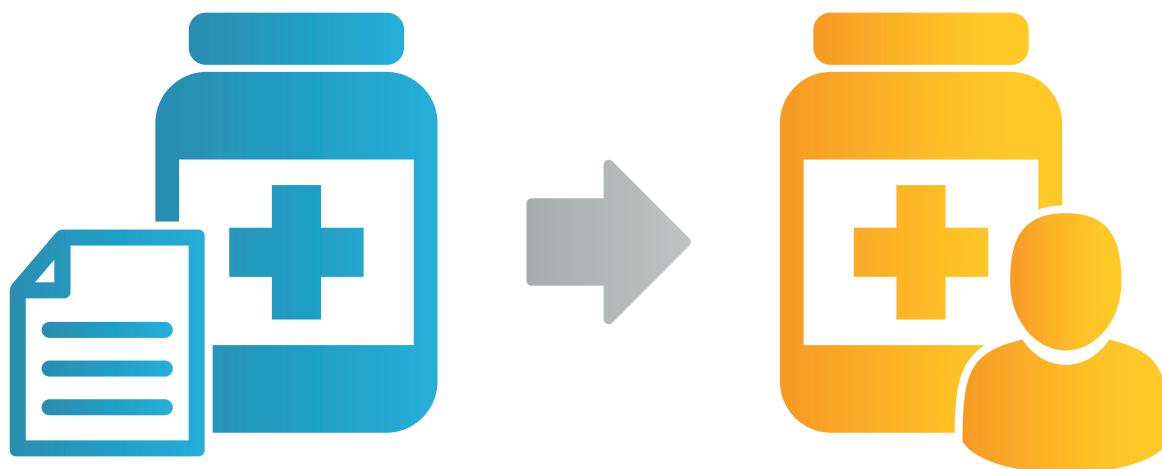


CLINICO ECONOMICS

ITALIAN ARTICLES ON OUTCOMES RESEARCH

Automedicazione: una valutazione economica per il Sistema Sanitario Italiano





ClinicoEconomics è una rivista peer-reviewed di farmacoeconomia e di outcomes research sulle conseguenze economiche e di politica sanitaria di dispositivi medici e strategie farmacologiche. Obiettivo della Rivista è quello di pubblicare in modo rapido e conciso lavori sull'impatto clinico ed economico in tutte le principali aree terapeutiche, valutazioni in tema di sicurezza, di efficacia nella pratica clinica, di costo-efficacia, di costo-utilità e di costo-beneficio nell'uso sostenibile dei farmaci e dei dispositivi medici.

www.clinicoeconomics.info

Direttore Responsabile
Marta Vinci

Project Assistants
Ersilia Miglioli
M. Chiara Valentino

Editor-in-Chief
Giorgio L. Colombo

Editorial Board

Alberto Aronica	Maurizio Manto
Giacomo M. Bruno	Chiara Ottolini
Mauro Caruggi	Martino Recchia
Davide Croce	Edgardo Somigliana
Mauro De Rosa	Enrico Torre
Sergio Di Matteo	Elena Varin
Franco Maggiolo	Pierluigi Viale

Progetto grafico e impaginazione

newattitude comunicazione



www.savestudi.it

© S.A.V.E. S.r.l. 2017

Volume n. 12 / 2017 alla Pubblicazione peer-reviewed open access

ClinicoEconomics Italian Articles on Outcomes Research (Print ISSN 2282-8087; Online ISSN 2282-8095) è una rivista annuale pubblicata da S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche S.r.l. via G. Previati 74, 20149 Milano, Italia - www.clinicoeconomics.info

Registrazione del Tribunale di Milano n. 368 del 14/07/2011

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue.

Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi la fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte di S.A.V.E. S.r.l.

Nota dell'Editore: nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà tenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni od inesattezze nella stessa.



This is an Open Access article which permits unrestricted non commercial use, provided the original work is properly cited.

Automedicazione: una valutazione economica per il Sistema Sanitario Italiano

Giorgio L. Colombo^{1,2}, Sergio Di Matteo², M. Chiara Valentino², Chiara Martinotti², Martina Oselin², Giacomo M. Bruno²

¹ Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Pavia

² S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il ricorso ai farmaci di automedicazione, o non prescription, acquistabili in farmacia senza ricetta e necessità di rivolgersi al medico, corrisponde a un'alternativa al farmaco etico per il trattamento dei disturbi di lieve entità, in grado di comportare un risparmio sulla spesa pubblica e privata, garantendo efficacia e sicurezza. In Italia l'adozione del farmaco di automedicazione risulta ancora limitata. Il mancato sviluppo di questo mercato trova molteplici cause fra cui ostacoli a livello di offerta, di domanda e il ritardo con cui è attuato il meccanismo di switch da farmaco etico (Rx) a SOP/OTC. Inoltre, le differenze a livello interregionale in termini di propensione alla cura con farmaci di automedicazione costituiscono un'importante criticità che influenza negativamente il dato nazionale.

MATERIALI E METODI

Al fine di analizzare il trend regionale e nazionale del consumo di farmaco non prescription, è stata condotta un'analisi sul mercato farmaceutico in Italia nel periodo 2001-2014, focalizzando l'attenzione sulla classe SOP-OTC, con l'obiettivo di stimare i benefici ottenibili dall'implementazione del consumo di questi farmaci in termini di riduzione della spesa pubblica e privata, sulla base di dati OsMed e Assosalute. Sono stati quindi stimati i possibili risparmi di spesa pubblica e privata. Per quanto concerne la spesa pubblica, è stato stimato il beneficio economico ottenibile nel caso in cui l'atteggiamento delle regioni a maggiore incidenza di consumo di farmaco non prescription si estendesse a quelle dove è minore la propensione all'automedicazione. Per quanto riguarda la spesa privata, è stata condotta un'analisi ipotizzando due scenari di sostituzione fra Rx e OTC rispettivamente del 50% e 100%.

RISULTATI

Dall'analisi è emerso che nelle regioni in cui la propensione all'automedicazione è più alta, all'aumento della spesa privata corrisponde una diminuzione della spesa pubblica. Secondo i risultati delle simulazioni, in caso di un allineamento dei consumi per il farmaco non prescription fra le regioni, si potrebbe ottenere un risparmio di spesa fra l'8,26% e il 9,57%. Inoltre, l'impiego dei farmaci di automedicazione porterebbe a un risparmio privato stimabile tra i 2 e i 4 miliardi di euro, ottenuto analizzando i consumi regionali e paragonandoli ai nazionali. Il risparmio pro capite che si genererebbe ammonterebbe a una cifra fra 34,51€ e 69,02€.

CONCLUSIONI

I farmaci di automedicazione possono costituire uno strumento prezioso nell'ambito della sostenibilità e governance della spesa farmaceutica pubblica, e risultano in grado di garantire un risparmio anche per il privato e per il sistema economico in generale. Se in altre realtà nazionali europee il ricorso all'automedicazione è già consolidato e la compartecipazione del cittadino alla spesa, nell'ambito delle patologie minori, è impiegata per ottenere un risparmio pubblico, in Italia questi aspetti restano ancora da sviluppare. Ne deriva la necessità di individuare approcci in grado di portare il settore almeno ad allinearsi ai livelli europei, offrendo la possibilità di contribuire concretamente a liberare risorse pubbliche da impiegare a favore di farmaci innovativi per patologie gravi e, complessivamente, contribuire al contenimento della spesa farmaceutica, a carico dello Stato.

INTRODUZIONE: RUOLO DELL'AUTOMEDICAZIONE NEL SISTEMA SANITARIO

In ambito sanitario, la scarsità delle risorse corrisponde a un tema dominante in tutti i Paesi industrializzati. Il progressivo aumento e invecchiamento della popolazione, insieme ad una maggiore incidenza delle malattie cronic-degenerative, costituiscono elementi di criticità per la sostenibilità delle finanze pubbliche sul lungo periodo.¹ In questo scenario l'automedicazione si configura come uno strumento utile per la liberazione di risorse sanitarie, con vantaggi sia per la spesa sanitaria pubblica che privata.²

L'automedicazione rientra nel più ampio campo dell'autocura, con cui si intende una gestione autonoma della propria salute da parte del cittadino attraverso le fasi di autodiagnosi e autotrattamento.³ La promozione dell'autocura risulta un approccio in linea con la nuova accezione di salute, non intesa più come variabile dicotomica, assenza o presenza di malattia definita dal clinico, di fronte a cui il paziente tende ad assumere un atteggiamento passivo (dependent patient), ma come uno stato di benessere complessivo alla cui gestione il cittadino partecipa in modo attivo (active patient), libero di prendere decisioni autonome. In definitiva, l'automedicazione corrisponde alla cura sintomatica dei disturbi minori tramite assunzione di farmaci esenti dall'obbligo di ricetta medica, definiti proprio farmaci di automedicazione o da banco.⁴ Questa categoria di medicinali trova applicazione nel trattamento dei disturbi di lieve entità, quali patologie stagionali e da raffreddamento (raffreddore, tosse, mal di gola, influenza), mal di testa, dolori muscolari, disturbi gastrici, etc. Si tratta di disturbi comuni che, sebbene lievi, spesso ostacolano la regolare attività quotidiana e inducono il cittadino a ricorrere al trattamento farmacologico. La scelta dell'automedicazione corrisponde, quindi, alla nuova propensione del paziente alla gestione autonoma della propria salute, quantomeno in merito ai sintomi e disturbi che vengono riconosciuti come lievi, temporanei e trattabili in modo efficace con i farmaci da banco. Il ricorso

ai farmaci di automedicazione, acquistabili in farmacia senza ricetta e necessità di rivolgersi al medico, corrisponde a un'alternativa al farmaco etico in grado di comportare un risparmio sulla spesa pubblica e privata garantendo comunque efficacia e sicurezza.³

MATERIALI E METODI: STRUTTURA DELLA RICERCA

Nel presente lavoro, sono state considerate le caratteristiche del mercato dell'automedicazione in Italia e le potenzialità connesse ad una maggiore adozione di questa modalità di cura. Al fine di analizzare il trend regionale e nazionale del consumo di farmaco non prescription è stata condotta un'analisi sul mercato farmaceutico in Italia nel periodo 2001-2014, focalizzando l'attenzione sulla classe SOP-OTC, al fine di stimare i benefici ottenibili dall'implementazione del consumo di questi farmaci in termini di riduzione della spesa pubblica e privata. Per lo sviluppo dell'analisi si è fatto riferimento ai dati forniti dal rapporto OsMed⁵ e Assosalute⁶ per il periodo di riferimento. Da queste fonti sono stati estrapolati i dati di interesse, raccolti poi in tabelle di sintesi utili per delineare i consumi e le tendenze dei farmaci di automedicazione, nonché il quadro attuale di spesa pubblica e privata a livello regionale e nazionale. A partire da questi dati sono stati stimati i possibili risparmi di spesa privata e pubblica.

AUTOMEDICAZIONE IN ITALIA: CONFRONTO CON ALTRE REALTÀ EUROPEE

Attualmente il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione rappresenta il 15,8% del mercato farmaceutico europeo superando i 29 miliardi di euro, come indicano le recenti analisi Assosalute.² I quattro mercati più rilevanti, Germania, Francia, Regno Unito, Italia, costituiscono il 67,9% del mercato europeo non prescription (Tabella 1).

Nonostante il comparto italiano dei farmaci senza obbligo di prescrizione sia fra quelli più rilevanti in valori assoluti, le dimensioni del mercato nazionale sono, in realtà, inferiori rispetto a quelle dei principali Paesi eu-

TABELLA 1
Automedicazione in Italia e
situazione europea

Anno 2014	Mercato farmaci SOP (mln €)	%sul PIL	% sul mercato nazionale	% sul mercato europeo SOP	Spesa pro capite (€)
Italia	2.429	0,15%	13,90%	8,90%	40,00
Francia	5.159	0,24%	18,90%	19,00%	78,40
Germania	6.502	0,22%	14,70%	23,90%	73,60
Regno Unito	4.402	0,20%	20,30%	16,10%	68,40

ropei, mentre per quanto riguarda il mercato del farmaco etico le dimensioni sono più allineate, in particolare Francia e Regno Unito che presentano caratteristiche socio-economico e culturali simili all'Italia.⁶

Dal confronto fra i principali mercati europei, quello dei farmaci non prescription in Italia risulta di poco inferiore al 40% del tedesco, al 47% del francese e al 55% di quello inglese. Le differenze evidenziate fra i Paesi europei sono da imputare al diverso peso e ruolo, nell'ambito del settore farmaceutico, assunto dal medicinale non prescription. Questa minore rilevanza viene confermata dall'esame del rapporto fra le vendite di tali medicinali e il PIL, corrispondente allo 0,15% contro lo 0,20% circa

della media europea. Sono indici significativi l'incidenza del mercato non prescription sul mercato farmaceutico nazionale e la spesa pro capite. In tal senso, per l'anno 2014, i dati riportano per l'Italia un'incidenza pari al 13,9% e una spesa pro capite di € 40,00 (Tabella 2).

Sulla base di questi valori l'Italia si conferma tra i mercati principali, quello con il comparto non prescription meno rilevante rispetto al mercato farmaceutico nazionale e con la più bassa spesa pro capite. Infatti, la spesa pro capite per i SOP in Europa risulta mediamente più alta di circa il 60% rispetto al dato italiano, nello specifico in Francia e Germania è circa il doppio, mentre nel Regno Unito è superiore del 70%.⁶

TABELLA 2

Andamento nazionale nel periodo 2001-2014

Anni	Spesa netta (mln €)	Classe A privato (mln €)	Classe C con ricetta (mln €)	Automedicazione (mln €)	Spesa privata pro capite (€)	% Farmaci SOP	Spesa pro capite SOP (€)	Spesa pro capite OTC (€)
2001	11.608				90,80			
2002	11.732				89,00			
2003	11.095				102,50	11,20%	37,00	26,00
2004	1.198				99,30	10,40%	35,00	26,00
2005	11.848				104,50	11,20%	38,00	28,00
2006	12.327				98,90	10,50%	34,20	25,00
2007	11.493				102,20	11,20%	34,40	25,60
2008	11.383	928	3.106	2.054	102,00	11,00%	36,00	27,00
2009	11.194	892	3.187	2.075	103,00	11,40%	36,00	27,00
2010	11.093	895	3.114	2.060	101,00	11,40%	37,00	27,00
2011	10.023	1.026	3.207	2.113	105,00	11,60%	37,00	28,00
2012	8.986	1.032	3.000	2.128	104,00	13,30%	40,00	28,00
2013	8.863	1.142	2.966	2.298	107,00	13,70%	41,00	29,00
2014	8.598	1.441	2.937	2.283	110,00	14,00%	40,00	30,00

Fonte dati: Rapporto OsMed (2001-2014), Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

Nel valutare le differenze fra i vari Paesi, è importante considerare come il mercato dell'automedicazione presenti caratteristiche peculiari fra gli Stati analizzati. Da un punto di vista legislativo, ad esempio, in tutti i Paesi europei, ad eccezione dell'Italia, per quanto concerne il regime di fornitura sono presenti due sole classi di farmaco: con obbligo di prescrizione (prescription, Rx) e senza obbligo di prescrizione (non prescription, SOP). Nel caso dell'Italia, la classe SOP è ulteriormente divisa in farmaci pubblicizzabili e non. Fra gli Stati esistono, inoltre, diverse politiche di controllo della spesa farmaceutica influenzate dai differenti contesti culturali ed economici, ed occorre considerare che l'andamento della spesa per i farmaci non prescription è correlato anche alle condizioni di rimborsabilità.^{6,7} In ogni caso, le differenze sono in gran parte dovute alla diversa propensione dei cittadini a scegliere l'automedicazione quale modalità di cura e il diverso approccio delle istituzioni nell'individuare le modalità di soddisfacimento dei bisogni di salute e di espressione della domanda di prestazioni sanitarie.³

Come indicato dal confronto con le altre realtà europee e dai dati di spesa farmaceutica nazionali, in Italia l'adozione del farmaco di automedicazione risulta ancora limitata. Il mancato sviluppo di questo mercato trova molteplici cause fra cui ostacoli a livello di offerta, di domanda e il ritardo con cui viene attuato il meccanismo di switch da farmaco etico (Rx) a SOP/OTC, nonché in alcuni casi procedure di reverse switch. Per quanto concerne l'offerta il principale limite risiede nella scarsa disponibilità di principi attivi impiegabili nei medicinali di automedicazione, condizione che ostacola l'incremento di offerta di prodotti in grado di soddisfare il bisogno di salute da parte delle aziende produttrici nel caso delle patologie di lieve entità. Infatti, in Italia la disponibilità di questi principi attivi è inferiore agli altri Stati europei, fattore che trova riscontro nella diversa ampiezza dei mercati di questa categoria di prodotti. Principi attivi che in altre nazioni europee sono già da tempo contenuti in farmaci di libera vendita, in Italia non sono ancora stati autorizzati per questo impiego e rientrano nella formulazione dei farmaci di fascia A o C

con ricetta. Il minor livello di innovazione si riflette in un minor sviluppo del mercato del farmaco non prescription.³ Per quanto concerne la domanda, questa risulta inferiore rispetto alla tendenza europea, indice di una scarsa propensione del cittadino all'autocura. In Italia, pare che i cittadini e gli organismi sanitari non abbiano ancora assunto sufficiente consapevolezza dei benefici ricavabili dall'implementazione dell'automedicazione e della conseguente importanza di favorire lo switch, consentendo il passaggio di principi attivi dallo status di farmaci etici al regime senza obbligo di prescrizione. Questo meccanismo permetterebbe anche un allineamento con gli altri Paesi europei che se ne servono da tempo in quanto hanno individuato in esso uno strumento per alleggerire la pressione sui bilanci sanitari pubblici, trasferendo al privato una porzione del carico dovuto alle patologie lievi.⁴

PROPENSIONE ALL'AUTOMEDICAZIONE A LIVELLO NAZIONALE: UN'ANALISI PER IL PERIODO 2001-2014

Dall'analisi del mercato farmaceutico italiano nel periodo 2001-2014 si possono trarre importanti informazioni in merito all'andamento della spesa farmaceutica e al ruolo svolto dai prodotti non prescription. Nel periodo considerato è stato registrato un aumento della spesa totale pubblica e privata (Tabella 3).

Per quanto riguarda l'incremento di spesa privata, hanno influito principalmente l'aumento di spesa per i farmaci di classe C con ricetta medica e di fascia A acquistati privatamente dal cittadino, con un aumento di circa 3 milioni di euro nell'intervallo considerato, mentre la crescita di spesa per i farmaci OTC/SOP, con un aumento di circa 400.000€, è risultata meno significativa. I dati riflettono l'atteggiamento del cittadino italiano nei confronti dell'automedicazione. La propensione a rivolgersi al medico di medicina generale anche per disturbi di lieve entità determina, infatti, un aumento di prescrizione di farmaci di fascia C a carico del paziente. Questi farmaci, inoltre, hanno un costo superiore rispetto ai farmaci da banco che potrebbero essere impiegati per il trattamento delle stesse patologie con pari

TABELLA 3

Valutazione annuale del mercato farmaceutico italiano nel periodo 2001-2014

Anni	Totale spesa pubblica (mln €)	Spesa per OTC/SOP (mln €)	Spesa classe C (Rx) e A privato (mln €)	Totale spesa privata (mln €)	% OTC/SOP sul tot. spesa privata	Confezioni dispensate SSN	Confezioni classe A privato	Confezioni classe C con ricetta	Confezioni SOP e OTC
2001	11.616	1.879	3.437	5.316	35,30%	852	81	298	307
2002	11.723	1.897	3.307	5.204	36,40%	862	74	290	304
2003	11.095	2.065	3.776	5.841	35,30%	843	91	316	317
2004	1.198	2.040	3.654	5.694	35,80%	890	86	300	299
2005	11.848	2.113	3.938	6.051	34,90%	899	124	295	315
2006	12.327	2.094	3.720	5.814	36,00%	953	113	299	311
2007	11.493	2.134	3.912	6.046	35,20%	977	129	297	315
2008	11.383	2.054	4.034	6.088	33,70%	1.022	135	296	315
2009	11.194	2.060	4.093	6.153	33,40%	1.054	132	291	316
2010	13.202	2.105	4.939	7.044	29,88%	1.080	123	283	318
2011	12.855	2.113	5.570	7.683	27,50%	1.089	146	284	310
2012	11.823	2.125	5.433	7.558	28,11%	1.095	170	267	316
2013	11.866	2.278	5.890	8.168	27,88%	1.119	213	254	314
2014	11.848	2.283	5.878	8.161	27,97%	1.136	221	250	305

Fonte: elaborazione dati Rapporto OsMed (2001-2014); Assosalute Federchimica«Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

efficacia. Considerando la spesa per le varie classi di farmaci nel periodo in analisi è risultato un costo medio per i non prescription di 6,50€ contro gli 11,90€ di un corrispondente mix di medicinali con obbligo di ricetta medica (Tabella 4).

Emerge come la spesa pro capite per l'automedicazione sia stata sostanzialmente invariata a fronte di un ragguardevole aumento di spesa privata per i farmaci di classe C con ricetta e di classe A acquistati privatamente. La tendenza comune a ricorrere al medico di medicina generale MMG anche per lievi disturbi genera un numero elevato di visite mediche e prescrizioni. Questo comportamento, oltre a determinare un aumento di spesa pubblica, determina maggiori code presso gli ambulatori medici, condizione che può scoraggiare alcuni pazienti e incentivare l'acquisto di farmaci di fascia A senza ricetta comportando in questo caso, un aumento di spesa per il privato. L'acquisto di farmaci di fascia A senza ricetta da parte del cittadino determina un risparmio per il SSN, a cui si giunge, però, nel modo meno ap-

propriato. La dispensazione dei farmaci di fascia A senza ricetta non sarebbe possibile e tale tipologia di acquisto corrisponde a una via alternativa adottata dal paziente, mentre la scelta dell'automedicazione costituirebbe uno strumento utile per il contenimento della spesa pubblica e privata e per l'ottimizzazione del tempo e professionalità del medico di medicina generale.³

PROPENSIONE ALL'AUTOMEDICAZIONE A LIVELLO REGIONALE: UN'ANALISI PER IL PERIODO 2001-2014

L'atteggiamento dell'Italia nei confronti dell'automedicazione evidenziato sin ora è il risultato del quadro nazionale di insieme che tuttavia si compone delle diverse realtà regionali. La sola analisi del mercato nazionale, infatti, non è sufficiente per comprendere il comportamento italiano e risulta importante considerare i dati regionali per capire quali componenti culturali e socio-economiche siano alla base dei diversi atteggiamenti, al fine anche di indirizzare strategie future. Oltre ai diversi comportamenti dei cittadini, le differenze deri-

TABELLA 4

Evoluzione della spesa farmaceutica in Italia. Prezzo e spesa per le varie classi di farmaci nel periodo 2001-2014

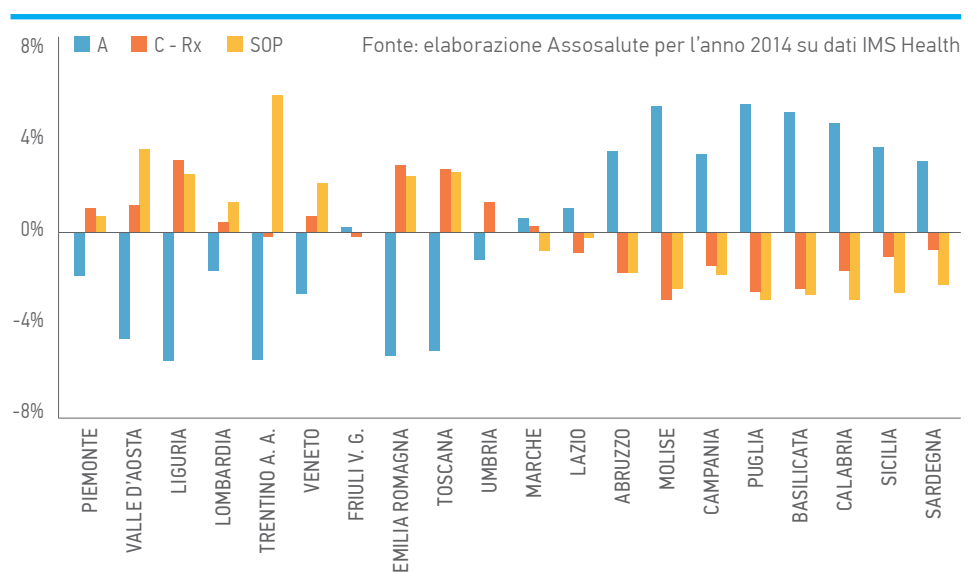
Anni	Spesa per OTC/SOP (mln €)	Confezioni OTC/SOP	Prezzo medio (€)	Spesa per classe A (privato) e classe C (Rx) (mln €)	Confezioni vendute per classe A privato e classe C con ricetta	Prezzo medio (€)	Popolazione italiana	Spesa pro capite per OTC/SOP (€)	Spesa pro capite per classe A privato e classe C con ricetta (€)
2001	1.879	327	5,74	3.437	379	9,06	56.993.742	32,97	60,30
2002	1.897	307	6,17	3.307	364	9,08	57.321.070	33,09	57,69
2003	2.065	304	6,79	3.776	407	9,27	57.888.245	35,67	65,23
2004	2.040	317	6,43	3.654	386	9,46	58.462.375	34,89	62,50
2005	2.113	299	7,06	3.938	419	9,40	58.751.711	35,96	67,02
2006	2.094	315	6,64	3.720	412	9,02	59.131.287	35,41	62,91
2007	2.134	311	6,86	3.912	426	9,18	59.619.290	35,79	65,61
2008	2.054	315	6,52	4.034	431	9,35	60.045.068	34,21	67,18
2009	2.060	315	6,53	4.093	423	9,67	60.340.328	34,13	67,83
2010	2.105	316	6,66	4.939	406	12,15	60.626.442	34,72	81,47
2011	2.113	318	6,64	5.570	430	12,95	59.394.207	35,57	93,78
2012	2.125	310	6,85	5.433	437	12,43	59.685.227	35,60	91,00
2013	2.278	316	7,20	5.890	467	12,61	60.782.668	37,47	96,90
2014	2.283	314	7,27	5.878	471	12,47	60.795.612	37,55	96,69

Fonte dati: Elaborazione dati rapporto OsMed (2001-2014); Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

vano dalla presenza di diversi assetti dei Servizi Sanitari Nazionali e dalla conseguente definizione di scelte di governo della spesa farmaceutica.⁶ Dall'analisi regionale si evidenziano differenze importanti a livello delle modalità di cura scelte dal cittadino. I dati di consumo

farmaceutico regionale per classi di farmaci mostrano un quadro disomogeneo. In Figura 1 il grafico riporta il peso della spesa farmaceutica regionale per classi di farmaci. Risulta evidente la presenza di trend speculari fra le regioni del Sud e Nord in merito alla spesa per

FIGURA 1
Peso della spesa farmaceutica regionale per classi di farmaci: scostamento dalla media nazionale; sell out (anno 2014)



i farmaci rimborsati dal SSN (classe A) e per quelli a carico del cittadino con o senza obbligo di prescrizione (C-Rx, SOP). Considerando l'incidenza della spesa per i SOP fra le regioni, si passa da una percentuale del 20,7% per il Trentino al 10,5% per la Puglia e la Calabria (Figura 2). Ne conseguono valori di spesa pro capite regionale per SOP estremamente variabili: si passa dai 55,5€ del Trentino ai 28,2€ della Basilicata (Figura 3).

Si osserva una netta divisione fra Nord e Sud Italia, ed è proprio questo scostamento ad incidere sull'andamen-

to nazionale. Le regioni del Nord presentano un trend in linea con quello degli altri Stati europei con una buona propensione all'autocura e minor ricorso al MMG; al Sud la tendenza è opposta con un consumo molto scarso di farmaci di automedicazione e una maggiore tendenza a ricorrere al MMG. Nel Centro Italia si registra una tendenza all'automedicazione inferiore rispetto al Nord, ma in linea con la media nazionale. Nelle Tabelle 5,6,7 sono stati riportati i dati riferiti a tre regioni scelte fra quelle analizzate quali campione per il Nord, Centro

FIGURA 2

Incidenza della spesa per farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP) nelle regioni italiane, sell out (anno 2014)

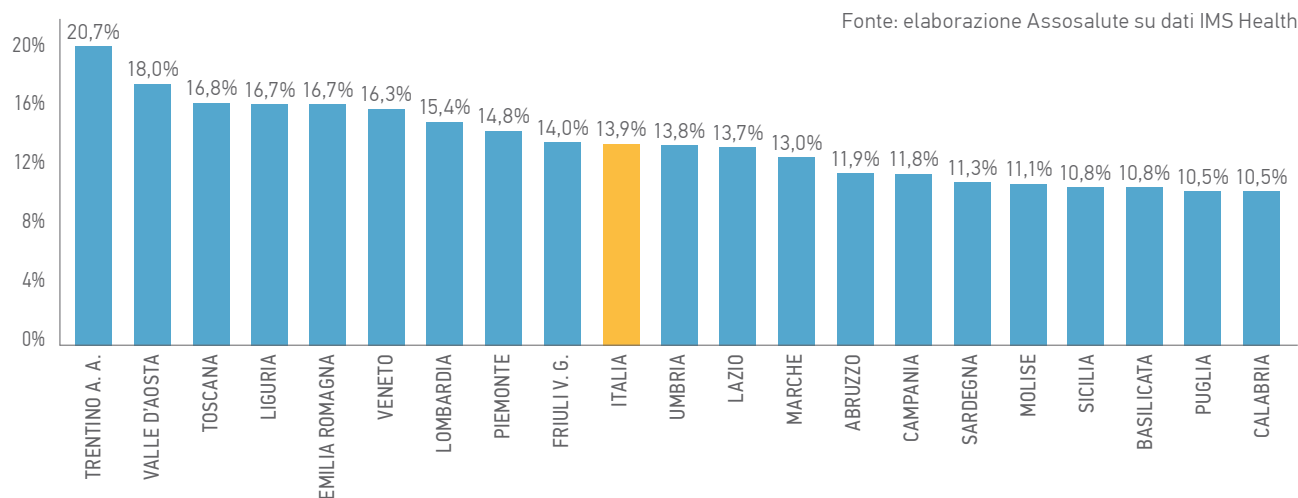


FIGURA 3

Spesa pro capite per farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP) nelle regioni italiane; sell out (anno 2014)

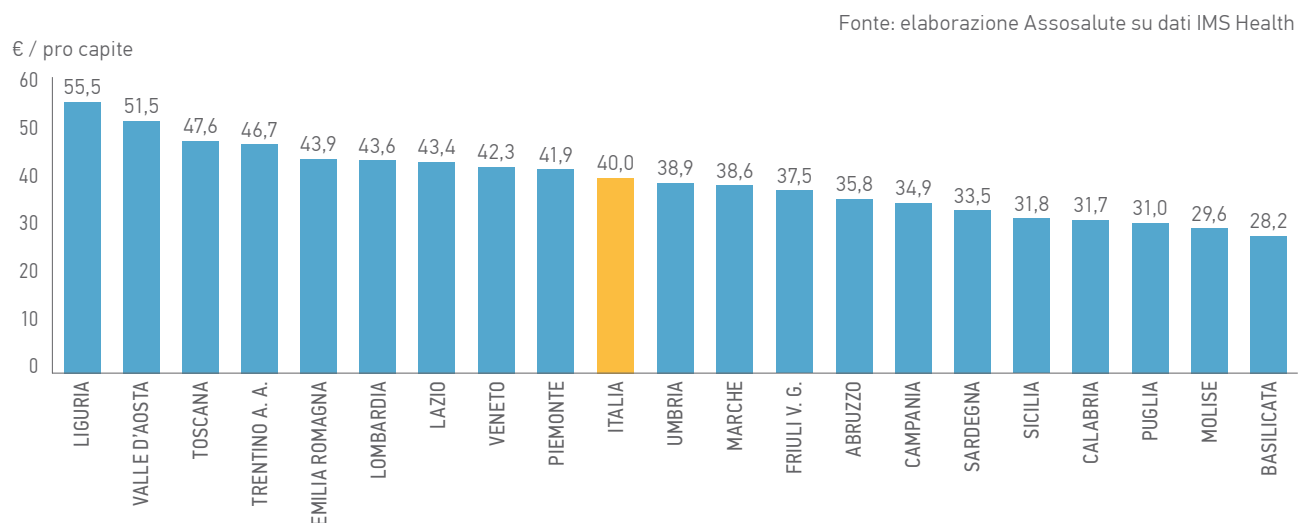


TABELLA 5

Andamento regione Lombardia nel periodo 2001-2014

Anni	Spesa netta (mln €)	Classe A privato (mln €)	Classe C con ricetta (mln €)	Automedicazione (mln €)	Spesa privata pro capite (€)	% Farmaci SOP	Spesa pro capite SOP (€)	Spesa pro capite OTC (€)
2001	1.632				103,80			
2002	1.739				102,90			
2003	1.512				113,70	13,30%	37,00	29,00
2004	1.639				109,80	12,90%	39,00	31,00
2005	1.623				113,50	13,50%	42,00	32,00
2006	1.679				107,40	13,10%	36,50	27,70
2007	1.626				111,40	13,40%	38,30	29,40
2008	1.605	204	495	367	110,60	12,50%	38,00	29,00
2009	1.597	192	507	365	109,30	12,80%	39,00	30,00
2010	1.601	190	503	361	107,40	13,00%	39,00	29,80
2011	1.491	211	523	369	111,40	13,00%	39,00	30,10
2012	1.371	198	494	374	109,50	14,00%	43,10	30,80
2013	1.354	200	489	406	111,50	15,00%	44,00	31,80
2014	1.316	237	489	409	113,80	15,00%	43,60	32,80

Fonte: elaborazione da rapporto OsMed (2001-2014) e Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

TABELLA 6

Andamento regione Toscana nel periodo 2001-2014

Anni	Spesa netta (mln €)	Classe A privato (mln €)	Classe C con ricetta (mln €)	Automedicazione (mln €)	Spesa privata pro capite (€)	% Farmaci SOP	Spesa pro capite SOP (€)	Spesa pro capite OTC (€)
2001	674,0				105,30			
2002	679,5				102,70			
2003	637,0				117,80	13,50%	43,00	33,00
2004	676,0				115,20	13,10%	42,00	32,00
2005	665,0				120,40	13,60%	44,00	32,00
2006	675,0				115,90	13,00%	23,30	28,60
2007	653,0				116,80	13,60%	39,80	30,10
2008	642,0	78	228	152	116,40	13,30%	42,00	31,00
2009	626,0	77	232	152	116,30	13,50%	42,00	32,00
2010	628,0	74	225	150	113,40	13,70%	43,00	32,70
2011	571,0	92	231	157	120,80	14,10%	44,00	33,80
2012	503,0	92	216	158	116,50	16,20%	46,60	34,50
2013	491,0	94	212	168	118,00	16,60%	48,40	34,80
2014	476,0	108	211	168	120,30	16,80%	47,60	35,70

Fonte: elaborazione da rapporto OsMed (2001-2014) e Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

TABELLA 7

Andamento regione Calabria nel periodo 2001-2014

Anni	Spesa netta (mln €)	Classe A privato (mln €)	Classe C con ricetta (mln €)	Automedicazione (mln €)	Spesa privata pro capite (€)	% Farmaci SOP	Spesa pro capite SOP (€)	Spesa pro capite OTC (€)
2001	442,0				62,20			
2002	439,9				65,40			
2003	423,0				80,90	8,80%	34,00	23,00
2004	444,0				81,10	8,60%	29,00	20,00
2005	470,0				81,80	8,70%	31,00	21,00
2006	514,0				81,60	8,20%	27,00	18,60
2007	482,0				81,30	8,70%	28,50	19,80
2008	491,0	9	96	54	82,40	7,90%	27,00	19,00
2009	461,0	13	96	55	84,90	8,30%	28,00	20,00
2010	439,0	17	94	54	85,40	8,30%	29,00	21,00
2011	367,0	34	96	55	95,50	8,80%	28,10	20,60
2012	335,0	36	90	55	96,20	10,20%	31,00	20,00
2013	329,0	41	90	60	101,30	10,50%	32,30	21,90
2014	325,0	52	89	59	105,80	10,50%	31,70	22,30

Fonte: elaborazione da rapporto OsMed (2001-2014) e Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

e Sud: Lombardia, Toscana, Sicilia.

Nello specifico al Nord in media circa il 17% dei farmaci venduti sono di automedicazione e negli ultimi quindici anni si è evidenziato un costante aumento di consumo ad indicare, da un lato, una promozione efficiente dell'automedicazione, dall'altro, la maggior consapevolezza da parte dei cittadini dei benefici ricavabili dalla scelta di questa modalità di cura. L'aumento della propensione all'autocura è possibile anche per la maggiore redditività generale, il livello di disoccupazione inferiore e un livello culturale medio maggiore.

Nel Centro Italia la percentuale di vendita dei farmaci di automedicazione è circa il 13% e anche in questo caso si è evidenziato un progressivo aumento negli anni; la propensione all'autocura, anche se ridotta rispetto alle regioni del Nord, risulta nel complesso buona. La regione Toscana, ad esempio, presenta consumi in linea con quelli delle regioni del Nord (Tabella 6). Nella regioni centrali risulta sufficiente potenziare la promozione dell'automedicazione.

Se si considerano le regioni del Sud Italia il consumo di farmaci senza obbligo di prescrizione diminuisce notevolmente con una percentuale di vendita poco superiore al 10%. Nonostante la percentuale sia in aumento negli ultimi anni, la situazione del Sud Italia si discosta da quella del Nord inficiando il dato medio italiano. I consumi ridotti riflettono la scarsa propensione all'autocura, la tendenza comune è quella di usufruire il più possibile delle risorse pubbliche, riducendo al minimo la spesa privata. I cittadini ricorrono al MMG molto frequentemente puntando al consumo esclusivo di farmaci da prescrizione rimborsati dal SSN.

I comportamenti delle regioni meridionali causano un aumento dei costi sanitari pubblici, influenzano negativamente i bilanci regionali e la qualità generale delle prestazioni sanitarie. Infatti, i fondi pubblici sono limitati e il Sistema Sanitario si trova a dover fronteggiare la continua crescita della domanda con un'offerta limitata. L'atteggiamento passivo e il disinteresse dei cittadini nei confronti della preservazione di risorse pubbliche

contribuiscono alla riduzione dei fondi disponibili; ne deriva la necessità di promuovere l'automedicazione nel tentativo di correggere le abitudini della popolazione e diffondere la consapevolezza dei vantaggi ottenibili sia per il privato che per il sistema pubblico.

Nel complesso, dall'elaborazione dei dati regionali, emerge quanto la propensione nazionale all'automedicazione si componga di quadri eterogenei determinati da differenze a livello di redditività generale, occupazione e livello culturale. La consapevolezza dei benefici dell'automedicazione ha una diffusione variabile sul territorio nazionale e ciò rende complessa l'individuazione di strategie definite, volte alla promozione di questa scelta di cura, a cui comunque si deve mirare, dati i vantaggi sia in termini di maggior appropriatezza e razionalità di impiego dei farmaci sia dei benefici economici sulla spesa pubblica e privata.

RISULTATI DELLA RICERCA

POTENZIALITÀ DELL'AUTOMEDICAZIONE SULLA RIDUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

La diffusione di un atteggiamento attivo e propositivo del cittadino nei confronti della promozione della propria salute e autocura, si può tradurre in una compartecipazione del privato alla spesa sanitaria con vantaggi per tutta la popolazione. Esiste, infatti, una correlazione negativa, fra spesa pubblica e acquisto di farmaci di automedicazione.³ Dai dati sopra riportati, è stato evidenziato che ad un aumento di consumo dei farmaci non prescription corrisponde una diminuzione della spesa pubblica netta e viceversa. Si trova conferma di ciò anche considerando gli effetti di operazioni di de-listing condotte in passato in Italia.³ La spiegazione di questa correlazione fra spesa pubblica e consumo di farmaci non prescription è insita nella presenza di un sistema di assistenza farmaceutica pubblica gratuita, garantita dal SSN, che induce ad un incremento della domanda di prestazioni sanitarie. I risultati dell'analisi regionale condotta confermano questo trade-off; per ciascuna regione si sono considerati i valori di spesa

pro capite pubblica e privata e dal confronto con i dati di spesa nazionale si è ricavato il rispettivo scostamento dalla media. Dall'analisi è emerso che nelle regioni in cui la propensione all'automedicazione è più alta, all'aumento della spesa privata corrisponde una diminuzione della spesa pubblica (Tabella 8). Lo scenario è variabile da regione a regione. Le regioni con maggiore propensione sono quelle del Nord Italia che presentano una percentuale di consumo di farmaco non prescription superiore alla media nazionale e in linea con quella europea.

Sulla base di questi dati, ed essendo noti i differenti atteggiamenti di consumo di prodotti non prescription fra le regioni del Nord e del Sud, è stato stimato il beneficio economico ottenibile nel caso in cui l'atteggiamento delle regioni a maggiore incidenza di consumo di farmaco non prescription si estendesse a quelle in cui è minore la propensione all'automedicazione. Si sono adottate come riferimento cinque delle regioni (Trentino, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Veneto, Liguria) in cui, per l'anno 2014, ad una elevata percentuale di consumo di SOP-OTC è corrisposta una ridotta spesa pubblica. Si sono ricavati i valori medi di spesa pro capite pubblica e privata (scomposta in privata per non prescription e privata per classe A+C) (Tabella 9) e si è ipotizzato di estenderli a tutte le altre. Moltiplicando i valori medi pro capite di spesa per la popolazione di ciascuna regione è stato ricavato il quadro nazionale ottenibile dopo la simulazione (Tabella 10). Dal confronto fra i dati reali e quelli ottenuti con la simulazione è risultato un risparmio del 9,57%. È stata successivamente condotta una seconda simulazione, ipotizzando uno scenario in cui le regioni con la peggiore propensione all'autocura si allineassero con quelle nella fascia intermedia e, queste ultime, con le cinque regioni di riferimento scelte per la prima simulazione. In questo caso il risparmio ottenibile è stato dell'8,26% (Tabella 11).

Secondo i risultati delle simulazioni, in caso di un allineamento dei consumi di farmaco non prescription fra le regioni, si potrebbe ottenere un risparmio di spesa tra l'8,26% e il 9,57%.

TABELLA 8

Spesa pubblica e privata pro capite a livello regionale, scostamenti rispetto alla media nazionale

Regione	Spesa pubblica regionale (€)	Spesa pubblica nazionale (€)	Scostamento (€)	Spesa privata regionale (€)	Spesa privata nazionale (€)	Scostamento (€)
P.A. Bolzano	173,60	233,90	-60,30	108,50	110,10	-1,60
P.A. Trento	184,10	233,90	-49,80	106,00	110,10	-4,10
Emilia R.	192,70	233,90	-41,20	113,90	110,10	3,80
Valle d'Aosta	196,70	233,90	-37,20	130,40	110,10	20,30
Veneto	202,80	233,90	-31,10	106,80	110,10	-3,30
Liguria	204,40	233,90	-29,50	130,90	110,10	20,80
Friuli V.G.	205,60	233,90	-28,30	95,20	110,10	-14,90
Piemonte	208,10	233,90	-25,80	106,00	110,10	-4,10
Toscana	208,50	233,90	-25,40	120,30	110,10	10,20
Lombardia	210,10	233,90	-23,80	113,80	110,10	3,70
Umbria	214,40	233,90	-19,50	103,70	110,10	-6,40
Marche	232,80	233,90	-1,10	105,10	110,10	-5,00
Molise	233,30	233,90	-0,60	80,00	110,10	-30,10
Basilicata	237,90	233,90	4,00	85,10	110,10	-25,00
Abruzzo	250,60	233,90	16,70	96,00	110,10	-14,10
Sicilia	259,80	233,90	25,90	108,50	110,10	-1,60
Lazio	264,60	233,90	30,70	120,10	110,10	10,00
Calabria	278,60	233,90	44,70	105,80	110,10	-4,30
Sardegna	282,60	233,90	48,70	94,60	110,10	-15,50
Puglia	283,40	233,90	49,50	92,90	110,10	-17,20
Campania	290,20	233,90	56,30	116,80	110,10	6,70

Fonte: elaborazione da rapporto OsMed (2001-2014) e Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

POTENZIALITÀ DELL'AUTOMEDICAZIONE: RIDUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA

La scelta di ricorrere all'automedicazione, oltre ai benefici sulla spesa pubblica, è in grado di apportare vantaggi sulla spesa privata del cittadino, sia in termini di maggiore comodità di impiego che di risparmio di tempo rispetto ai farmaci etici il cui acquisto prevede la presentazione della ricetta rilasciata dal medico. La possibilità di una rilevante riduzione di spesa privata è connessa al costo medio inferiore dei prodotti SOP rispetto ai farmaci di classe C ed A. La spesa privata per i farmaci nel 2014 è risultata di 8.161 milioni di euro. Tale spesa è stata destinata all'acquisto di OTC solo nel 28% dei casi, il

restante 72% è corrisposto all'acquisto di farmaci prescription pari a circa 776 milioni di confezioni.⁵ Trattandosi di consumi che principalmente soddisfano bisogni di minore rilevanza, ossia piccole patologie, la domanda di farmaci etici (Rx) si sarebbe potuta soddisfare mediante farmaci OTC, con un risparmio per il consumatore.³ Infatti, per i farmaci OTC è stato calcolato un costo medio di 6,50€ a fronte degli 11,90€ di un corrispondente mix di medicinali con obbligo di ricetta medica. Ipotizzando due scenari di sostituzione fra Rx e OTC rispettivamente del 50% e 100%, l'impiego dei farmaci di automedicazione per la cura dei piccoli disturbi porterebbe a un risparmio privato stimabile tra 2.095.200.000€ e 4.190.400.000€, ot-

TABELLA 9

Spesa farmaceutica pubblica e privata pro capite a livello regionale. Suddivisione delle regioni in tre fasce sulla base della correlazione fra consumo di farmaco di automedicazione e riduzione di spesa pubblica

Regione	Spesa pubblica regionale (€)	Spesa privata regionale SOP (€)	Spesa privata regionale A+C (€)	Spesa privata regionale totale (€)
Trentino A.A.	178,90	46,70	60,60	107,30
Emilia R.	192,70	43,90	70,00	113,90
Valle d'Aosta	196,70	51,50	78,90	130,40
Veneto	202,80	42,30	64,50	106,80
Liguria	204,40	55,50	75,40	130,90
Media	195,10	48,00	69,90	117,90
Friuli V.G.	205,60	37,50	53,70	95,20
Piemonte	208,10	41,90	64,10	106,00
Toscana	208,50	47,60	72,70	120,30
Lombardia	210,10	43,60	70,20	113,80
Umbria	214,40	38,90	64,80	103,70
Marche	232,80	38,60	66,50	105,10
Molise	233,30	29,60	50,40	80,00
Basilicata	237,90	28,20	56,90	85,10
Abruzzo	250,60	35,80	60,20	96,00
Sicilia	259,80	31,80	76,70	108,50
Media	226,10	37,40	63,60	101,40
Lazio	264,60	43,40	76,70	120,10
Calabria	278,60	31,70	74,10	105,80
Sardegna	282,60	33,50	61,10	94,60
Puglia	283,40	31,00	61,90	92,90
Campania	290,20	34,90	81,90	116,80
Media	279,90	34,90	71,10	106,00

tenuto analizzando i consumi regionali e paragonandoli ai nazionali. Il risparmio pro capite che si genererebbe ammonterebbe a una cifra fra: 34,51€ e 69,02€ come mostrato in Tabella 12, Figura 4.

DISCUSSIONE

POTENZIALITÀ DELL'AUTOMEDICAZIONE PER IL MEDICO

Oltre ai benefici in termini di spesa pubblica e privata che l'analisi ha poc'anzi evidenziato, un maggior impiego del farmaco di automedicazione si assocerebbe a un minor ricorso al medico di medicina generale, in quanto circa

un terzo delle visite mediche riguarda patologie non gravi e un ulteriore 30% di queste corrisponde a situazioni di malessere che potrebbero essere curate in autonomia dal paziente; circa il 10% delle visite totali potrebbe essere evitato senza comportare rischi significativi per il paziente.⁸ L'automedicazione potrebbe rappresentare, per il medico di medicina generale, uno strumento di ottimizzazione del tempo. Il tempo guadagnato si potrebbe dedicare a patologie più rilevanti e al miglioramento del rapporto medico paziente grazie alla possibilità di disporre di maggior tempo per ciascuna visita.³ L'automedicazione conduce il paziente all'autonomia della cura che non va intesa come eliminazione completa del legame fra medico e paziente,

TABELLA 10

Risultati della simulazione. Confronto fra dati di spesa reale e spesa ipotetica nel caso in cui i dati medi delle prime cinque regioni vengano applicati a tutte le altre

Regione	Spesa pubblica	Spesa privata SOP	Spesa privata A+C	Spesa pubblica	Spesa privata SOP	Spesa privata A+C
Trentino A.A.	€ 188.194.034	€ 49.126.112	€ 63.748.231	€ 188.194.034	€ 49.126.112	€ 63.748.231
Emilia R.	€ 856.812.416	€ 195.194.941	€ 311.244.780	€ 856.812.416	€ 195.194.941	€ 311.244.780
Valle d'Aosta	€ 25.293.850	€ 6.622.437	€ 10.145.830	€ 25.293.850	€ 6.622.437	€ 10.145.830
Veneto	€ 999.158.690	€ 208.404.401	€ 317.779.761	€ 999.158.690	€ 208.404.401	€ 317.779.761
Liguria	€ 325.392.332	€ 88.352.615	€ 120.032.201	€ 325.392.332	€ 88.352.615	€ 120.032.201
Friuli V.G.	€ 252.757.033	€ 46.101.113	€ 66.016.793	€ 239.848.721	€ 58.984.837	€ 85.907.886
Piemonte	€ 923.297.664	€ 185.901.836	€ 284.398.752	€ 865.619.290	€ 212.877.568	€ 310.043.444
Toscana	€ 781.981.544	€ 178.524.324	€ 272.662.150	€ 731.724.696	€ 179.949.518	€ 262.085.709
Lombardia	€ 2.095.410.710	€ 434.840.109	€ 700.132.469	€ 1.945.809.755	€ 478.523.588	€ 696.940.982
Umbria	€ 192.261.485	€ 34.883.264	€ 58.108.882	€ 174.954.364	€ 43.025.681	€ 62.664.331
Marche	€ 361.570.526	€ 59.951.127	€ 103.283.677	€ 303.017.224	€ 74.519.561	€ 108.533.283
Molise	€ 73.425.343	€ 9.315.860	€ 15.862.140	€ 61.402.848	€ 15.100.506	€ 21.992.983
Basilicata	€ 137.599.219	€ 16.310.626	€ 32.910.448	€ 112.844.084	€ 27.751.200	€ 40.417.963
Abruzzo	€ 334.285.113	€ 47.755.016	€ 80.303.128	€ 260.251.499	€ 64.002.393	€ 93.215.657
Sicilia	€ 1.323.664.633	€ 162.018.997	€ 390.781.668	€ 994.022.209	€ 244.455.077	€ 356.034.198
Lazio	€ 1.553.321.335	€ 254.777.573	€ 450.263.592	€ 1.145.324.990	€ 281.664.239	€ 410.227.116
Calabria	€ 551.776.494	€ 62.782.896	€ 146.757.495	€ 386.401.988	€ 95.025.973	€ 138.399.646
Sardegna	€ 470.206.553	€ 55.739.277	€ 101.661.785	€ 324.618.891	€ 79.831.955	€ 116.270.467
Puglia	€ 1.159.181.384	€ 126.798.246	€ 253.187.465	€ 798.010.897	€ 196.250.963	€ 285.827.788
Campania	€ 1.703.463.843	€ 204.861.779	€ 480.750.134	€ 1.145.230.172	€ 281.640.921	€ 410.193.154
	€ 14.309.054.199	€ 2.428.262.546	€ 4.260.031.379	€ 11.883.932.948	€ 2.881.304.484	€ 4.221.705.410
			€ 20.997.348.124	€ 11.883.932.948		€ 18.986.942.843
				€ 2.425.121.251		€ 2.010.405.282
						9,57%

ma piuttosto come un rapporto di collaborazione. Sarebbe auspicabile che il paziente giungesse alla scelta del trattamento da autosomministrarsi dopo aver acquisito le informazioni necessarie dal medico in fase preliminare alla scelta, e con il supporto del farmacista nell'atto di acquisto.

POTENZIALITÀ PER IL SISTEMA ECONOMICO GENERALE

L'automedicazione è in grado quindi di apportare benefici estendibili anche oltre il sistema sanitario. Se si applica l'analisi degli effetti di questa modalità di cura

a tutto il sistema economico, è possibile condurre una valutazione dei benefici indiretti, associati alla stima dei possibili guadagni di produttività derivanti dalla riduzione delle assenze dal posto di lavoro dovute alle visite e code presso gli ambulatori medici. Se si considera che delle 300 milioni di visite/anno effettuate in Italia, il 10% si potrebbe evitare, si ottiene un numero di 30 milioni di visite mediche inutili, in quanto dovute a patologie minori curabili con l'automedicazione. Ipotizzando una perdita di due ore lavorative per ogni visita e conside-

TABELLA 11

Risultati della simulazione. Confronto fra dati di spesa reale e spesa ipotetica nel caso in cui i dati medi delle prime cinque regioni vengano applicati alle regioni intermedie e i dati di spesa delle regioni intermedie alle regioni con la minor propensione all'automedicazione

Regione	Spesa pubblica	Spesa privata SOP	Spesa privata A+C
Trentino A.A.	€ 188.194.034	€ 49.126.112	€ 63.748.231
Emilia R.	€ 856.812.416	€ 195.194.941	€ 311.244.780
Valle d'Aosta	€ 25.293.850	€ 6.622.437	€ 10.145.830
Veneto	€ 999.158.690	€ 208.404.401	€ 317.779.761
Liguria	€ 325.392.332	€ 88.352.615	€ 120.032.201
Friuli V.G.	€ 239.848.721	€ 58.984.837	€ 85.907.886
Piemonte	€ 865.619.290	€ 212.877.568	€ 310.043.444
Toscana	€ 731.724.696	€ 179.949.518	€ 262.085.709
Lombardia	€ 1.945.809.755	€ 478.523.588	€ 696.940.982
Umbria	€ 174.954.364	€ 43.025.681	€ 62.664.331
Marche	€ 303.017.224	€ 74.519.561	€ 108.533.283
Molise	€ 61.402.848	€ 15.100.506	€ 21.992.983
Basilicata	€ 112.844.084	€ 27.751.200	€ 40.417.963
Abruzzo	€ 260.251.499	€ 64.002.393	€ 93.215.657
Sicilia	€ 994.022.209	€ 244.455.077	€ 356.034.198
Lazio	€ 1.327.367.676	€ 219.261.345	€ 373.478.093
Calabria	€ 447.818.317	€ 73.972.908	€ 126.001.509
Sardegna	€ 376.215.158	€ 62.145.134	€ 105.854.710
Puglia	€ 924.850.045	€ 152.771.435	€ 260.222.723
Campania	€ 1.327.257.786	€ 219.243.193	€ 373.447.173
	€ 12.487.854.993	€ 2.674.284.448	€ 4.099.791.447
			€ 19.261.930.887
			€ 1.735.417.237
			8,26%

rando una retribuzione lorda di 29,50€ l'ora, si ricava una perdita di 59,00€ per visita. Con una percentuale di popolazione occupata del 55,7% si ottiene un numero di visite evitabili pari a 16.710 che moltiplicato per il valore di una visita genera un risparmio di 985 milioni di euro, persi invece in permessi. In definitiva, si potrebbe risparmiare circa un miliardo di euro all'anno, nel caso in cui vi fosse una riduzione del 10% delle visite e un ricorso più mirato all'automedicazione.⁴

CONCLUSIONI

Considerando le varie potenzialità dell'automedicazione, questa strategia di cura si configura come una

risorsa economica da valorizzare. I farmaci di automedicazione possono costituire uno strumento prezioso nell'ambito della sostenibilità e governance della spesa farmaceutica pubblica e risultano in grado di garantire un risparmio anche per il privato e per il sistema economico in generale. Se in altre realtà nazionali europee il ricorso all'automedicazione è già consolidato e la compartecipazione del cittadino alla spesa, nell'ambito delle patologie minori, è impiegata per ottenere un risparmio pubblico, in Italia questi aspetti restano ancora da sviluppare. Ne deriva la necessità di individuare approcci in grado di portare il settore ad allinearsi almeno ai livelli europei offrendo la possibilità di contribuire

TABELLA 12

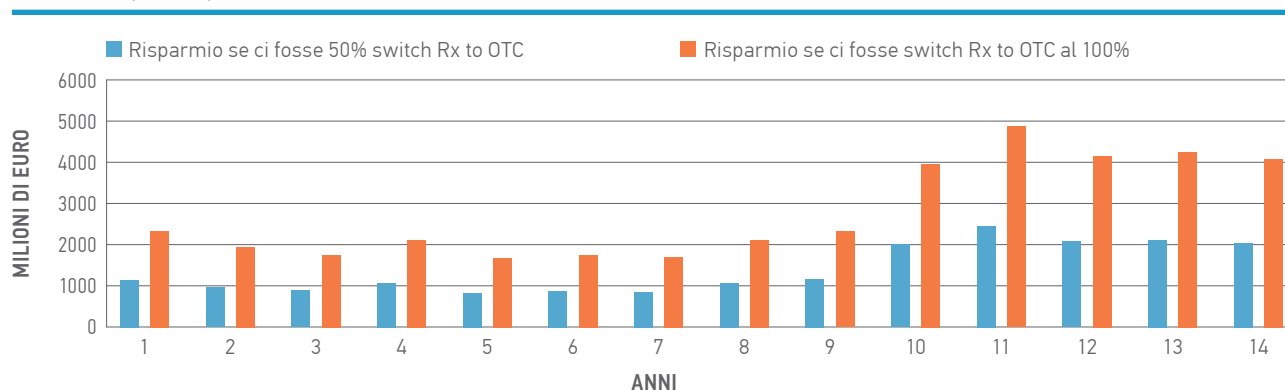
Possibilità di risparmio privato attuando lo Switch Rx to OTC

Anni	Confezioni totali SOP, C (Rx) e A (privato)	Prezzo medio OTC/SOP medio (€)	Prezzo medio Rx (C+A) (€)	Spesa se fossero 100% OTC/SOP (mln €)	Spesa se fossero 100% Rx (C+A) (mln €)	Risparmio se ci fosse switch Rx to OTC al 100% (mln €)	Spesa se fossero 50% OTC/SOP (mln €)	Spesa se fossero 50% Rx (C+A) (mln €)	Risparmio se ci fosse 50% switch Rx to OTC (mln €)
2001	706	5,74	9,06	4.052,44	6.396,36	2.343,92	2.026,22	3.198,18	1.171,96
2002	671	6,17	9,08	4.140,07	6.092,68	1.952,61	2.070,03	3.046,34	976,30
2003	711	6,79	9,27	4.827,69	6.590,97	1.763,28	2.413,84	3.295,48	881,64
2004	703	6,43	9,46	4.520,29	6.650,38	2.130,09	2.260,14	3.325,19	1.065,04
2005	718	7,06	9,40	5.069,08	6.749,20	1.680,12	2.534,54	3.374,60	840,06
2006	727	6,64	9,02	4.827,28	6.557,54	1.730,26	2.413,64	3.278,77	865,13
2007	737	6,86	9,18	5.055,82	6.765,66	1.709,84	2.527,91	3.382,83	854,92
2008	746	6,52	9,35	4.863,92	6.975,10	2.111,18	2.111,18	3.487,55	1.055,59
2009	738	6,53	9,67	4.819,14	7.136,46	2.317,32	2.409,57	3.568,23	1.158,66
2010	722	6,66	12,15	4.808,52	8.772,30	3.963,78	2.404,26	4.386,15	1.981,89
2011	748	6,64	12,95	4.966,72	9.686,60	4.899,88	2.483,36	4.843,30	2.449,94
2012	747	6,85	12,43	5.116,95	9.285,21	4.168,26	2.558,47	4.642,60	2.084,13
2013	783	7,20	12,61	5.637,60	9.878,63	4.241,03	2.818,80	4.939,31	2.120,51
2014	785	7,27	12,47	5.706,95	9.788,95	4.082,00	2.853,47	4.894,48	2.041,00

Fonte: elaborazione dati da Rapporto OsMed (2001-2014); Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

FIGURA 4

Possibile risparmio privato in caso di switch al 50% e 100%



Fonte: elaborazione dati da Rapporto OsMed (2001-2014), Assosalute Federchimica «Rapporto sull'automedicazione» (2001-2014)

concretamente a liberare risorse pubbliche da impiegare a favore di farmaci innovativi per patologie gravi e, complessivamente contribuire al contenimento della spesa farmaceutica a carico dello Stato.⁹

Ad oggi, in buona parte del Paese, molte patologie curabili

in autonomia vengono ancora affrontate facendo ricorso al medico di medicina generale e a farmaci da prescrizione. In tal senso, al fine di un miglior controllo pubblico della domanda, un approccio importante potrebbe essere rintracciato nella revisione della classificazione dei farmaci

sulla base della gravità della patologia o disturbo per cui sono adottati. Revisione utile, in particolare, per i farmaci di fascia C con ricetta per i quali è opportuno verificare la presenza di prodotti SOP/OTC sovrapponibili e interscambiabili. Dato l'elevato rischio di inappropriata prescrizione per alcuni farmaci di fascia C a basso costo, il delisting per questi medicinali corrisponde a un importante strumento di gestione.⁹ Uno studio condotto dall'Osservatorio Farmaci CERGAS Bocconi, a partire da un'analisi per classi terapeutiche riferite a quattro patologie minori, ha effettuato una simulazione sul mercato farmaceutico per l'anno di riferimento 2004: questo lavoro ha individuato 4 possibili scenari di spostamento del consumo e, riportato un risparmio ottenibile dallo shift per il SSN fra i 115 e i 185 milioni di euro. Secondo dati ICOM⁹, il delisting di prodotti a basso costo per patologie lievi e non croniche, potrebbe corrispondere a una fonte rilevante di risparmio in grado di comportare la possibile riallocazione di 4,19 miliardi di euro annui provenienti dai risparmi che si genererebbero sulla spesa privata, e 774 milioni di euro annui che si genererebbero invece dalla spesa pubblica. Se si considera, ad esempio, che i farmaci per i disturbi gastrici rientrano fra le prime categorie di rimborso per il SSN e che secondo dati OsMed⁵ almeno il 50% della spesa annua nell'area dei gastro-protettori risulta non appropriata, si comprende la rilevanza di procedure di delisting di farmaci di questa categoria a basso costo e con alto rischio di inappropriata prescrizione. Il passaggio di singoli farmaci come di intere categorie di prodotti dalla classe C alla categoria non prescription sarebbe in grado di apportare anche un risparmio diretto per i cittadini, in virtù della concorrenza generata dai listini meno costosi del comparto rispetto al farmaco etico.⁶

Le differenze a livello interregionale in termini di propensione alla cura con farmaci di automedicazione hanno frenato l'implementazione di queste strategie. Ipotizzando di estendere il modello gestionale adottato nelle regioni del nord Italia a tutte le altre, si avrebbero consumi e tendenze in linea con il resto d'Europa. I benefici dell'au-

tomedicazione sarebbero ottenibili senza inficiare il livello e le prestazioni di assistenza farmaceutica pubblica, apportando al contrario risorse impiegabili per il suo miglioramento.¹⁰ Dal punto di vista del cittadino non si avrebbe alcun sostanziale aggravio di spesa in quanto, avendo in assoluto il prezzo più basso tra i farmaci e le alternative di cura non farmaceutiche, il farmaco senza ricetta rappresenta un significativo fattore di contenimento anche della spesa farmaceutica a carico del privato. Inoltre, il medico vedrebbe ridotto il numero di pazienti giornalieri e potrebbe dedicare più tempo alla visita di pazienti con patologie più gravi. Il minor ricorso al medico da parte di persone in età lavorativa diminuirebbe il numero di ore di lavoro perse, generando un maggiore incremento di produttività sul sistema economico generale.

Occorre infine ricordare che il ricorso all'automedicazione è fortemente condizionato da fattori socio-culturali¹⁰; questo pone la necessità di promuovere il miglioramento della cultura dell'automedicazione tramite un percorso rivolto al cittadino e sostenuto dalle autorità sanitarie, al fine di trasferire maggiore consapevolezza e informazione sui temi dell'autocura responsabile. Se si considera che i farmaci per i disturbi gastrici e per le affezioni respiratorie rappresentano la prima categoria di rimborso per il SSN⁵ e che queste due categorie terapeutiche sono fra le quattro in cui si registra il maggior numero di referenze di SOP⁶, risulta chiaro che una maggiore propensione al consumo di questi prodotti rispetto ai farmaci Rx, lascerebbe spazio alla liberazione di risorse pubbliche e contribuirebbe a migliorare la sostenibilità del sistema. In definitiva, i farmaci senza obbligo di ricetta possono rappresentare una risposta terapeutica importante per il trattamento delle patologie lievi, ed è compito dell'Autorità Sanitaria mettere a disposizione dei cittadini soluzioni di cura efficaci e sicure garantendo al contempo la sostenibilità e la buona governance della spesa farmaceutica mediante liberazione di risorse pubbliche, riduzione dell'inappropriata prescrizione e un uso più efficiente della spesa privata.

Si ringrazia il Dr. Alessandro Peracchi, partecipante al Master MAMAF dell'Università degli Studi di Pavia, per il prezioso contributo bibliografico e per l'analisi dei dati.

BIBLIOGRAFIA

1. Drummond M.F, O'Brien B, Stoddart G.L et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2 nd ed. Oxford medical publications, Oxford 1998
2. Centro studi Assosalute. Numeri e indici dell'automedicazione. Federchimica, Milano 2016
3. Lucioni C, Zappaterra L. Automedicazione una risorsa economica da valorizzare. Farmacoeconomia e percorsi terapeutici 2001; 2 (4) 223-229
4. Lucioni C, Rapazzini P. Automedicazione e tutela della salute. Cap 7 pag 76-84 in C. Lucioni, P Minghetti. Economia e normativa del farmaco Utet, Torino 1998
5. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2015
6. Centro studi Assosalute. Numeri e indici dell'automedicazione. Federchimica, Milano 2015
7. Drummond M, Barbieri M, Cook J, et al. Transferability of Economic Evaluations Across Jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report. Value in Health 2009;12:4:409-418.
8. Censis. Materiali di ricerca. Consumi e spesa farmaceutica. Franco Angeli, Milano 2007
9. Icom innovazione. La riforma della governance farmaceutica: da una visione di silos a una olistica della spesa sanitaria, Luglio 2016
10. Lucioni C. L'automedicazione in Italia. Problemi e prospettive. Franco Angeli, Milano, 1991



STUDI ANALISI VALUTAZIONI ECONOMICHE
Health Economics & Outcomes Research

www.clinicoeconomics.info | www.savestudi.it | www.savedigital.it



STUDI ANALISI VALUTAZIONI ECONOMICHE
Health Economics & Outcomes Research

www.clinicoeconomics.info | www.savestudi.it | www.savedigital.it