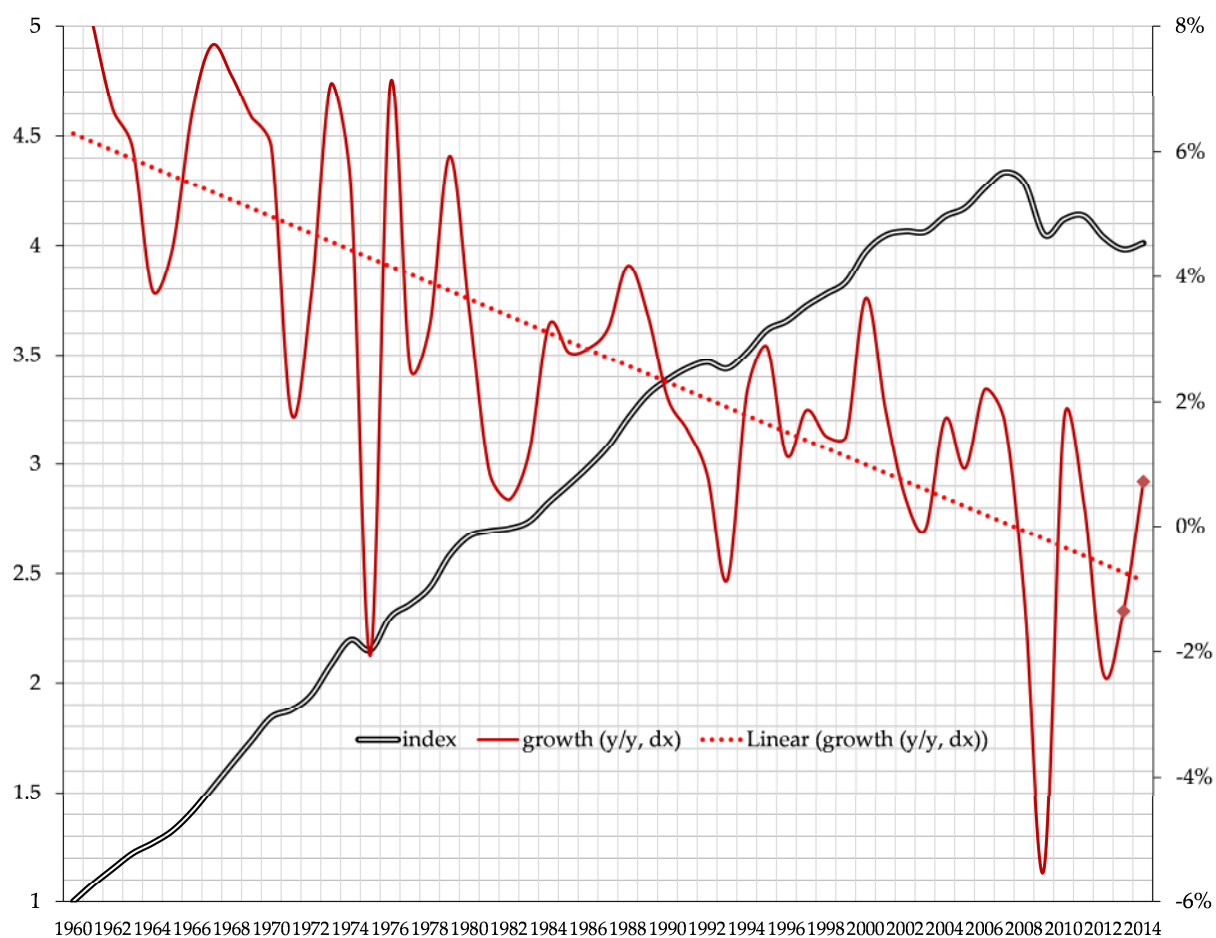
- ammodernare e aprire a concorrenza la distribuzione al dettaglio (le farmacie);
- promuovere la diffusione degli equivalenti economici dei farmaci *off-patent* (le *best practice* internazionali sono ancora lontane);
- far diventare l'universalismo selettivo una componente strutturale di funzionamento del sistema (con una cornice regolatoria nazionale al posto della frammentazione che oggi si incontra sul territorio);
- costruire l'impianto di finanziamento multipilastro.

FEM, 22 Ottobre 2013
nicola c. salerno¹⁴

¹⁴ Contatti: nicola.salerno@tin.it, [nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno), [+39 347-90.23.927](https://www.linkedin.com/in/nicolacsalerno), Via San Remo n. 3 (00182 Roma)

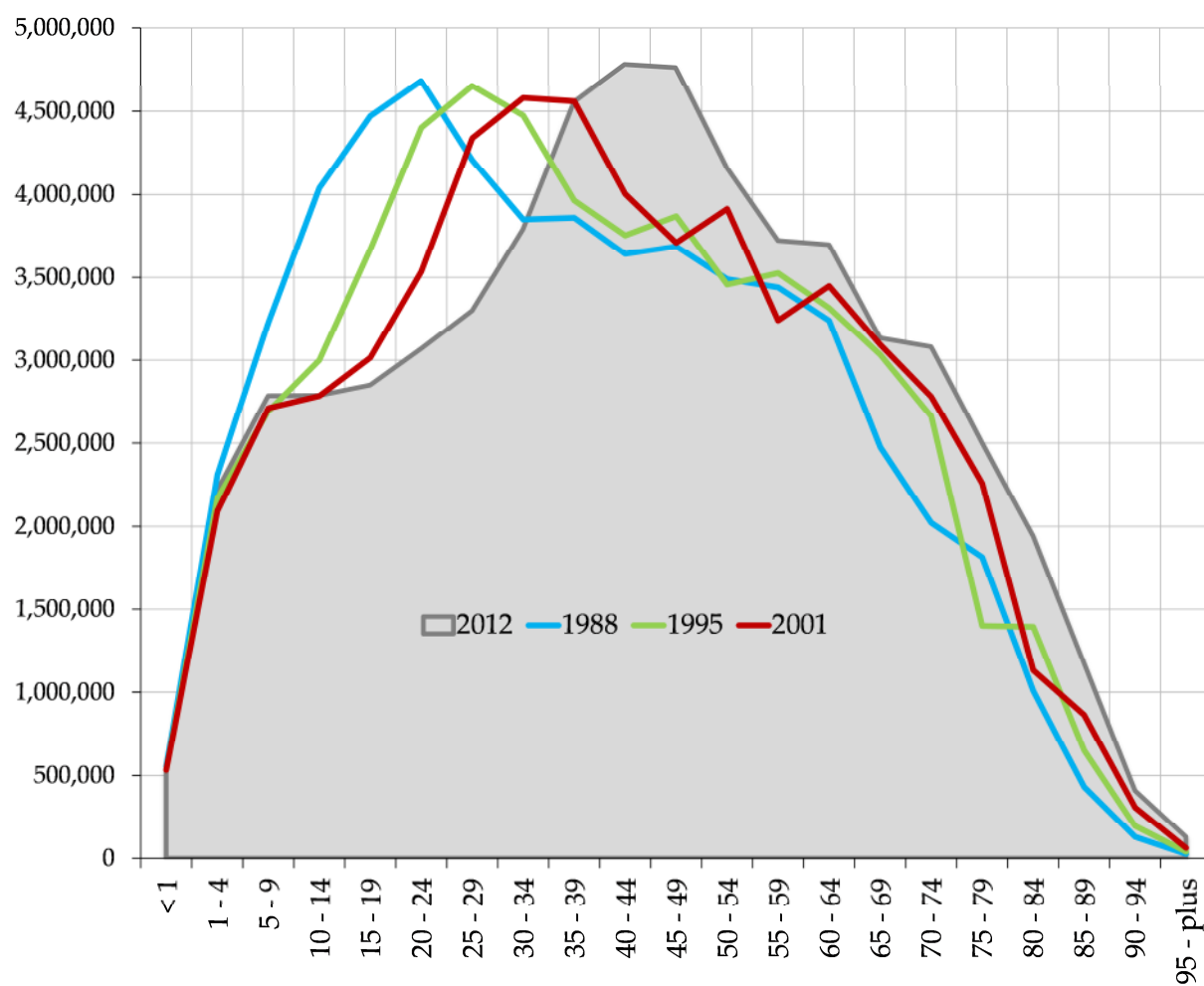
Appendice

Grafico 1A – Il Pil Italia dal 1960 ad oggi



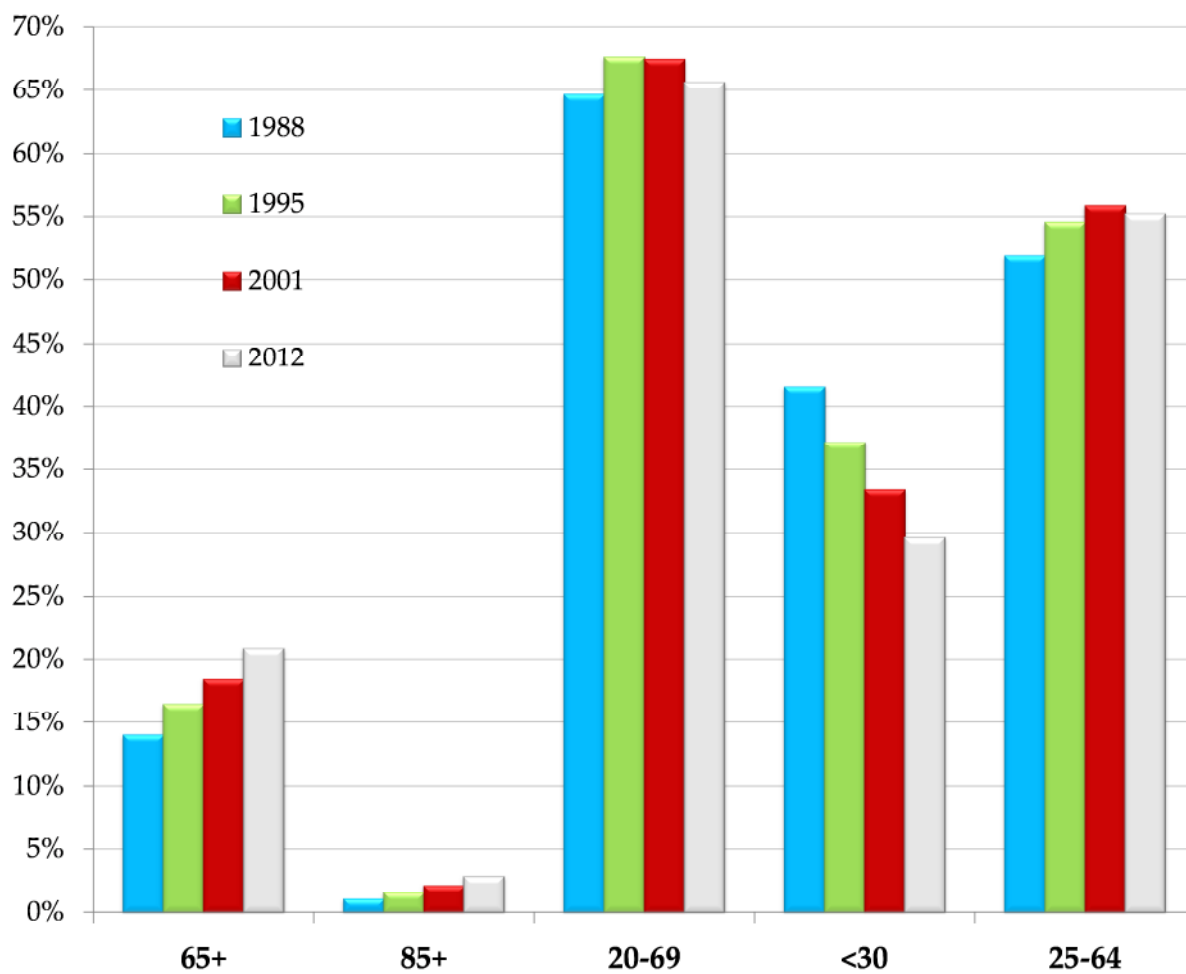
fonte: elaborazioni Ncs su Bdl

Grafico 2A – Composizione della popolazione residente in Italia per fasce di età



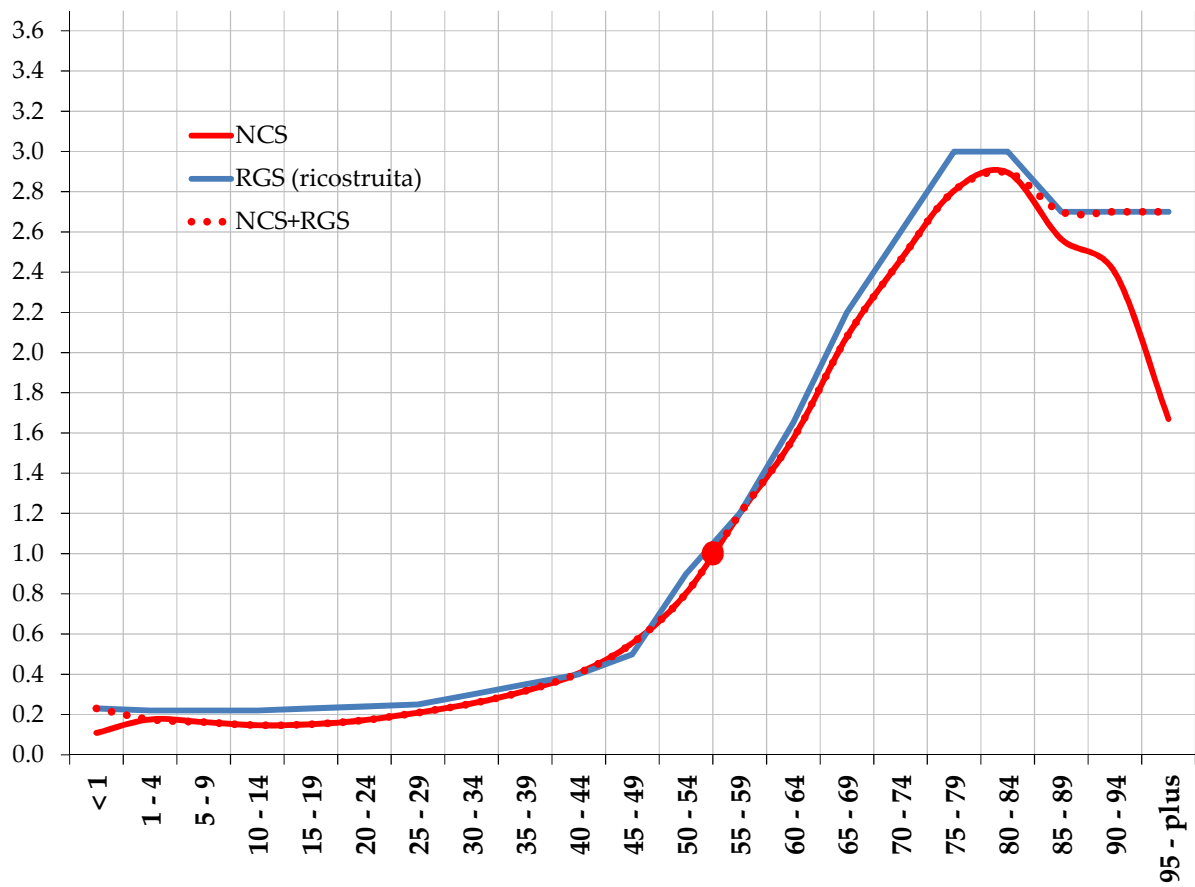
fonte: elaborazioni Ncs su Istat

Grafico 3A – Composizione della popolazione residente in Italia per fasce di età, % del totale



fonte: elaborazioni Ncs su Istat

Grafico 4A – Profilo di spesa farmaceutica territoriale per fasce di età



fonte: elaborazioni Ncs su Ministero della salute e Ragioneria Generale dello Stato

Tavola 1A – Spesa pubblica per farmaci* e per apparecchiature medicali non durevoli,
% spesa sanitaria pubblica corrente

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belgium	12,06%	12,31%	12,25%	12,53%	12,83%	13,29%	13,08%	13,22%
Denmark	6,36%	6,20%	6,02%	5,90%	5,80%	5,38%	4,81%	4,80%
Germany	14,17%	13,28%	14,92%	14,80%	15,35%	15,46%	15,47%	15,12%
Spain	22,14%	21,58%	20,89%	19,89%	19,28%	18,60%	18,44%	18,46%
France	15,00%	15,13%	15,11%	14,75%	14,81%	14,84%	14,61%	14,54%
the Netherlands					10,66%	10,04%	9,54%	9,37%
Austria	12,40%	12,17%	11,83%	11,81%	12,16%	12,26%	11,12%	10,94%
Portugal	18,05%	18,46%	17,89%	18,52%	18,55%	18,29%	17,94%	18,19%
Sweden	10,85%	10,75%	10,57%	10,34%	10,11%	9,89%	9,62%	9,42%

* spesa farmaceutica pubblica totale, territoriale e ospedaliera
fonte: elaborazioni Ncs su Eurostat¹⁵

A handwritten signature in red ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'M. S.' or similar.