

Proviamo con il coach



Marketing e Tecniche di Accesso al Mercato del Farmaco canale E-O

Basi di
farmacoeconomia

Roberto Adrower

Farmacista / Life Science Professional in Marketing & Communication

Professore a Contratto di Marketing e Tecniche di Accesso al Mercato del
Farmaco Facoltà di Farmacia e Medicina Corso Scienze farmaceutiche
Applicate

Un . La Sapienza Roma

roberto.adrower@uniroma1.it



18 maggio 2018
 NUMERO 90 | ANNO 12

adnchronos
 salute

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Privacy, da Fimmg servizio informatico per i medici

La Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) è pronta informare i camici bianchi e a supportare la formazione del personale di studio sulle nuove regole della privacy. Il prossimo 25 maggio, infatti, entrerà in vigore il nuovo regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (Gdpr, General Data Protection Regulation). Un regolamento che "attribuisce ampie autonomie ma anche maggiori responsabilità ai titolari del trattamento dei dati (nel nostro caso, a

Farmaci innovativi e budget, oncologi in difficoltà
 Lo rivela il X Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Farmaci costosi e oncologi alle prese con esigenze di budget. Nel X Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato dalla Favo (Federazione associazioni volontari in oncologia), si illustrano i risultati di due primi 'test' sul tema delle scelte etiche dei medici e dei chirurghi in oncologia. La prima indagine, realizzata attraverso un questionario strutturato presso un campione di medici oncologi (distribuito con la collaborazione attiva di Aiom, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica), ha permesso di rilevare che il 71% dei medici coinvolti si è sentito in difficoltà (almeno qualche volta nel 60% dei casi, spesso nell'11%) rispetto alle scelte da compiere in termini di trattamento terapeutico. E questo proprio a causa del budget finanziario a disposizione. "Il problema esiste, e può portare a una sottosomministrazione dei farmaci innovativi", sottolinea a Pharmakronos Francesco De Lorenzo, presidente Favo. Quasi il 50% di coloro che hanno risposto in tal senso, riconosce che si è trattato di difficoltà che coinvolgono l'etica professionale e quasi il 20% afferma che le carenze di budget hanno inciso sulla somministrazione dei trattamenti terapeutici, ad esempio in termini di tempi di attesa, in qualche caso portando a rimandare il trattamento da iniziare a fine anno a quello successivo (circostanza riscontrata dal 17%). Va sottolineato che il paziente è stato quasi sempre messo al corrente di tali difficoltà (in più della metà dei casi), ma che in nessun caso si è fatto ricorso alla mediazione di un'associazione di pazienti. (M.L.)

Allarme dalle Regioni: la salute non è più tutelata - DottNet

Posta in arrivo x

Roberto adrower <roberto.adrower@gmail.com>
 a me

16 mag (2 giorni fa)

<http://www.dottnet.it/>

Allarme dalle Regioni: la salute non è più tutelata

Allarme delle Regioni sulla sanità "non più adeguata a quella di un Paese civile" e non in grado di garantire nemmeno la difesa minima della salute. Di fronte alle Commissioni speciali di Camera e Senato riunite per l'esame del Documento di Economia e Finanza, la Conferenza delle Regioni mette sul tavolo la situazione attuale dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni minime garantite gratuitamente o tramite ticket dal Sistema sanitario nazionale.

Dal 2018 al 2019, ha spiegato l'assessore al Bilancio della Regione Lombardia, Davide Caparini, la spesa sanitaria scenderà "dal 6,6% a 6,4% del Pil", un passaggio critico, perché la soglia del 6,5% è considerata dall'Ocse "come livello minimo per garantire la tutela della salute". I tagli alle spese sul welfare vanno arginati subito aggiornando il vecchio Patto della salute 2014-2016, "invertendo il trend degli ultimi sei anni" ed avviando un nuovo programma pluriennale di edilizia sanitaria.

x

Finanziamento del S.S.N.

FONDO SANITARIO NAZIONALE

Il 97% delle risorse viene dedicato ai LEA: 50% ai distretti sanitari; 45% all'assistenza ospedaliera; 5% alla prevenzione

FONDO SANITARIO REGIONALE

Ciascuna regione riceve risorse in base a quota capitaria e altri criteri relativi a cittadini residenti

ASL

AZIENDE OSPEDALIERE

Finanziamento a quota capitaria (prevalent)
Finanziamento a funzione (per attività particolari)

Finanziamento a prestazione
Finanziamento a funzione
Entrate proprie



Programmazione economica
Min salute



Il bilanciamento tra economia /economia sanitaria e Farmacoeconomia

Il ruolo della Farmacoeconomia

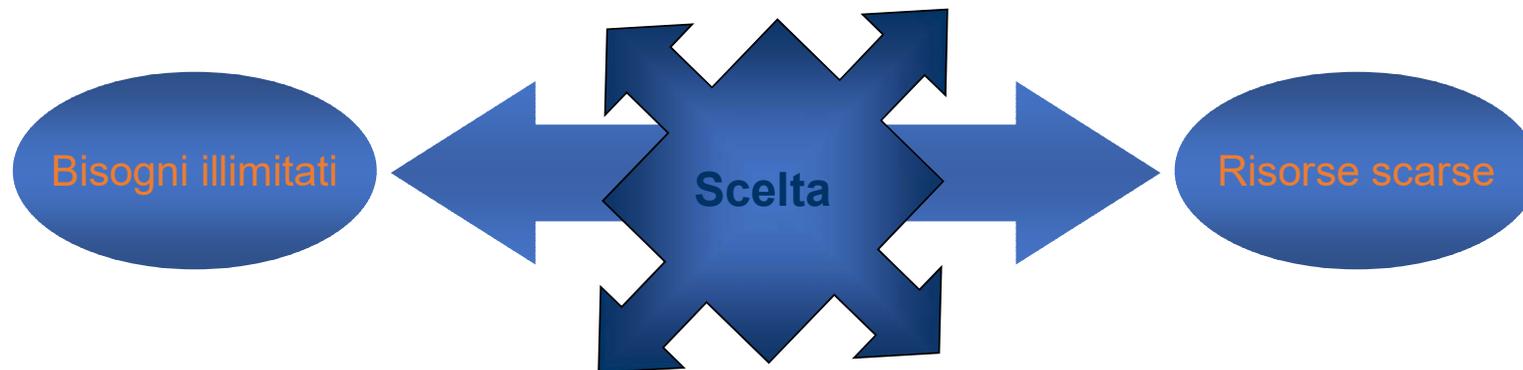
Ministro della Salute Beatrice Lorenzin nelle audizioni alle Commissioni Sanità di Camera e Senato del 5 giugno 2013: “Siamo passati da un’universalità forte e incondizionata a un’universalità mitigata per garantire le prestazioni necessarie e appropriate solo a chi ne abbia effettivamente bisogno”

Ma come farlo???

FARMACOECONOMIA

Economia

“la scienza che studia le modalità di allocazione delle risorse scarse, tra usi alternativi, ai fini di massimizzare la propria soddisfazione”



L'economia del farmaco è l'applicazione di metodi di indagine economica a quella particolare tecnologia biomedica che è il farmaco.

Si interessa dello studio relativo alle conseguenze derivanti da decisioni di politica sanitaria; tali conseguenze riguardano i pazienti, le aziende sanitarie pubbliche o private, le industrie farmaceutiche, i medici, farmacisti e gli altri operatori sanitari. Gli studi vengono usualmente suddivisi in “microeconomici” e “macroeconomici” per individuare un approccio che parte da dati aggregati per ottenere dati a livelli inferiori o, con procedimento inverso, disaggregati per salire a livelli superiori.

Si possono distinguere studi relativi a:

- la spesa farmaceutica in relazione ad altre voci di spesa
- la composizione della spesa farmaceutica tra le diverse classi terapeutiche
- il prezzo dei farmaci e le loro variazioni (incluse le problematiche sui tickets)
- il prontuario terapeutico
- la competizione derivante dall'introduzione dei farmaci generici
- le modifiche al tipo di fissazione del prezzo
- la negoziazione del prezzo e la loro rimborsabilità
- le conseguenze derivanti dalla fissazione di tetti di spesa per i medici (budget)
- le limitazioni burocratiche (indicazioni restrittive sulle prescrizioni)

La farmacoeconomia è una parte dell'economia del farmaco.

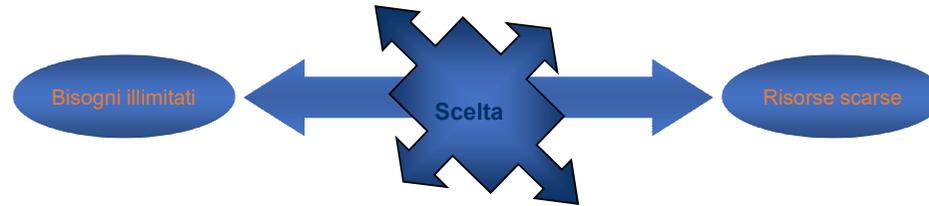
Riguarda l'applicazione di alcune tecniche di valutazione economica al farmaco

È quindi un tipo di indagine “**microeconomica**”.

Esamina le conseguenze sulla collettività derivanti dall'uso dei farmaci o
dall'introduzione di nuovi farmaci.

Comprende l'individuazione, la misurazione
ed il confronto dei costi, dei rischi, dei risultati e dei benefici di programmi,
servizi o singole terapie.

Farmacoeconomia



In condizioni di risorse scarse allocare una terapia ad un soggetto
significa ragionevolmente privarne un secondo.



La farmacoeconomia si incarica di suggerire al Decision Maker la
soluzione in grado di

OTTIMIZZARE L'EFFICIENZA DELLE RISORSE IMPEGNATE

Definizione di Farmacoeconomia

In regime di limitatezza delle risorse a disposizione, la farmacoeconomia si pone come **criterio di scelta** tra **soluzioni alternative** che concorrono allo **stesso ammontare di risorse**.

La farmacoeconomia consente la **selezione di una alternativa preferibile** tra più disponibili, sulla base di una **valutazione congiunta di costi e risultati**.

**una disciplina che nasce
dal contributo di:**

→ Economia

→ Farmacologia clinica

→ Farmaco-epidemiologia

→ Statistica

Cosa NON è la Farmacoeconomia



Una disciplina che ha l'obiettivo di:

- fare il “conto della spesa”
- stabilire i soldi necessari per acquistare un farmaco
- trovare il modo di risparmiare
- razionare i farmaci in base al costo

Una disciplina che richiede competenze:

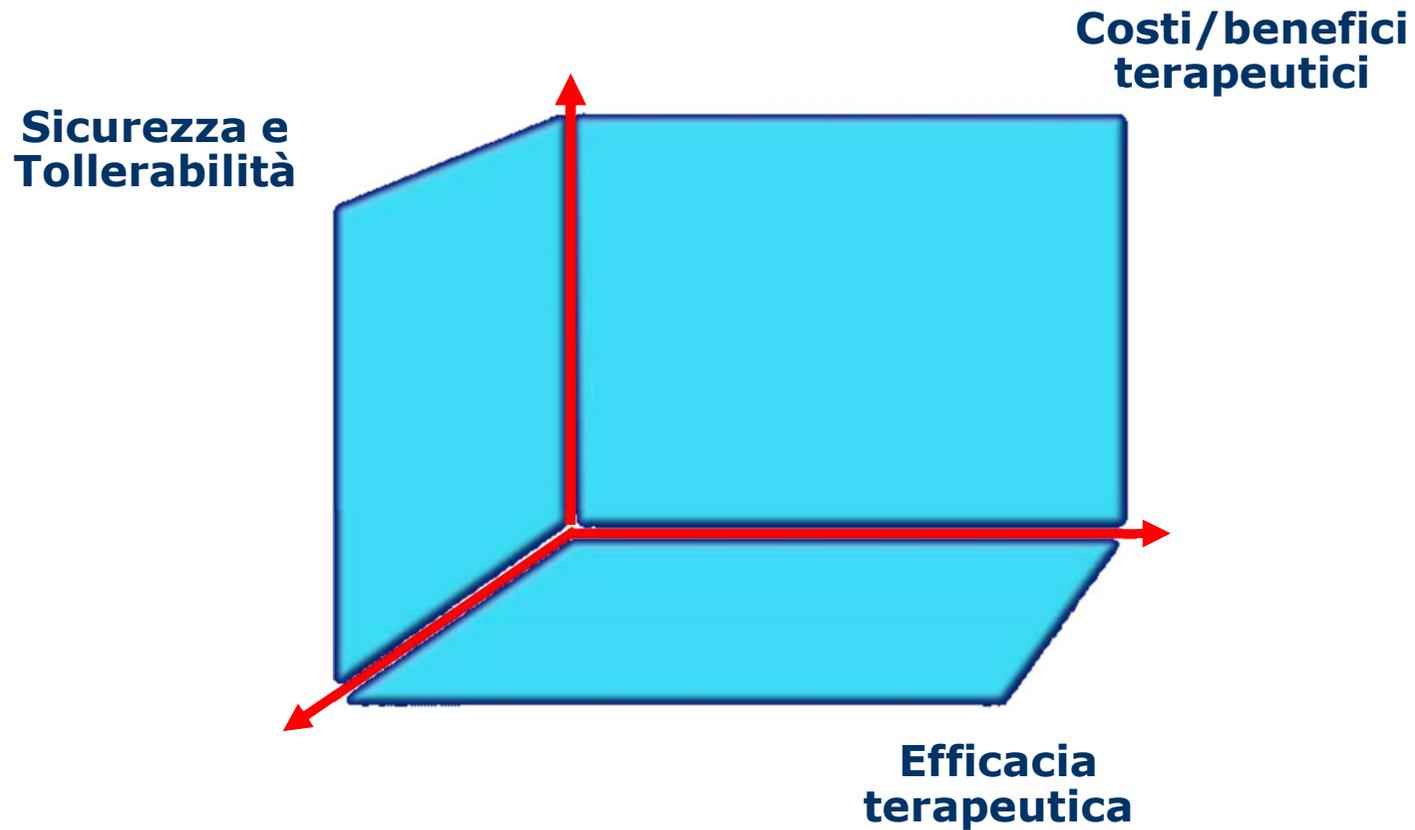
- esclusivamente di area economica
- di ragioneria

un trattamento farmaco-terapeutico

attraverso:

- **l'efficacia clinica**
- **la tollerabilità**
- **la qualità di vita raggiungibile**
- **i costi d'impiego**
- **le ripercussioni sulla spesa sanitaria**

Farmacoeconomia:
la terza dimensione delle scienze farmaceutiche



“Se non abbiamo la sicurezza di essere stati efficaci, è inutile preoccuparsi di essere efficienti”

Arcibald Cochrane

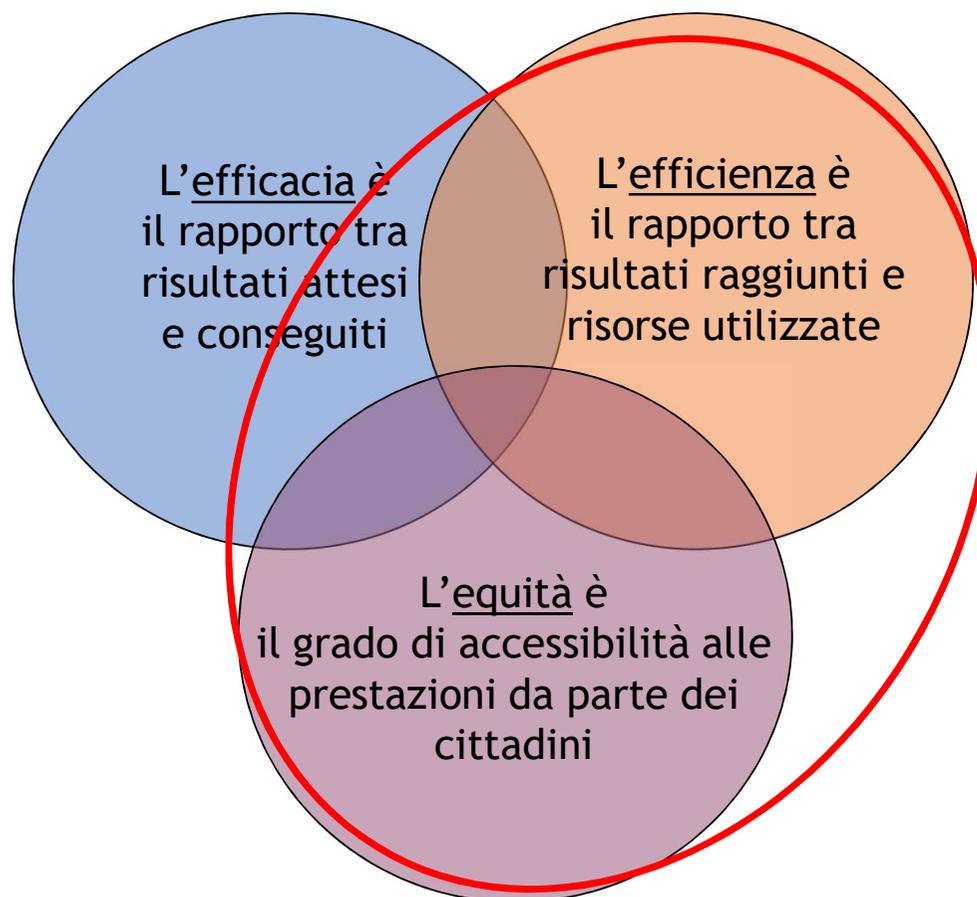


The Cochrane Library is the single most reliable source for evidence on the effects of health care.

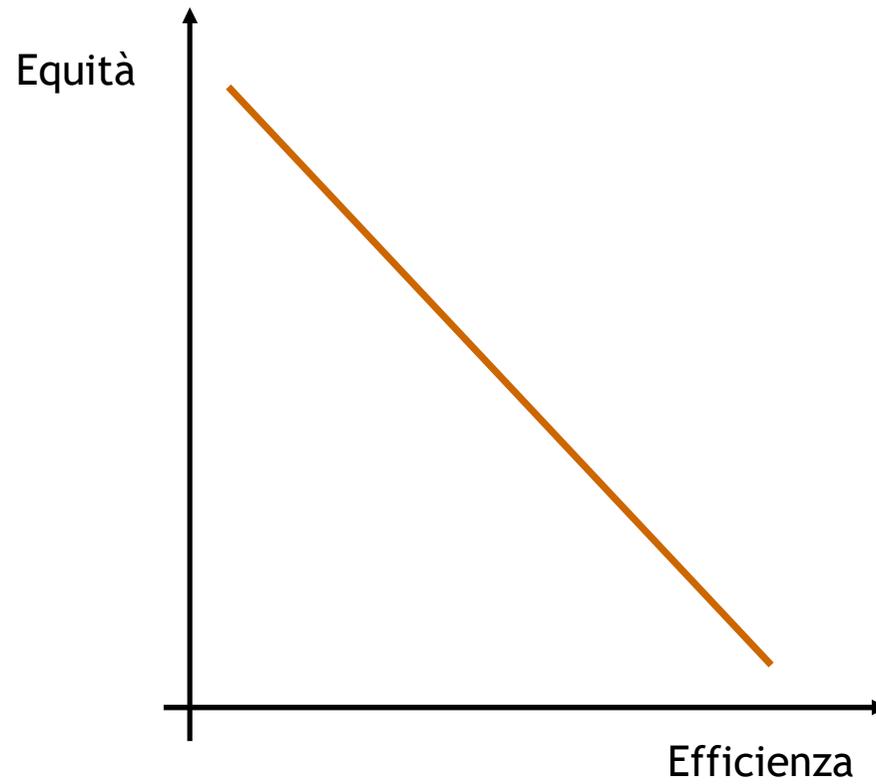
The Cochrane Library brings together in one place research on the effectiveness of healthcare treatments and interventions. It is the gold standard in evidence-based medicine and provides access to the most objective information on the latest in medical treatment.



Efficacia, efficienza, equità



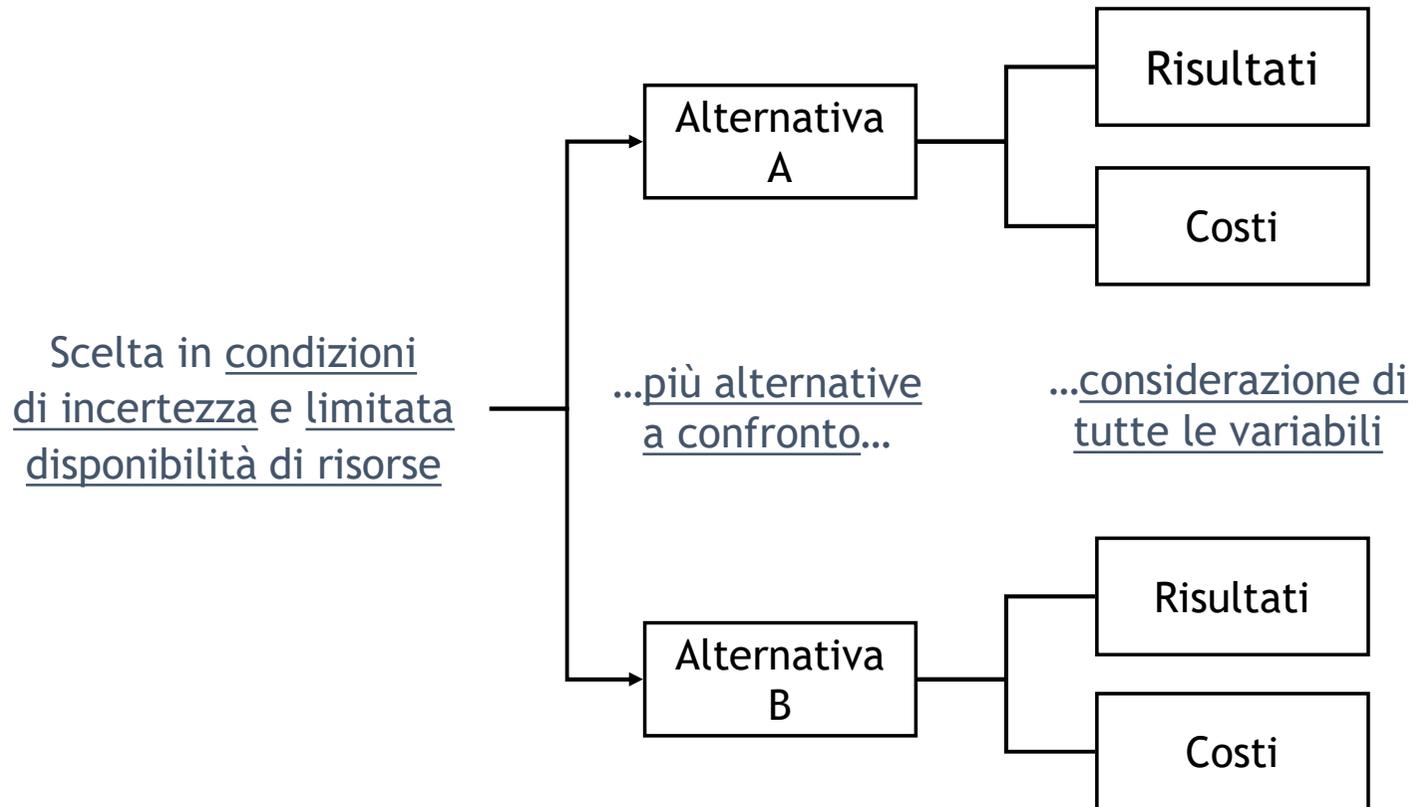
Trade-off equità ed efficienza



**Il risultato di tutte le analisi Farmacoeconomiche è
essenzialmente costituito da un rapporto:
costi/outcome**

**Gli Outcomes sono gli esiti o le conseguenze
cliniche di una terapia**

Analisi farmacoeconomica



Tipologie di analisi

| | | Si esaminano congiuntamente costi e conseguenze di ciascuna alternativa? | |
|--|----|---|---|
| | | No | Sì |
| Viene effettuato un confronto tra più alternative? | No | Valutazione parziale (assenza delle variabili e del confronto tra alternative) | Valutazione parziale (presenza delle variabili e assenza del confronto tra alternative) |
| | Sì | Valutazione parziale (assenza delle variabili e presenza del confronto tra alternative) | Valutazione completa (presenza delle variabili e del confronto tra alternative) |

Tipologie di analisi

| | | Si esaminano congiuntamente costi e conseguenze di ciascuna alternativa? | | |
|--|----|--|-----------------------|-------------------------------|
| | | No | | Sì |
| | | Analizza solo le conseguenze | Analizza solo i costi | |
| Viene effettuato un confronto tra più alternative? | No | Descrizione delle conseguenze | Descrizione dei costi | Descrizione costi conseguenze |
| | Sì | Studi di efficacia | Analisi di costo | Analisi farmaco-economiche |

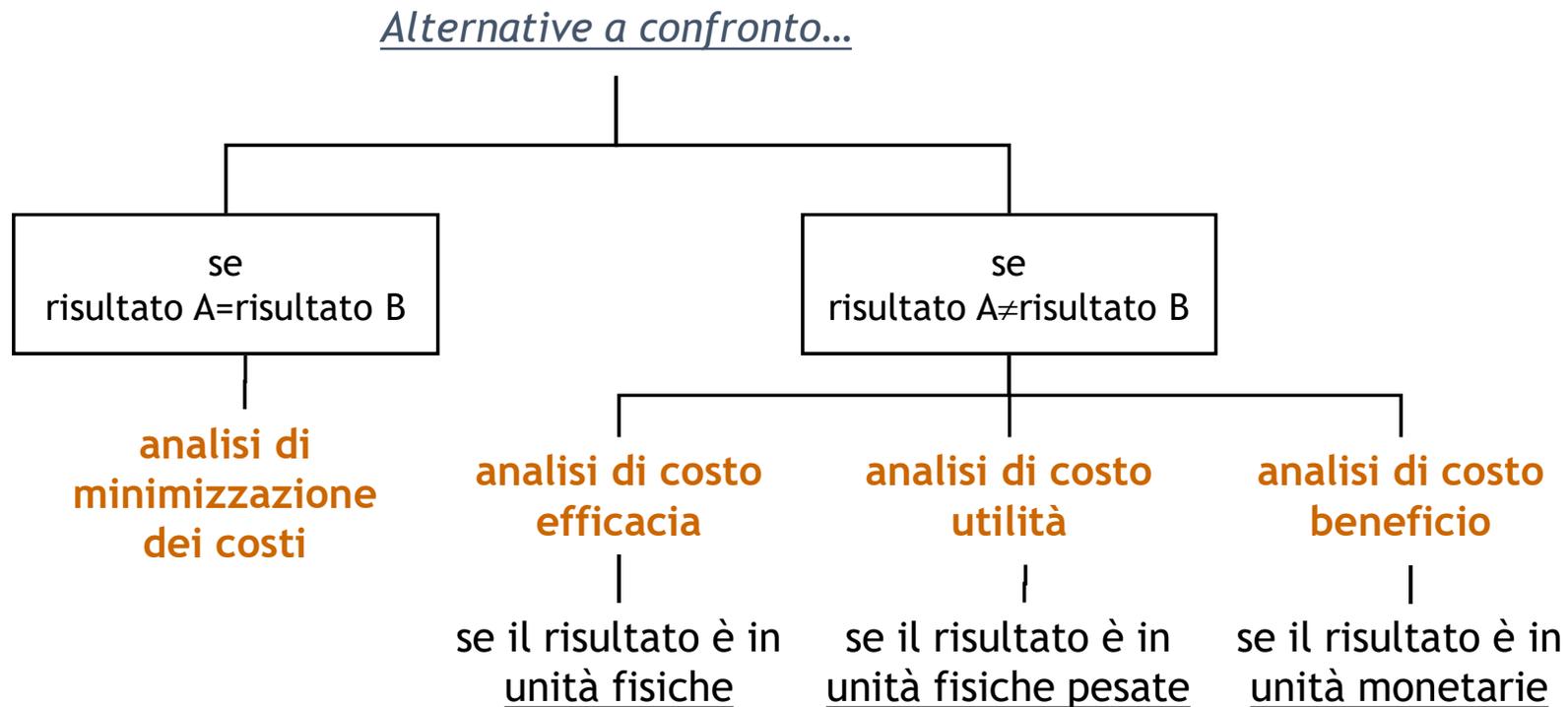
Analisi farmacoeconomiche

| <i>Tipo di analisi</i> | Stima dei costi per entrambe le alternative | Stima dei benefici per entrambe le alternative | Identificazione dei benefici |
|-------------------------------|---|--|--|
| Minimizzazione dei Costi | Unità monetarie | Assente | Identiche sotto tutti gli aspetti |
| Costo Efficacia | Unità monetarie | Unità fisiche | Unico risultato raggiunto in grado diverso |
| Costo Utilità | Unità monetarie | Unità fisiche pesate per la qualità di vita | Uno/più effetti riassunti in un unico indicatore |
| Costo Beneficio | Unità monetarie | Unità monetarie | Uno/più effetti riassunti in un unico indicatore |

Outcomes Research

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

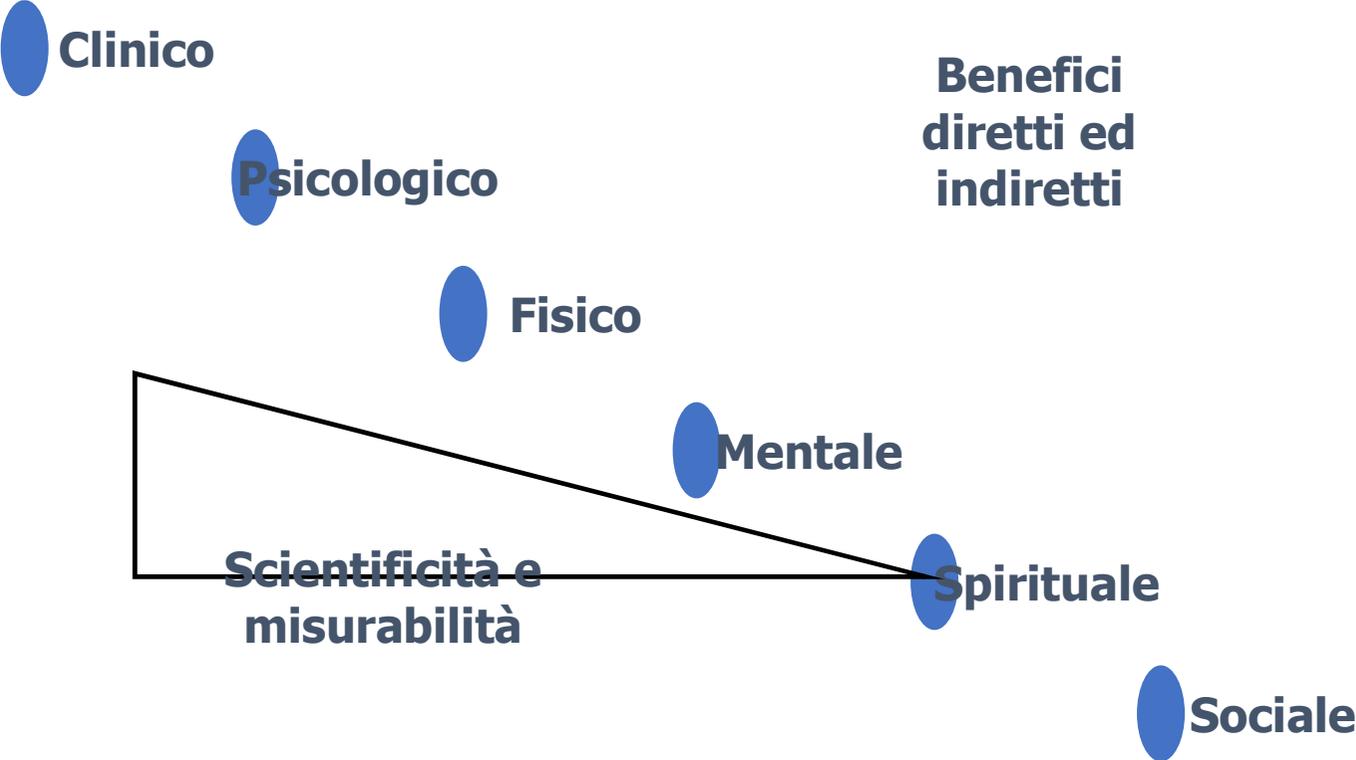
Selezione dell'analisi



Tipologie di esiti di efficacia

- **Basati su aspetti clinici**
 - riduzione della pressione arteriosa
 - prevenzione di un attacco di emicrania
 - riduzione del valore di EDSS
 - tempo di guarigione di un'ulcera duodenale
- **Basati su aspetti umanistici**
 - miglioramento della qualità di vita
 - preferenza del paziente
 - tempo alla dipendenza dalla sedia a rotelle
 - persistenza al trattamento
- **Basati su aspetti finanziari**
 - riduzione del tempo di ospedalizzazione
 - riduzione del numero di ricoveri ospedalieri
 - riduzione dei giorni di lavoro persi a causa della malattia

Tipologie di risultato



Esiti primari (Hard endpoints)

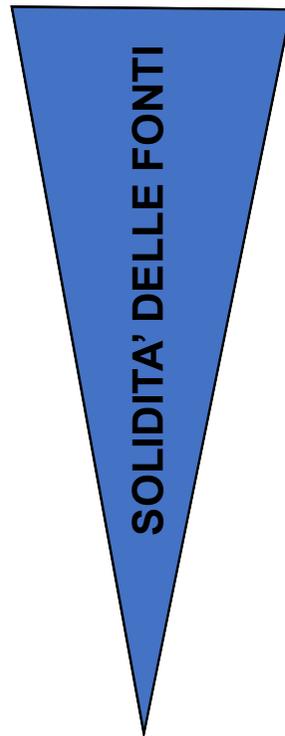
- ✓ miglioramento della qualità di vita
- ✓ prolungamento della vita
- ✓ prevenzione o riduzione dell'incidenza di un'esito patologico

Esiti intermedi (Surrogate endpoints)

- ➡ normalizzazione di un parametro indicatore del processo fisiopatologico di una malattia

Es. PA, BDM, ecc

Fonti delle evidenze di efficacia



Metanalisi

Randomized Clinical Trials

Studi osservazionali

altre fonti (panel esperti, ...)

Efficacia teorica e pratica

L'efficacia in farmacoeconomia è l'idoneità di un intervento farmacologico a modificare il corso naturale di una malattia

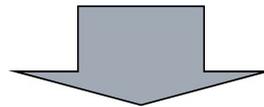
L'efficacia teorica (*efficacy*) è la capacità di un intervento di raggiungere il risultato desiderato in un setting sperimentale su pazienti opportunamente selezionati. Lo studio dell'efficacia ha lo scopo di definire le modalità terapeutiche ed, eventualmente, le circostanze di funzionamento dell'intervento (pazienti da trattare).

L'efficacia teorica non presuppone l'efficacia pratica (*effectiveness*) in quanto le condizioni con cui è stata sperimentata l'efficacia teorica dell'intervento (necessarie per la “certezza” della relazione causa-effetto) non sono riapplicate o riapplicabili in pratica clinica.

L'efficacia pratica (*effectiveness*) è la capacità terapeutica dimostrata in pratica clinica (condizioni non sperimentali).

Definizione di costo

- In senso economico per costo si intende ciò a cui si rinuncia per soddisfare un bisogno; corrisponde alla valorizzazione delle alternative cui rinunciando, che sarebbero ottenibili con la stessa disponibilità



- In senso monetario per costo si intende la spesa direttamente sostenuta per l'acquisizione dei fattori necessari alla produzione di un programma, servizio o singola terapia

Costo opportunità

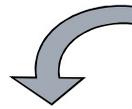
Il costo opportunità è

tutto ciò a cui bisogna rinunciare per soddisfare un determinato bisogno.

- Normalmente, ciò a cui bisogna rinunciare per soddisfare un determinato bisogno corrisponde alla spesa per il suo acquisto. In questo caso, il costo opportunità coincide con il costo monetario.
- Alcune volte ciò non succede (immobili di proprietà pubblica destinati al sistema sanitario, farmaci offerti in omaggio). Un esempio di costo opportunità è il tempo consumato dai pazienti.

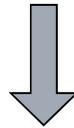
Costo diretto, indiretto, intangibile

La terminologia farmacoeconomica presenta alcune differenze rispetto a quella economica tradizionale utilizzata in precedenza. In particolare classifica i costi in diretti, indiretti ed intangibili.



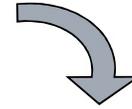
Diretti

Riferibili alla produzione
della prestazione
assistenziale



Indiretti

Riferibili al paziente
in relazione alla
sua produttività

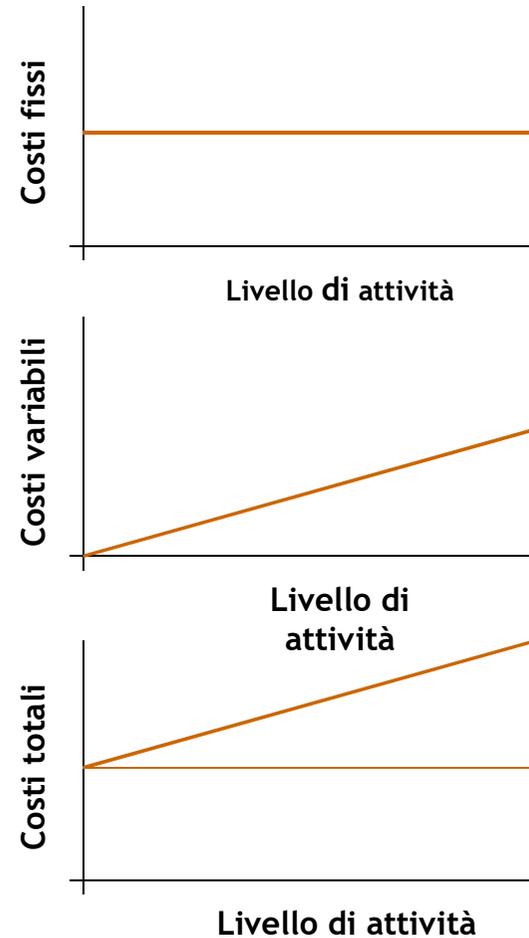


Intangibili

Riferibili al paziente
in relazione alla
sua qualità di vita

Costi fissi e variabili

- I costi fissi non variano al variare del livello di attività. I costi fissi sono sempre costanti (costo degli affitti).
- I costi variabili variano al variare del livello di attività. I costi variabili non sono costanti (costo della terapia).
- La somma dei costi fissi e variabili corrisponde al costo totale, il cui andamento dipende dai costi fissi e variabili (costo del ricovero).



- **Risorse risparmiate in campo sanitario**
- **Risorse risparmiate in altri settori (volontariato)**
- **Risorse risparmiate dal malato/familiari**

–**Top-down** (*aggregata* \Rightarrow *disaggregata*)

–**Bottom-up** (*disaggregata* \Rightarrow *aggregata*)

Prospettive di valutazione

La prospettiva di valutazione di un intervento è fortemente condizionata da **chi la effettua in relazione **alla selezione delle variabili, all'orizzonte temporale ed all'ambito di pertinenza.****

Prospettive di analisi

La PROSPETTIVA è il punto di vista dal quale si realizza l'analisi

Portatore di interesse

- Società
- Individuo
- Soggetto pagante
- SSN
- ...

Orizzonte temporale

- Breve periodo
- Lungo periodo

Ampiezza dell'interesse

- Salute pubblica
- Assistenza territoriale
- Assistenza ospedaliera

A seconda del “*punto di vista*”
il costo viene valutato:

→ Calcolando tutti i costi e tutti i risparmi

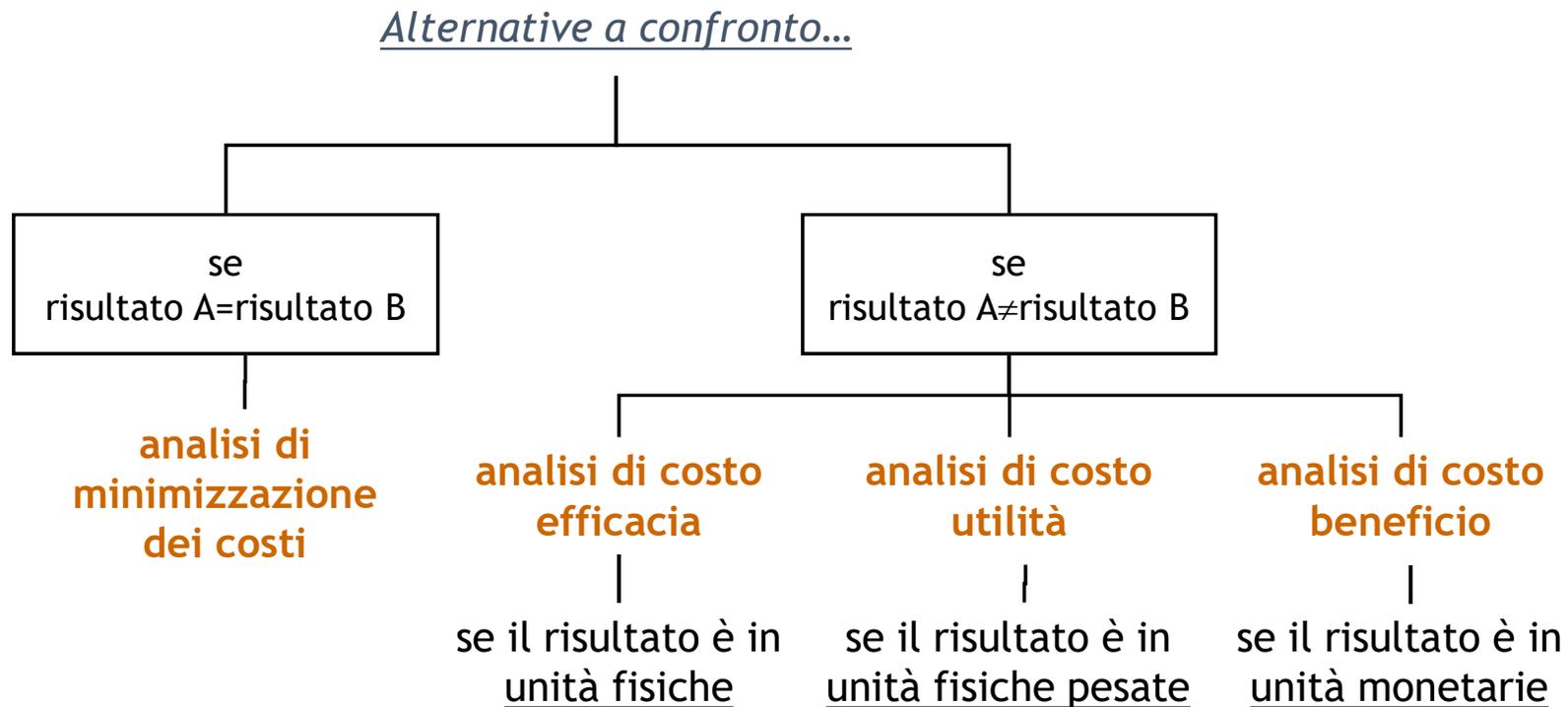
oppure **ESCLUDENDO** alcuni costi e/o alcuni risparmi

| <u>PUNTO DI VISTA</u> | | <u>COSTI VALUTATI</u> |
|-----------------------|---|-----------------------|
| Società | → | Diretti + Indiretti |
| SSN | → | Solo Diretti |

Valutazione dei costi a seconda del “*punto di vista*”:

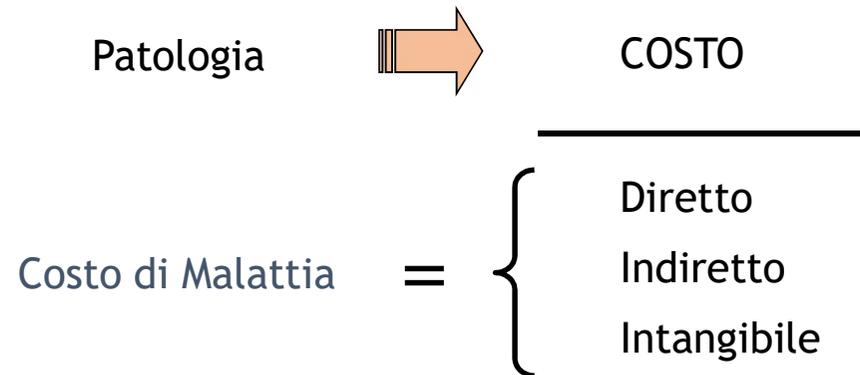
| | ASL | Ospedale | Paziente | Società |
|---|-----------|-----------|---------------|-----------|
| COSTI DIRETTI SANITARI | | | | |
| Assistenza MG e SPE | SI | No | ticket | Si |
| Pronto soccorso | SI | SI | NO | SI |
| Costi di riabilitazione | SI | SI | SI | SI |
| COSTI DIRETTI NON SANITARI | | | | |
| Spese indotte al care-giver <i>(spostamenti, babysitter, ecc)</i> | NO | NO | SI | NO |
| COSTI INDIRETTI | | | | |
| Perdita produttività paziente & familiari | NO | NO | SI | SI |
| COSTI INTANGIBILI | | | | |
| Ridotta Qualità di Vita | NO | NO | SI | NO |

Selezione dell'analisi



Analisi costo di malattia

Valuta i costi complessivi – diretti, indiretti ed intangibili – sopportati da un'intera popolazione con riguardo ad una patologia



Analisi costo di malattia

Definisce:

- il “peso finanziario” di una patologia
- il trend in anni successivi e/o zone diverse

È utilizzato per:

- la previsione delle risorse necessarie (budget)

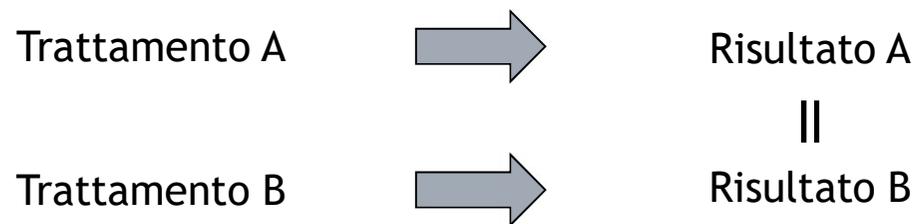
Trascura:

- la misurazione dei benefici degli interventi sanitari
- il confronto tra le alternative assistenziali

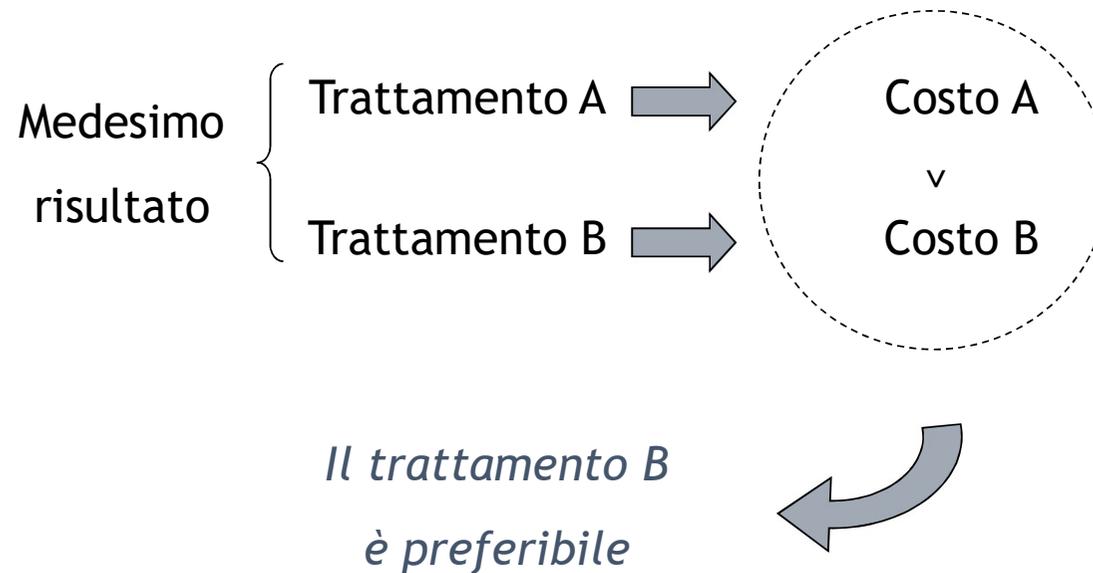
Analisi di minimizzazione dei costi

Si tratta di una metodologia impiegata per il confronto tra interventi in grado di produrre gli stessi benefici, ovvero rispetto ai quali è stata dimostrata in modo rigoroso la pari efficacia.

Dati gli uguali livelli di efficacia, la preferibilità delle diverse alternative si basa unicamente sull'analisi dei rispettivi costi



Analisi di minimizzazione dei costi



Analisi di minimizzazione dei costi

- È un tipo di analisi estremamente semplice.
Non presenta difficoltà procedurali né di interpretazione dei risultati.
- Operativamente, è simile all'analisi costo di malattia poiché considera la sola variabile "costi", postulando la sovrapposibilità dei risultati.
- Risulta scarsamente applicabile a causa della scarsa frequenza con cui trattamenti alternativi presentano risultati esattamente uguali.

Analisi costo-efficacia:
generali e metodologia

principi

Analisi di costo efficacia

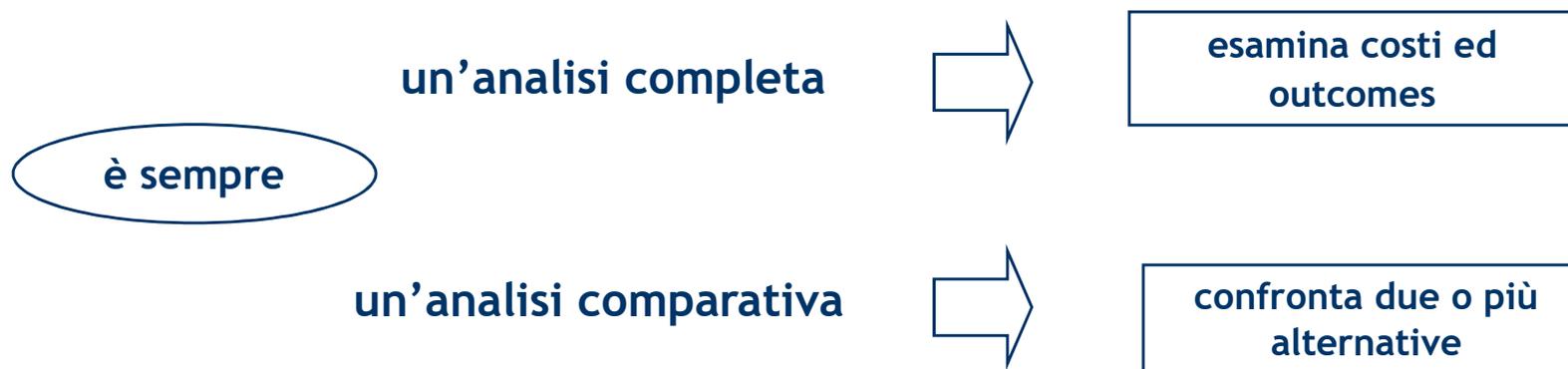
- È una metodologia utile per il confronto tra alternative in grado di produrre risultati identici sotto il profilo clinico ma realizzabili a diversi livelli di successo (in termini quantitativi)

Trattamento A  *Risultato A*

Trattamento B  *Risultato B*

- Le alternative offrono due risultati espressi nello stesso parametro (anni di vita guadagnati) ma con valori diversi (6,3 versus 4,1)

Analisi di costo efficacia



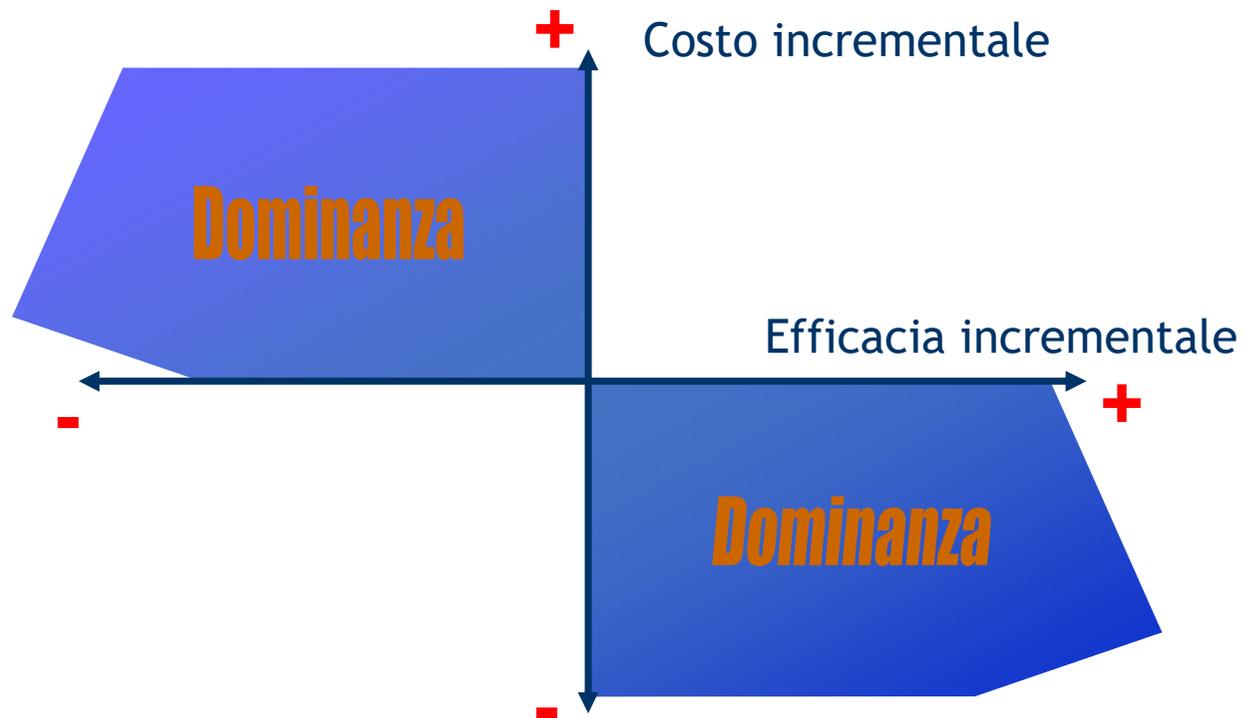
La CEA misura i costi di un trattamento farmacologico in rapporto con l'efficacia terapeutica, espressa in costo/unità di effetto

Analisi di costo efficacia

| | | Costo | | |
|-----------|-----|------------|------------|------------|
| | | A>B | A=B | A<B |
| Risultato | A>B | Incertezza | A | A |
| | A=B | B | Incertezza | A |
| | A<B | B | B | Incertezza |

Se ad un miglior risultato si associa un minor costo o viceversa,
la selezione dell'alternativa migliore non presenta alcuna difficoltà

Il concetto di DOMINANZA



Condizioni nelle quali SI DEVE
calcolare il rapporto costo efficacia incrementale

$$\begin{aligned} \text{Efficacia}_{\text{Farm. A}} &> \text{Efficacia}_{\text{Farm. B}} \\ \text{Costo}_{\text{Farm. A}} &> \text{Costo}_{\text{Farm. B}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Efficacia}_{\text{Farm. A}} &< \text{Efficacia}_{\text{Farm. B}} \\ \text{Costo}_{\text{Farm. A}} &< \text{Costo}_{\text{Farm. B}} \end{aligned}$$

Definizione di rapporto costo/efficacia incrementale

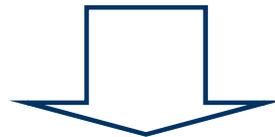
**L'incremento del costo totale necessario
per ottenere 1 outcome positivo aggiuntivo**

Si calcola il rapporto tra:

- **Surplus di spesa per un farmaco (di costo più elevato)**
- **Vantaggio aggiuntivo in termini di efficacia**

Definizione di rapporto costo/efficacia incrementale

$$\text{C/E incr.} = \frac{\text{Costi di A} - \text{Costi di B}}{\text{Efficacia di A} - \text{Efficacia di B}}$$



$$\text{C/E incr.} = \frac{\text{Costi incrementali}}{\text{Efficacia incrementale}}$$

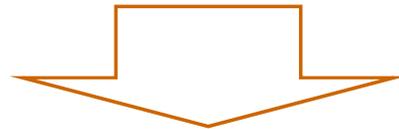
Differenze tra i rapporti C/E

Il **rapporto medio** definisce il costo per risultato di una strategia indipendentemente dalle alternative precedenti.

Valutazione della scelta migliore

Il **rapporto incrementale** definisce il costo per unità di risultato della sostituzione di una strategia con una nuova soluzione.

Valutazione della sostenibilità della scelta migliore



La scelta sul se adottare o meno la nuova strategia a fronte di un certo costo rimane in finale di tipo etico e politico.

Analisi di costo efficacia

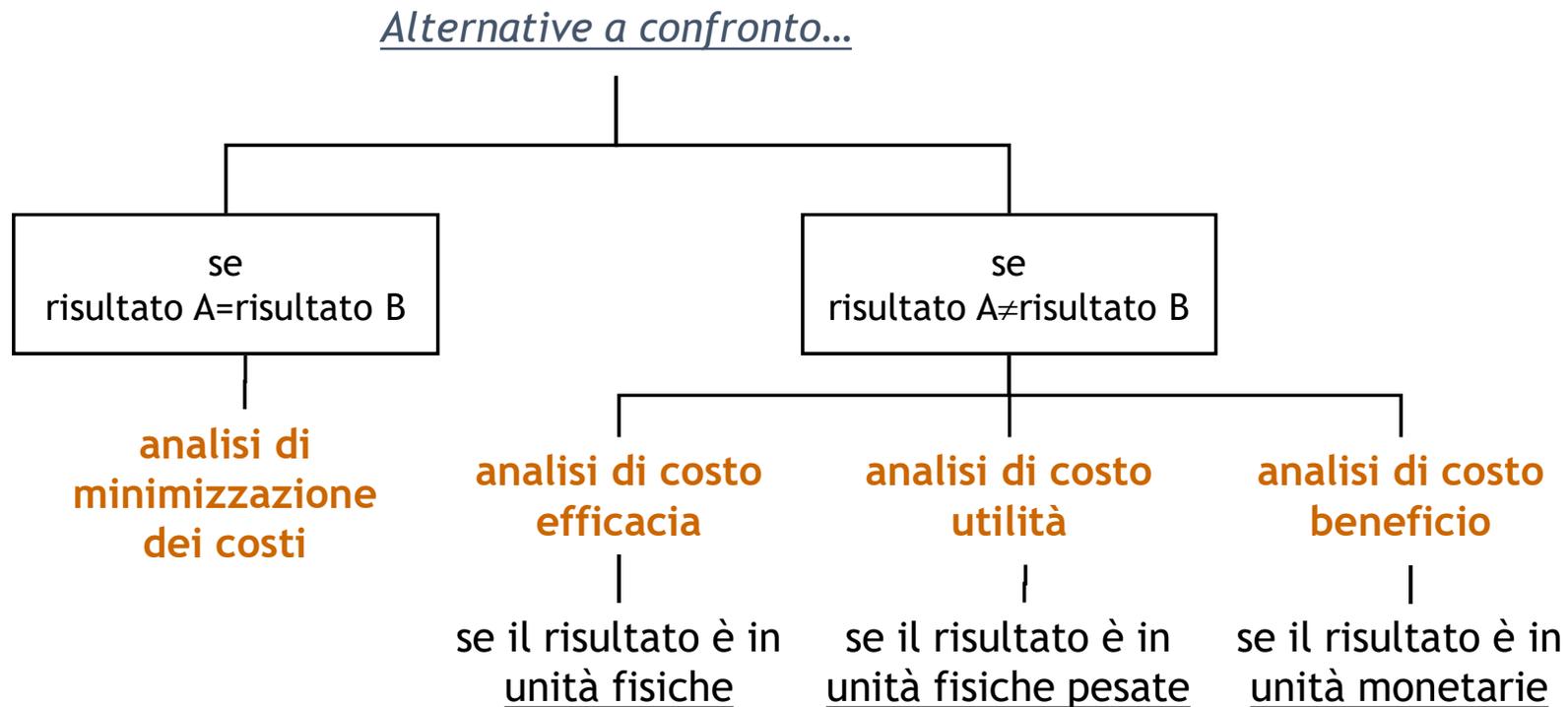
Vantaggi:

- Concretizza pienamente i requisiti tecnici di una analisi farmacoeconomica (considerazione costi e benefici; confronto tra alternative)
- È una analisi semplice ed oggettiva

Svantaggi:

- non consente il confronto tra alternative che non presentino benefici omogenei (espressi secondo diversi parametri)
- non offre una valutazione assoluta di convenienza economica
- trascura la valutazione qualitativa dei risultati clinici

Selezione dell'analisi



Analisi di costo utilità

- È una tecnica che prende in considerazione la qualità (e non solo la quantità come negli studi di Costo Efficacia) del tempo di vita guadagnato.

Trattamento A  *Risultato A*

Trattamento B  *Risultato B*

Utile per patologie o terapie che impattano fortemente sulla qualità di vita del paziente ovvero in settori quali:

Oncologia, malattie autoimmuni, patologie fortemente invalidanti, terapie salvavita con marcati effetti collaterali, ecc

Utilità = quantità × qualità

Il possesso di qualsivoglia oggetto volto a produrre beneficio, vantaggio, piacere, bene o felicità, o ad evitare che si abbia danno, dolore, male o infelicità

L'indicatore di utilità più utilizzato
è il cosiddetto **QALY**
(Quality Adjusted Life Years)

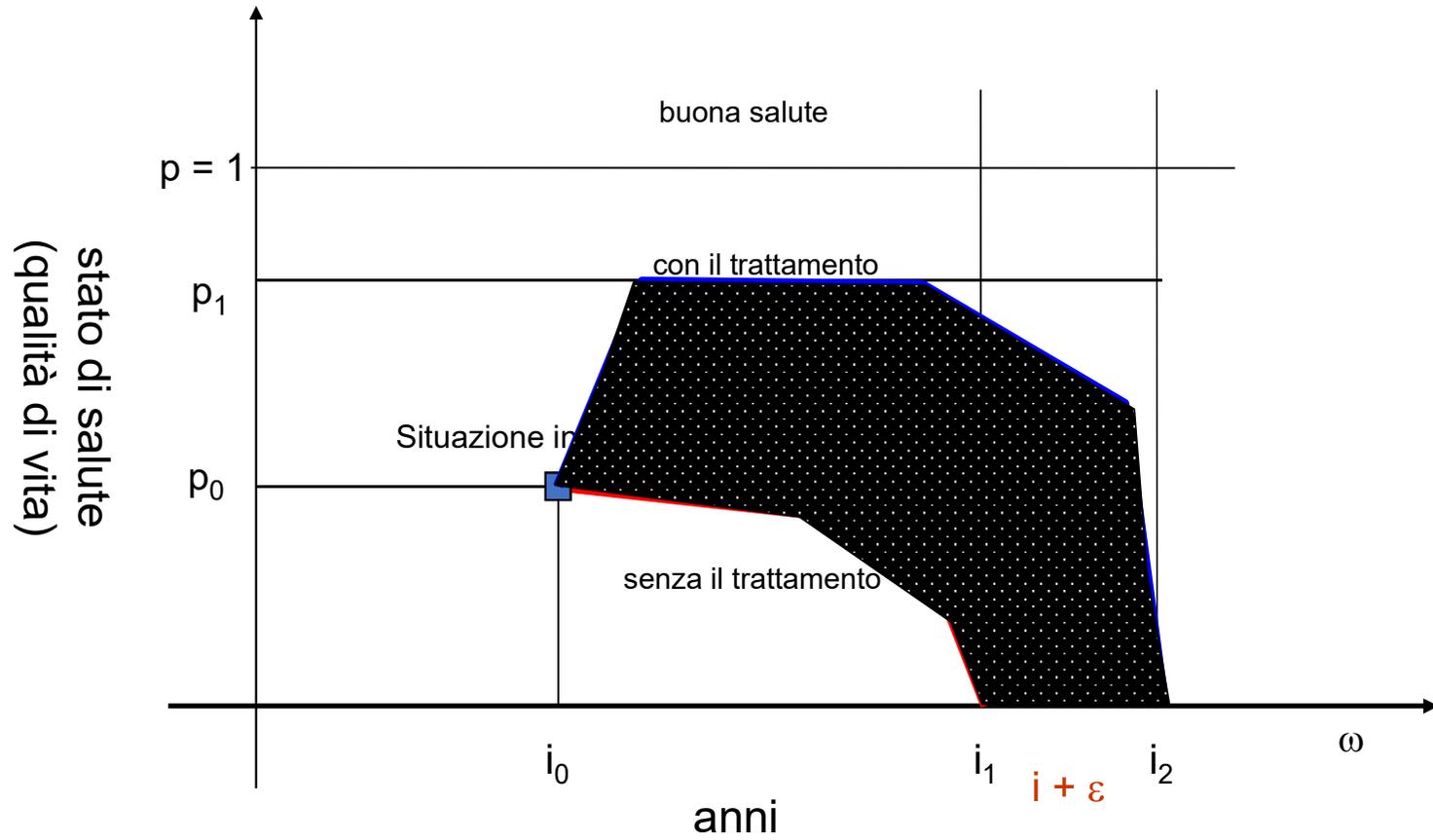
Il **QALY** corrisponde ad un anno di vita
guadagnato, moltiplicato per un coefficiente
compreso tra 0 ed 1

I *Quality Adjusted Life Years* sono stati introdotti alla fine degli anni '60.

Il primo esempio di QALYs, anche se gli autori non utilizzano questo termine, è uno studio di Klarman et al. del 1968 sulle malattie renali croniche. Si attribuisce agli anni di vita risparmiati con il trapianto un peso maggiore di 1/4 rispetto agli anni di vita risparmiati con la dialisi.

Il termine QALYs è stato utilizzato per la prima volta da ricercatori di San Diego (Bush et al. 1973) ma deve il suo successo a Weinstein e Stason con due articoli sul *New England Journal of Medicine* del 1977.

La diffusione in Inghilterra, a metà degli anni '80, è merito di Williams.



Dimensione soggettiva *versus* oggettiva



Cosa è meglio:
prolungare la sopravvivenza a scapito di
una peggiore qualità della vita, o
perseguire una migliore qualità di vita
anche a scapito di una minore
sopravvivenza?

Analisi di costo utilità

Vantaggi:

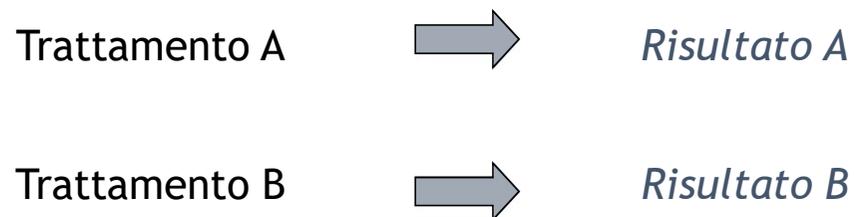
- approfondisce l'analisi Costo Efficacia, completando i risultati con una dimensione qualitativa oltre che quantitativa;
- Appare molto indicata nel confronto di interventi terapeutici che producono effetti indesiderati, riducendo la qualità di vita.

Svantaggi:

- non consente il confronto tra alternative che non presentino benefici omogenei (espressi secondo diversi parametri) e non offre una valutazione assoluta di convenienza economica.

Analisi di costo beneficio

- Implica la valutazione dei benefici in termini monetari anziché in unità fisiche. Viene condotta per valutare alternative assistenziali i cui effetti non sono riconducibili a un unico parametro



Entrambe i risultati sono espressi in unità monetarie

Analisi di costo beneficio

| | Trattamento A | Trattamento B | Alternativa preferibile |
|---|---------------|---------------|-------------------------|
| Costo | - 100 | - 120 | |
| Beneficio | + 200 | + 240 | |
| Beneficio Assoluto (Beneficio - Costo) | + 100 | + 120 | B |
| Beneficio Relativo (Beneficio / Costo) | 2,0 | 2,0 | A = B |

Analisi di costo beneficio

- Ma come si può individuare il valore attribuibile ad un determinato stato di malattia o salute?

TECNICA DEL “WILLINGNESS TO PAY”

Misura il costo della patologia e quindi il beneficio della terapia sulla base delle risorse finanziarie che gli individui sarebbero disposti a pagare per eliminare la malattia o per attenuarne la portata

Analisi di costo beneficio

Vantaggi:

- risolve il problema, proprio delle analisi Costo Efficacia e Costo Utilità, del confronto tra alternative che presentano unità di misura del beneficio non omogenee.
- Rappresenta, in considerazione delle sue caratteristiche, l'analisi farmaco-economica per eccellenza.

Svantaggi:

- la valorizzazione in termini monetari di uno stato di salute o della vita umana presenta notevoli problemi di ordine computazionale ed etico.

DALL'EFFICACY ALL'EFFECTIVENESS

Outcome research

Studi di valutazione dell'efficacia clinica reale (effectiveness) e del reale consumo di risorse attingendo a database preesistenti

Efficacia teorica e pratica

L'efficacia in farmacoeconomia è l'idoneità di un intervento farmacologico a modificare il corso naturale di una malattia

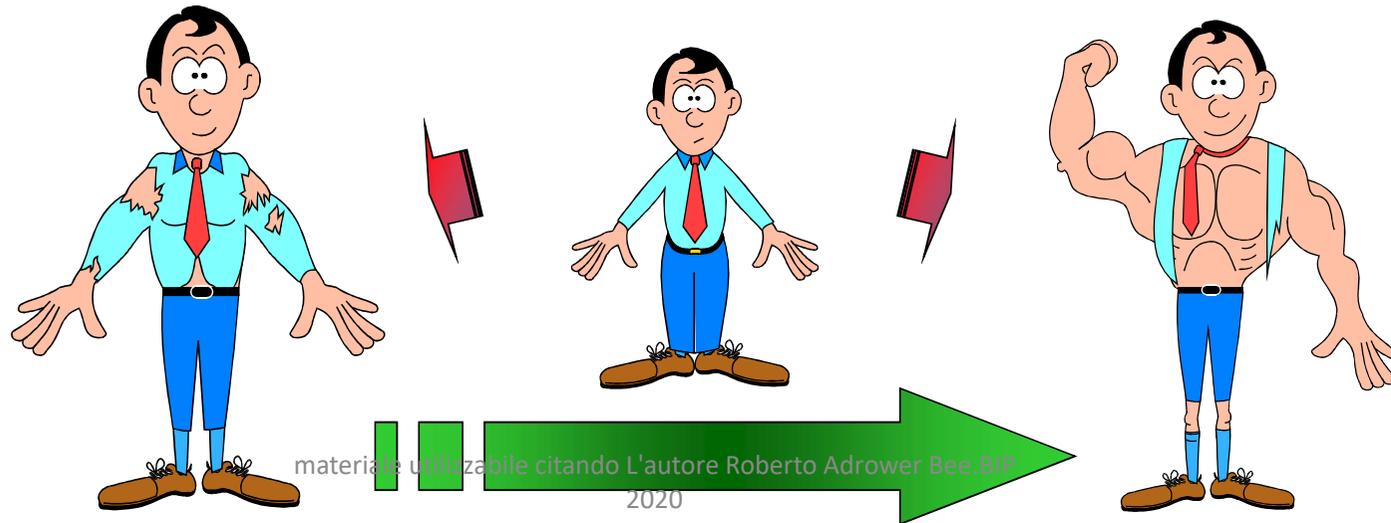
L'efficacia teorica (*efficacy*) è la capacità di un intervento di raggiungere il risultato desiderato in un setting sperimentale su pazienti opportunamente selezionati. Lo studio dell'efficacia ha lo scopo di definire le modalità terapeutiche ed, eventualmente, le circostanze di funzionamento dell'intervento (pazienti da trattare).

L'efficacia teorica non presuppone l'efficacia pratica (*effectiveness*) in quanto le condizioni con cui è stata sperimentata l'efficacia teorica dell'intervento (necessarie per la “certezza” della relazione causa-effetto) non sono riapplicate o riapplicabili in pratica clinica.

L'efficacia pratica (*effectiveness*) è la capacità terapeutica dimostrata in pratica clinica (condizioni non sperimentali).



- Scenario da modello
- Condizioni reali di impiego del farmaco (ossia dalla sua peggiore alla sua migliore condizione d'impiego)

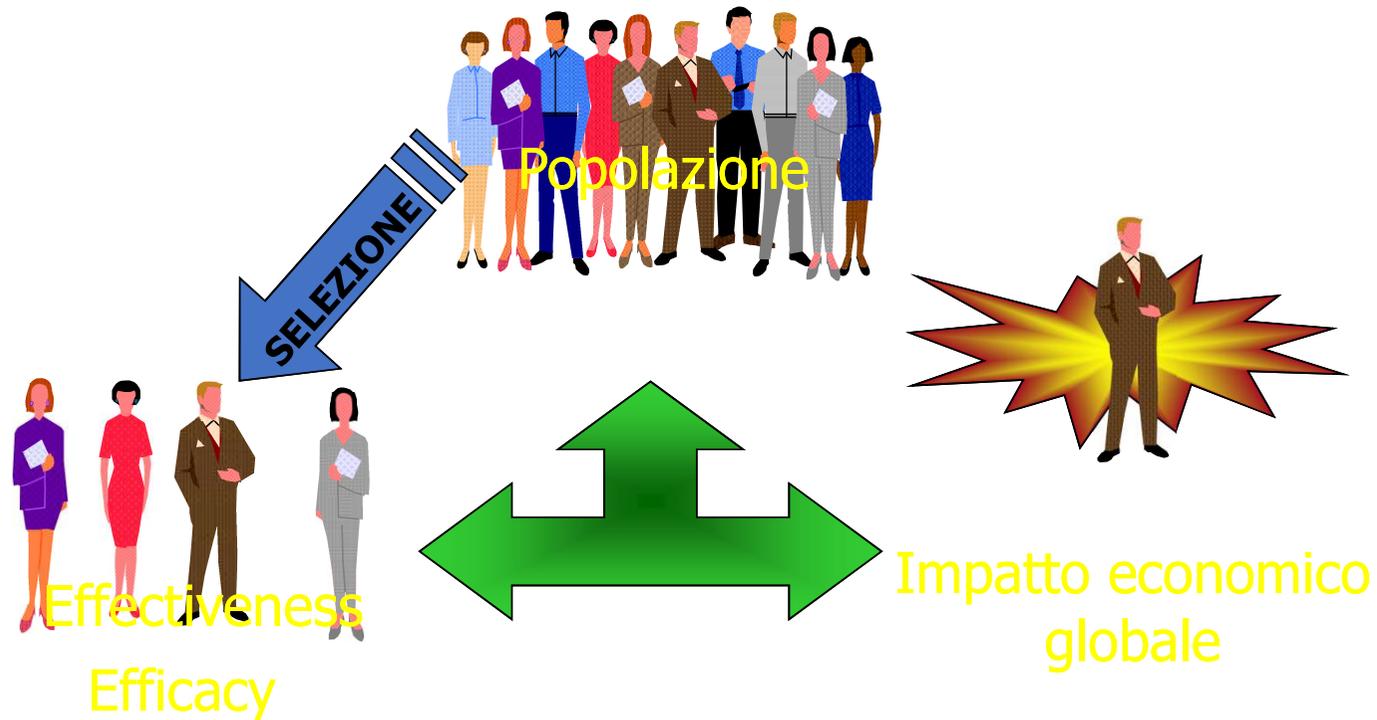


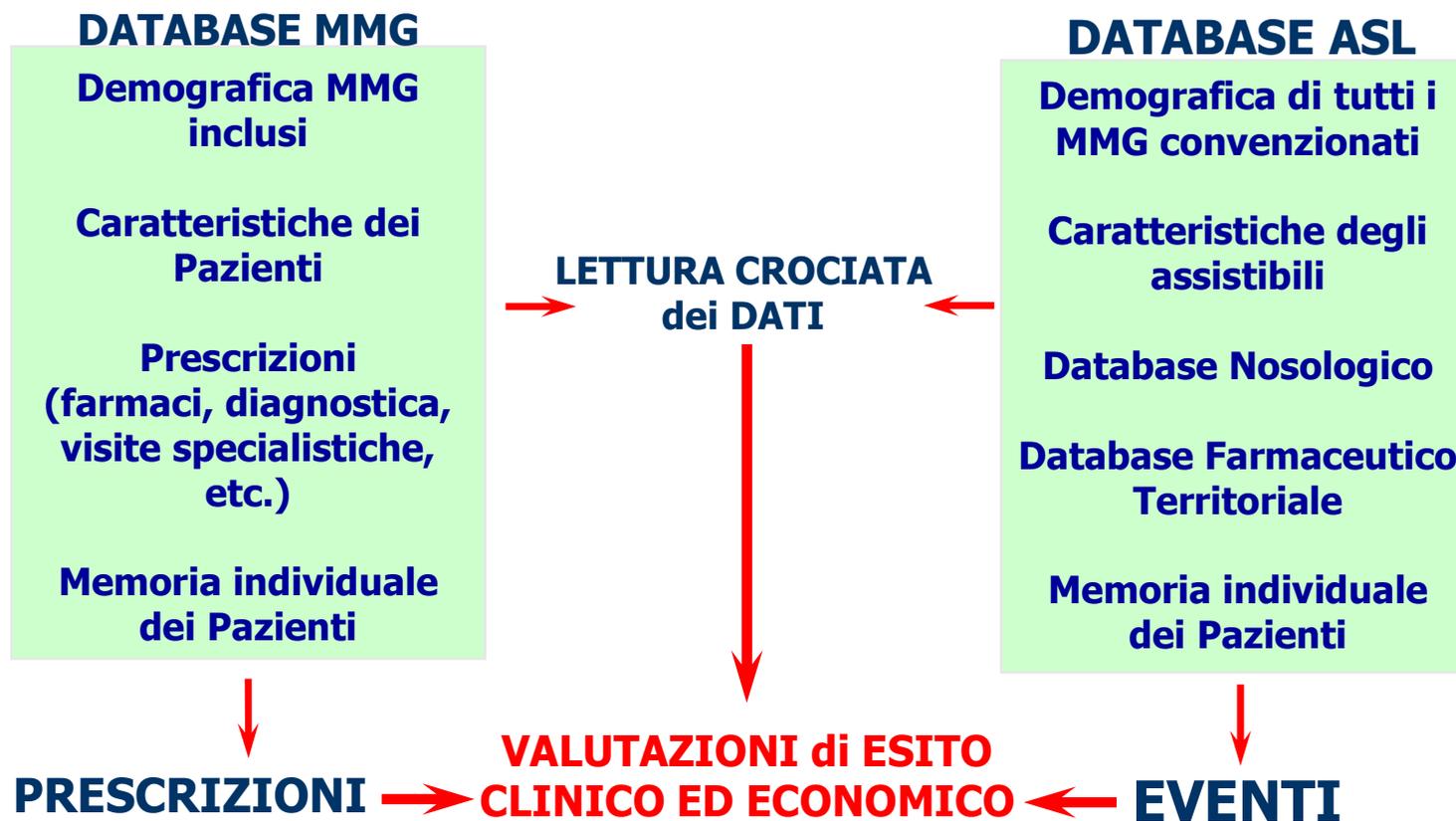
Un trattamento efficace negli RCT è applicabile e produce gli stessi benefici quando viene utilizzato nella pratica clinica?

Quanto è rischioso descrivere, mediante dei modelli basati su stime ottenute in condizioni “ideali”, la pratica clinica quotidiana?



Rilevazione integrata degli effetti clinici ed economici di un farmaco (Health Information Technology)





Struttura dei dati

*Struttura
del paziente*

Caratteristiche
anagrafiche Abitudini di
vita Caratteristiche
cliniche

Sintomo/diagnosi

*Processi
assistenziali*

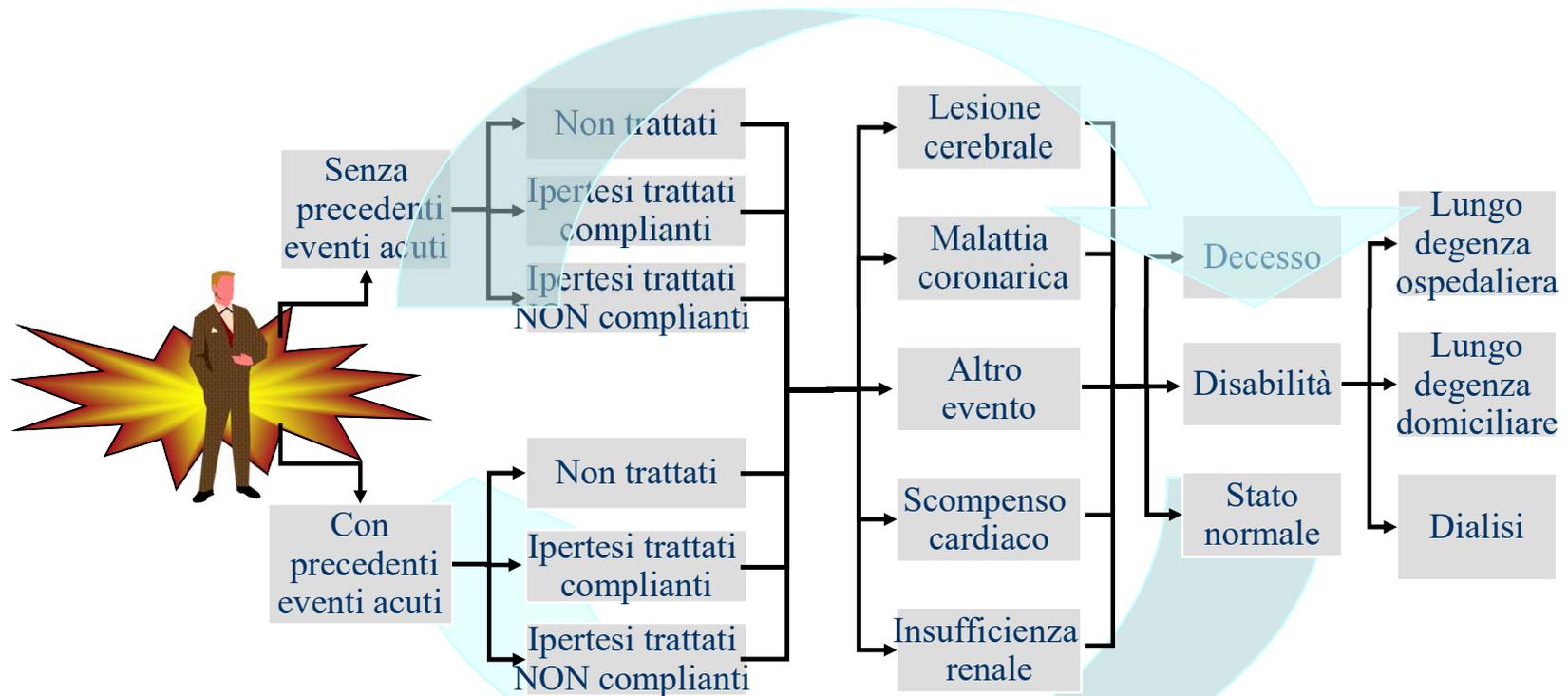
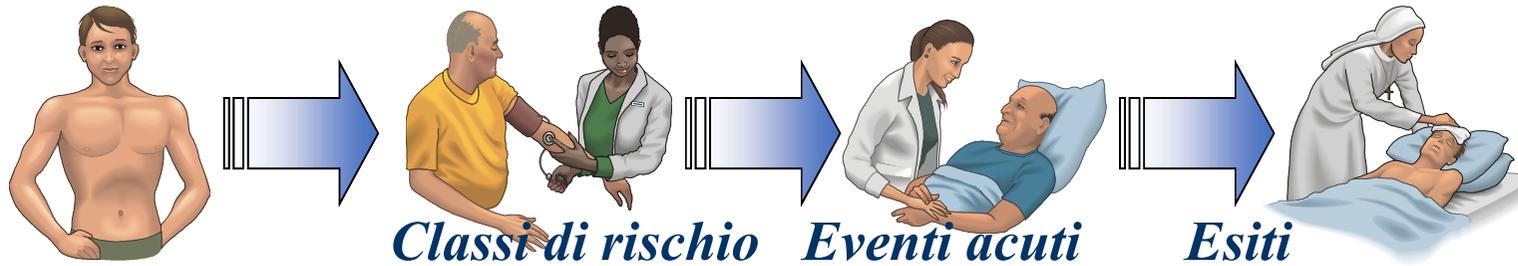
Osservazionale Terapeutico Diagnostico

Indicatore surrogato

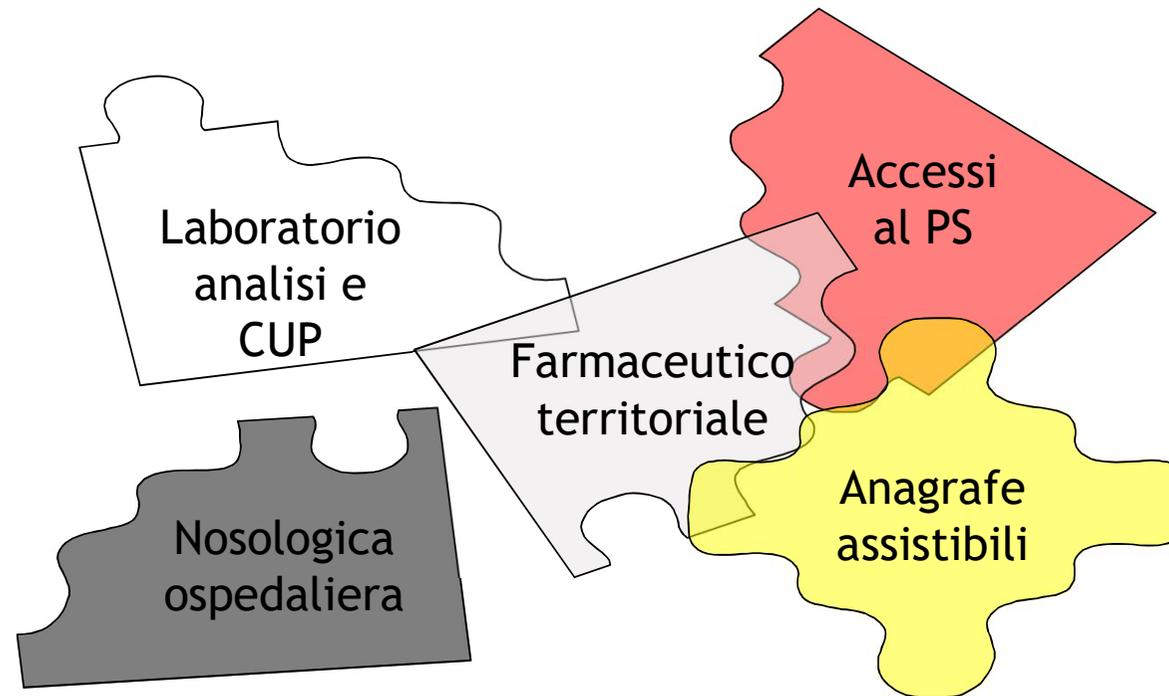
*Esiti
conseguiti*

Esito clinico Esito
finanziario Esito
umanistico

*Esito
economico*



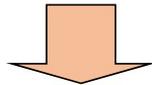
Archivi amministrativi



Archivi amministrativi

ANAGRAFICA ASSISTITI

- data di nascita
- sesso
- medico prescrittore
- decesso
- codice dell'assistito



Assistibili (n.) **359.223**

FARMACEUTICO TERRITORIALE

- farmaco prescritto
- data della prescrizione
- prezzo della prescrizione
- dosaggio complessivo
- codice dell'assistito



Costo totale (€) **17.004.440**

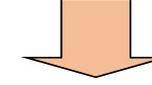
Costo medio (€) **47,3**

Trattati (n.) **75.742**

Costo medio (€) **224,5**

NOSOLOGICA OSPEDALIERA

- diagnosi principale
- diagnosi secondarie
- regime del ricovero
- data di dimissione
- codice del paziente



Costo totale (€) **48.977.795**

Costo medio (€) **136,3**

Ricoveri (n.) **16.029**

Costo medio (€) **3055,6**

Banca dati amministrativa

ANAGRAFICA ASSISTITI

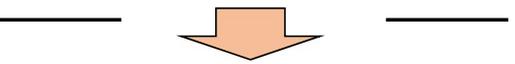
- data di nascita
- sesso
- medico prescrittore
- decesso
- *codice dell'assistito*

FARMACEUTICO TERRITORIALE

- farmaco prescritto
- data della prescrizione
- prezzo della prescrizione
- dosaggio complessivo
- *codice dell'assistito*

NOSOLOGICA OSPEDALIERA

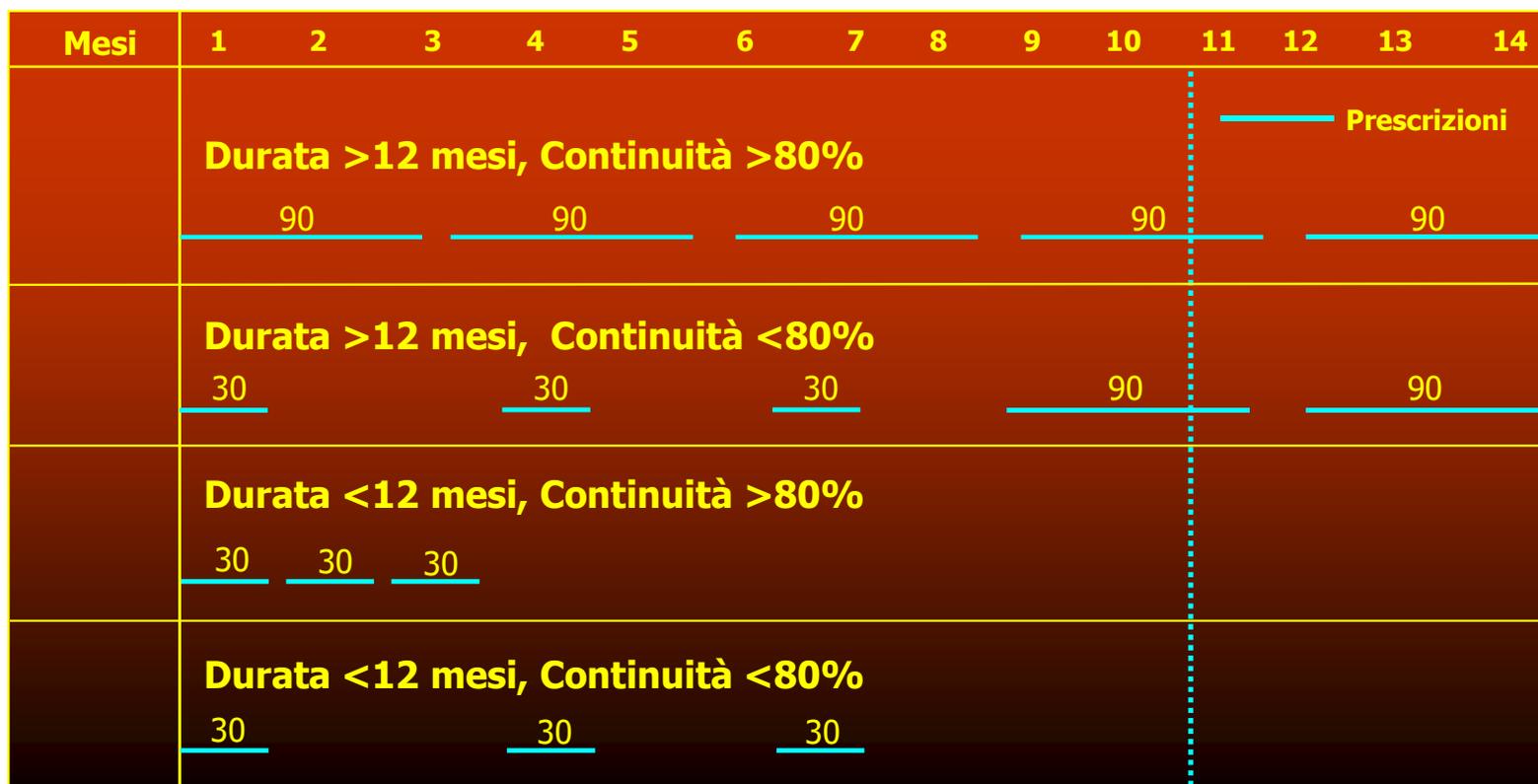
- diagnosi principale
- diagnosi secondarie
- regime del ricovero
- data di dimissione
- *codice del paziente*



BANCA DATI DI POPOLAZIONE

- identificativo paziente
- caratteristiche strutturali
- dinamica delle prescrizioni
- accessi in ospedale

Aderenza al trattamento = Compliance + Persistenza



Spesa farmaceutica in statine

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | Totale |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <i>CT aderenti</i> | 4.090 | 6.894 | 13.041 | 25.522 | 34.930 | 84.447 |
| <i>CT non aderenti</i> | 6.520 | 8.450 | 10.442 | 10.388 | 10.172 | 45.972 |
| <i>CT trattati</i> | 10.610 | 15.344 | 23.483 | 35.910 | 45.102 | 130.449 |
| <i>Incremento CT aderenti</i> | / | +68,6 | +89,2 | +95,7 | +36,9 | +754,0 |
| <i>Incremento CT non aderenti</i> | / | +29,6 | +23,6 | -0,5 | -2,1 | +56,0 |
| <i>Incremento CT trattati</i> | / | +44,6 | +53,0 | +52,9 | +25,6 | +325,1 |
| <i>Quota CT aderenti</i> | 38,5 | 44,9 | 55,5 | 71,1 | 77,4 | 64,8 |
| <i>Quota CT non aderenti</i> | 61,5 | 55,1 | 44,5 | 28,9 | 22,6 | 35,2 |

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP

La farmacia cardiometabolica.

Nuovi modelli di collaborazione tra Farmacie e MMG per il monitoraggio e l'aderenza alle terapie in ambito cardiovascolare

Roberto Adrower

Bee-BIP &Co

Bologna 9 maggio 2014



materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020





| Costi sanitari (€) delle Malattie CV in Italia | |
|--|------------------|
| Costi Diretti | 11,6 Mild |
| Costi Indiretti | 5,4 Mild |
| Totale Costi | 17,0 Mild |

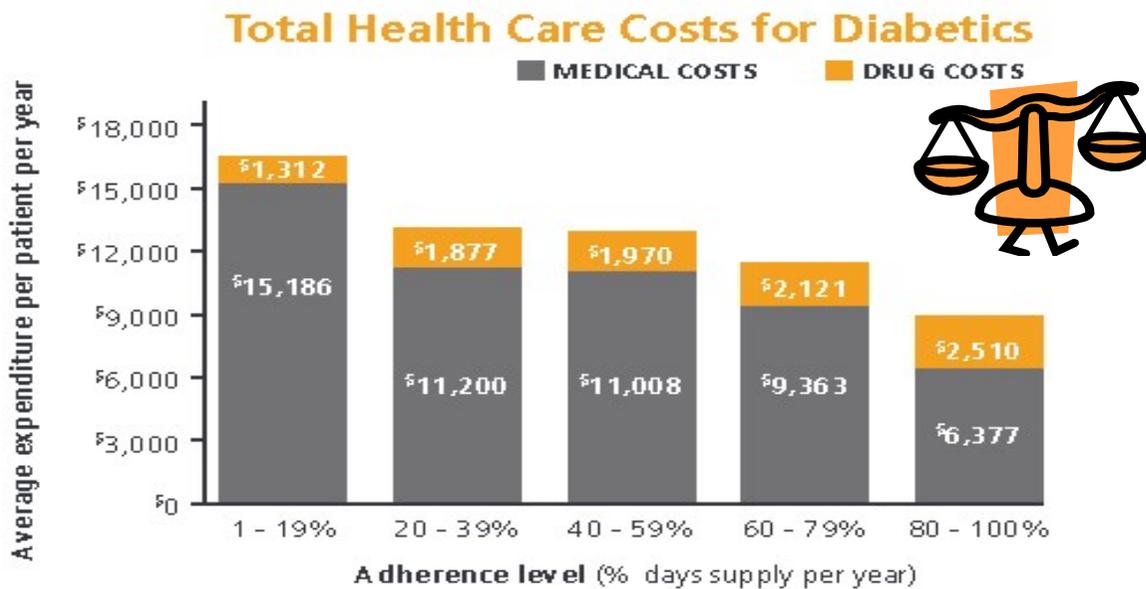


| Spesa Farmaceutica per prodotti Cardiovascolari 2012 | |
|--|------------------|
| € | |
| Convezionata al lordo del pay back | 3,15 Mild |
| Non convenzionata a carico del paziente | 0,5 Mild |
| Totale spesa farmaceutica | 3,65 Mild |



- J. Luego Eur Heart 2006
 - ** Federfarma 2012
 - *** IMS 2012
 - Elaborazione Bee BIP R . Adrower 2014 Bee.BIP 2020
- materializzabile citando L'autore Roberto Adrower

Total Health Care Cost for Diabetics



Source ; Socol MC et al Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and healthcare cost .Medical Care 2005 . A Task Force for Compliance 43:521-530

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adromer Bee.BIP

2020



I pazienti in Farmacia (medi)

Analisi sui Pazienti Ipertesi

OGGI

30 ANNI

| | | |
|---|-------------------|--------------------|
| Ipertesi potenziali | <u>917</u> | <u>1050</u> |
| realmente controllati | <u>275</u> | <u>?</u> |
| Mancano all'appello | <u>642</u> | <u>?</u> |
| dati SIIA 2011 rielaborati da R. Adrower | | |

| Ipertesi non trattati | +diabete | +dislipidemia | +aritmia | +altre CV |
|------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------|
| 642 | 109 | 95 | 35 | 35 |

World of DTC Marketing.com



Home Healthcare costs Physicians Online 2012 DTC Promotional Breakdown About Me August 17, 2013

You are here: [Home](#) [Focus on patients](#) Why doctors need to get to know their patients

RICHARD MEYER

JULY 17, 2013

SEARCH THIS WEBSITE

Why doctors need to get to know



 PGEU GPUE
policy statement

Targeting Adherence

Bee-BIP & co sas 28/05/2020

La politerapia impone un ripensamento sulle modalità di azione chiedendo aiuto oltre al medico anche alla Farmacia

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

Alleanza MMG + Farmacie

Key Point della metodologia del calcolo costi



- Calcolo maggiorazione costo generato dalla aderenza farmacologica = 49,9€ anno /10 anni
- Calcolo del costo generato dal gruppo in terapia discontinua = che utilizzano 1/ 3 della terapia anno / 10 anni
- FTE farmacista dedicato ai pazienti
- Calcolo del costo Consigli dietetici+ reminder pazienti nei 10 anni
- Calcolo Costi evitati per disabilità al 1° anno 10% dei pts salvati *
- Calcolo Costi evitati per pt senza disabilità al 1° anno 90% dei pt salvati *

***EHN-ESC European Cardiovascular Disease Statistics 2012**

Source: studio Sesto San Giovanni in press. Adzower R, Sotis GL, Volpe R
2020

Alleanza MMG + Farmacie Metodologia del Calcolo dei Costi



- **DIRETTI**

- Costo medio terapia farmacologica*
- DRG (Media valori IMA , Ictus etc) **

- **Costi Indiretti medi *****

- Sostenuti da pt
- Sostenuti dal Caregiver

differenziati tra paziente con e senza disabilità

*Dato AIFA LE 5 CATEGORIE DI FARMACI PIÙ PRESCRITTE NEI PRIMI NOVE MESI DEL 2012

**Ministero Salute Decreto 18.10.2012 remunerazione prestazioni Sistema Ospedaliero

*** XI Rapporto CnAMC -Cittadinanza attiva 2012

Alleanza MMG + Farmacie



Analisi dei risultati economici dopo migliore
aderenza terapeutica calcolata sulla casistica di
100 pts *

Costi € migliore aderenza terapeutica attraverso
collaborazione MMG + Farmacie (per 100 pt controllati)

27722

Costi salvati €

80577



Risparmi ottenuti per il SSN a 10 anni €

52856

* Minor rischio CV a 10 anni

MMG e Farmacie stesso target pazienti



PGEU GPUE
policy statement

Targeting Adherence



1 MMG ogni
1265 Pazienti

1 Farmacista
Ogni 965 pazienti



Souce : Censis 2010 dati Asia Imprese 2008 Ministero Salute
Federfarma 2012
elaborazione Bee BIP&co

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

IL Farmacista in sintonia tra Medico e Paziente



Source: Roberto Adrower2012

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower
Bee.BIP 2020



17.000 Farmacie /50000 MMG
dedicati alla aderenza terapeutica nella ipertensione

90.Mill di €/anno risparmiati dal SSN per le complicazioni CV causate
dai fattori di rischio

5% di risparmio dei costi della Malattia CV /anno

Quali prospettive :

ABOUTPHARMA AND MEDICAL DEVICES

SEMINARIO

"La farmacia cardiometabolica. Nuovi modelli di collaborazione tra farmacie e MMG per il monitoraggio e l'aderenza alle terapie in ambito cardiovascolare"

Cosmofarma - Bologna 9 maggio 2024 - Quartiere Fiesistico Bologna Fiere

Sala Chopin, Padiglione 21

Con il contributo non condizionato di Sandoz



AGENDA DEI LAVORI

Chairman: Roberto Adrower, Consigliere, AIMF

13.45 Registrazione Partecipanti

14.00 Introduzione ai lavori: La farmacia cardiometabolica nell'ambito di un modello collaborativo di gestione delle cure primarie
Roberto Adrower, Consigliere, AIMF

14.15 Il progetto del CNR e del Comune di Sesto San Giovanni: presentazione dei risultati
Roberto Volpe, Ricercatore del Servizio Prevenzione e Protezione, CNR; Responsabile, Progetto Farmacia Cardiometabolica

14.30 Integrazione della farmacia con gli attori sanitari territoriali: quali impatti sulla compliance, la governance dell'assistenza sanitaria e la sostenibilità della spesa
Pietro Modesti, Membro del Direttivo, Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare; Università di Firenze
Ovidio Brignoli, Vice Presidente, SIMG
Florenzo Corò, Segretario Regionale, FIMMG Lombardia
Manlio Grandino, Componente Consiglio di Presidenza, Federfarma
Gianluca Sotik, Direttore Servizio Prevenzione e Protezione, CNR
Michele Colasanto, Direttore, Azienda Speciale Farmacie Comunali di Sesto San Giovanni

15.45 Come funziona la farmacia cardiometabolica: una dimostrazione di telemedicina
Massimo Urbano, Partner, Evo Soluzioni

16.00 Chiusura dei lavori

ABOUTPHARMA
AND MEDICAL DEVICES

ABOUTBOOKS

ABOUTMEDICINE

ABOUTACCESS

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020



Associazione Italiana Marketing Farmaceutico

La farmacia cardiometabolica.
Nuovi modelli di collaborazione tra Farmacie e MMG per il
monitoraggio e l'aderenza alle terapie in ambito cardiovascolare

Roberto Adrower

Bee-BIP &Co

Cosmofarma -

Bologna 9 maggio 2014



materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020



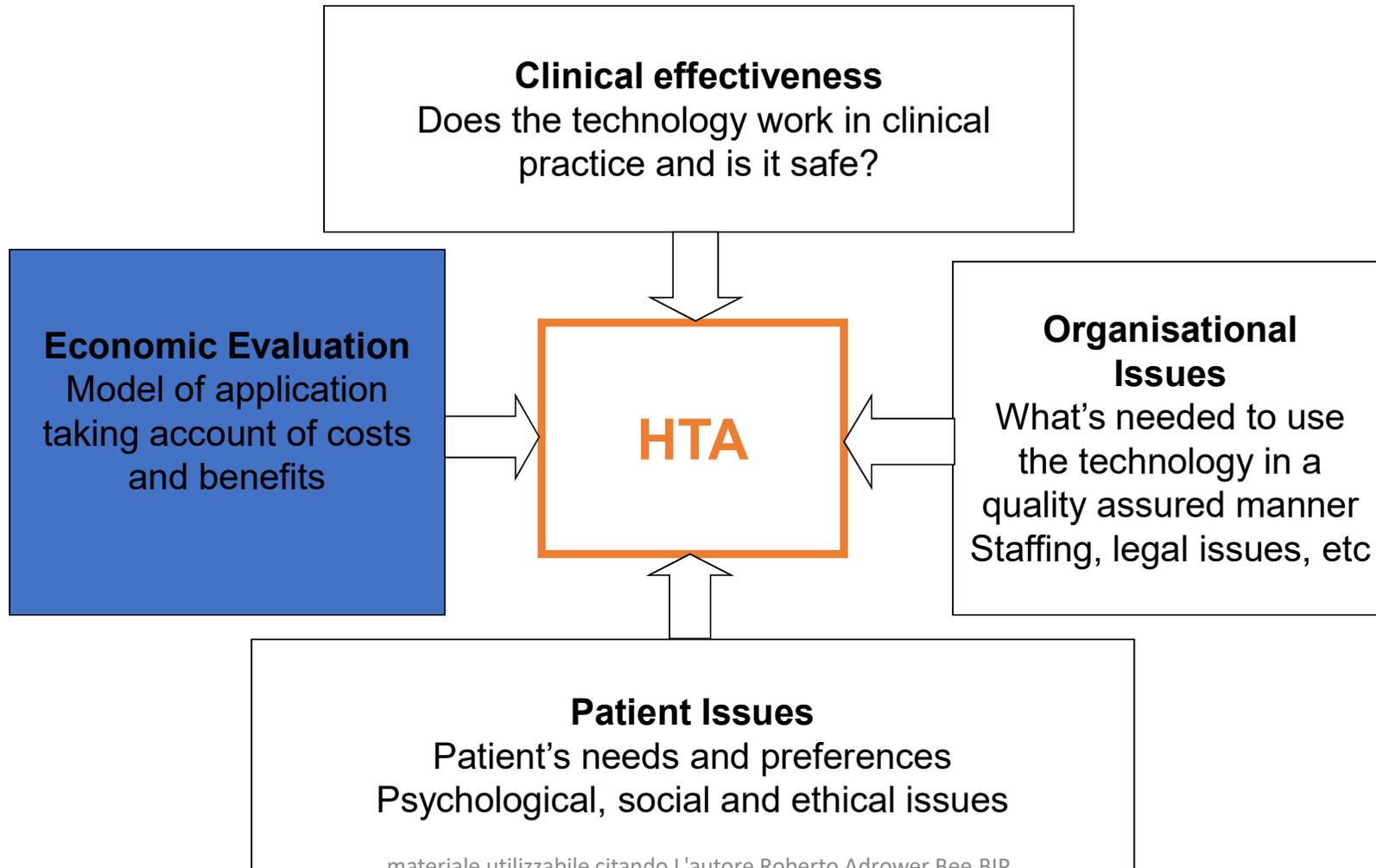
НТА

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

Definition Health Technology Assessment of INAHTA, 2000

Health Technology Assessment (HTA) is a multi-disciplinary field of policy analysis, which studies the medical, social, ethical and economic implications of development, diffusion and use of health technology.

The term Health Technology encompasses drugs, devices, clinical procedures and health care settings



Clarification of terms

- Pharmacoeconomics
 - Application of economic methods to the evaluation of pharmaceuticals
- Health economics
 - Application of economic methods to the evaluation of technologies in health care
- Healthcare economics
 - Application of economic methods to the evaluation of health care systems

- **Health technology assessment**
 - Systematic, transparent review of the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology to inform the formulation of safe, effective, value based health policies.

Limite dell'analisi farmacoeconomica e dell'HTA

- La qualità di un'analisi farmacoeconomica dipende fortemente dalla correttezza metodologica e dall'obiettività con cui viene impostata e condotta!



**ANALISI ECONOMICA DEL TRATTAMENTO STANDARD
DEL TUMORE DELL'OVAIO:
DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO
STUDIO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT**

**Principal Investigator:
Prof. Roberto Angioli
Dott Roberto Adrower**

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP

2020



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

**ANALISI ECONOMICA
DEL
TRATTAMENTO STANDARD DEL TUMORE DELL'OVAIO:
DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO**

COSTI DIRETTI

COSTI INDIRETTI



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

COSTI INDIRETTI SONO COSÌ CHIAMATI PERCHÉ
NON DIRETTAMENTE ATTRIBUIBILI AL SSN ;
DETTI TALORA ANCHE "SPESE GENERALI", SONO
ESSENZIALMENTE SOSTENUTI NELL'AMBITO DI

DUE VOCI DI SPESA :

- MICRO-COLLETTIVITÀ

A LIVELLO DEL SINGOLO PAZIENTE E DELLA
FAMIGLIA

- COLLETTIVITA'

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP

2020



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

MATERIALI E METODI PER ANALISI DEI COSTI INDIRETTI: LA PAZIENTE E IL CAREGIVER

| Descrizione della voce di costo | Costo sostenuto |
|---|---|
| | <i>Paziente 1</i> |
| DATI COSTI INDIRETTI | |
| <i>Professione</i> | <i>casalinga</i> |
| <i>gg di astensione</i> | |
| <i>Età alla diagnosi</i> | <i>47</i> |
| <i>Regione di residenza</i> | <i>calabria</i> |
| <i>Figli in vita</i> | <i>2(16-14)</i> |
| <i>accompagnatore1 (professione: servizi;industria;agricoltura)</i> | <i>impiegato alla provincia</i> |
| <i>accompagnatore1 (gg di astensione dall'attività lavorativa)</i> | <i>20 per intervento + 15 per 6 cicli</i> |
| <i>accompagnatore2 (professione: servizi;industria;agricoltura)</i> | |
| <i>accompagnatore2 (gg di astensione dall'attività lavorativa)</i> | |
| <i>SOPRAVVIVENZA (mesi dalla diagnosi istologica)</i> | <i>19 mesi (26/05/2010)</i> |
| <i>pensione accompagnamento</i> | <i>no</i> |
| <i>esenzione 048</i> | <i>si</i> |
| <i>invalidità</i> | <i>no</i> |

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

MATERIALI E METODI PER ANALISI DEI COSTI INDIRETTI:

I dati economici verranno calcolati a partire da basi di dati disponibili su campioni di popolazione nazionale e verranno elaborati secondo classificazione dei profili professionali utilizzando lo standard internazionale.

PROFESSIONE: l'insieme di attività lavorative concretamente svolte da un individuo, che richiamano conoscenze, competenze, identità e statuti propri. La logica utilizzata per aggregare professioni diverse all'interno di un medesimo raggruppamento si basa sul concetto di competenza, visto nella sua duplice dimensione del livello e del campo delle competenze richieste per l'esercizio della professione.

INDICE DI FERTILITA': numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale) dato dalla somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile.

I DIRITTI DEL MALATO DI CANCRO: 048, C01, C02, esenzioni, assegni di invalidità e/o accompagnamento



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

MATERIALI E METODI PER ANALISI DEI COSTI INDIRETTI

-PROFESSIONE:

Casalinga

Pensionato

Impiego nei Servizi

Libero professionista



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

| STATO | N. |
|------------|----|
| Coniugate | 70 |
| Nubili | 15 |
| Vedova | 5 |
| Divorziata | 10 |

| ATTIVITA' SVOLTA | N. |
|------------------|----|
| Imprenditore | 10 |
| Impiegato | 25 |
| Operaio | 5 |
| Casalinga | 40 |
| Pensionato | 20 |

| | Con figli | Senza figli |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Numero di donne | 75 | |
| Numero di figli minori di 18 aa | 44 | 2020 |

**I COSTI INDIRETTI:
PAZIENTE**

| | N. PT |
|----------|-------|
| CAMPANIA | 5 |
| CALABRIA | 10 |
| ABRUZZO | 5 |
| LAZIO | 80 |

Età media =57,35
Sopravvivenza (mesi): 13,65



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

| | |
|--|------|
| USUFRUISCE DI GIORNATE DI ASTENSIONE DAL LAVORO | 30% |
| LEGGE 104 | 10% |
| INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO | 35% |
| ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ | 20% |
| NOTA 048 | 100% |
| C01 | 10% |
| C02 | 15% |



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

| ATTIVITA' SVOLTA | N. |
|-----------------------|----|
| Imprenditore | 10 |
| Impiegato | 25 |
| Operaio | 10 |
| Dirigente | 5 |
| Consulente | 5 |
| Libero professionista | 5 |
| Pensionato | 20 |
| Disoccupato | 10 |

| COME PERCEPISCE L'IMPEGNO ECONOMICO DOVUTO A QUESTA DIAGNOSI? | N. PTS |
|---|--------|
| ELEVATISSIMO | 20 |
| ELEVATO | 40 |
| MODERATO | 35 |
| NON HA INFLUENZATO LE SUE USCITE | 0 |
| LE SUE USCITE SI SONO RIDOTTE | 0 |

IL CAREGIVER

| RAPPORTO CON LA PAZIENTE | N. |
|--------------------------|----|
| MARITO | 45 |
| FIGLIO | 25 |
| SORELLA | 10 |
| COMPAGNO | 5 |
| MADRE | 5 |
| TOTALE | 90 |

Età media =52,33



CARCINOMA OVARICO STUDIO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

COSTI INDIRETTI PAZIENTE CALCOLATI SUL PERIODO DELLA SOPRAVVIVENZA

| VARIABILE | N. |
|---|--|
| COSTO TRASPORTO (MEDIA) | 218€ /anno (1) |
| Aumento medio GESTIONE COSTI FIGLI MINORENNI NELLA CASISTICA | 200 € MESE A RAGAZZO/A * |
| % GIORNATE DI ASTENSIONE DAL LAVORO COME PERMESSI E FERIE | SU **240 GG LAVORATIVI ANNO – FERIE = 210 GG |
| LEGGE104 GG DI ASTENSIONE DAL LAVORO | % SU **240GG/ ANNO- FERIE =210 GG)5 |
| INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO | 492,6€ MEDIA MENSILE***10 |
| ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ | 300€ ***MEDIA MENSILE |
| ASSEGNO MEDIO DI INVALIDITÀ CIVILE | € 436,14 MENSILI*** |
| COSTO BADANTE | 835 € (13 MENSILITÀ EX COSTI RETRIBUZIONE INPS) ***/** |
| COSTI GIORNATE LAVORATIVE PERSE CALCOLATO | IN BASE ALLA CONTRIBUZIONE DELLA SINGOLA PROFESSIONE***** |

* legge 30/2003

** <http://www.avvocatoandreami.it/servizi/calcolo-giorni-lavorativi-festivi.php#result> 2012

*** dati inps 2012

**** assidatcolf 2012

***** od&m consulting viirapporto sulla retribuzione in italia 2007

1) Tariffe ACI /www.jet.cost.it

Costo Microcollettività

Costo collettività



CARCINOMA OVARICO STUDIO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

COSTI INDIRETTI CAREGIVER CALCOLATI SUL PERIODO DELLA SOPRAVVIVENZA

| VARIABILE | N. |
|--|---|
| COSTI DI TRASPORTO(MEDIA) | 218€ /anno (1) |
| COSTI DI VITTO ED ALLOGGIO | 150 € /die per caregiver (media: 15 gg/ anno) * |
| % GIORNATE DI ASTENSIONE DAL LAVORO COME PERMESSI E FERIE | SU **240 GG LAVORATIVI ANNO – FERIE = 210 GG |
| LEGGE104 GG DI ASTENSIONE DAL LAVORO | % SU **240GG/ ANNO- FERIE =210 GG)5 |
| MALATTIA CONCOMITANTE CAREGIVER AVVENUTA DURANTE IL PERIODO DI SOPRAVVIVENZA DEL CONGIUNTO | VALORE MEDIO |
| ULTERIORE COSTO DOVUTO ALLA MANCANZA DI SVILUPPO LAVORATIVO | 10% DEL REDDITO |

* LEGGE 30/2003

**[HTTP://WWW.AVVOCATOANDREANI.IT/SERVIZI/CALCOLO-GIORNI-LAVORATIVI-FESTIVI.PHP#RESULT](http://www.avvocatoandreani.it/servizi/calcolo-giorni-lavorativi-festivi.php#result) 2012

*** DATI INPS 2012

**** ASSIDATCOLF 2012

*****OD&M CONSULTING VIII RAPPORTO SULLA RETRIBUZIONE IN ITALIA 2007

1) Tariffe ACI /www.jet.cost.it

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

Costo Microcollettività

Costo collettività



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

VALORIZZAZIONE TOTALE COSTI INDIRETTI PT/ANNO

| NUMERO | PAZIENTE | CAREGIVER | COSTI TOTALI |
|---------------------------|--------------|---------------|---------------|
| NUMERO | 100 | 90 | 100+90 |
| COSTI TOTALI INDIRETTI € | 876.429* | 988.529* | 1.864.520 |
| COSTO MEDIO PT € | 8.762 | 10.981 | 19.743 |
| GIORNATE LAVORATIVE PERSE | 18% | 3% | 11% |



Questo costo risulta del 25% più elevato rispetto alla media dei pazienti oncologici indicati nell'Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 15-20 Maggio 2012

**13% costo paziente + 10% costo caregiver a carico della microcollettività*

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP

2020



CARCINOMA OVARICO

Studio Health Technology Assessment

COSTI DIRETTI

| | COSTO PER PAZIENTE | COSTO OSPEDALE | DRG |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| DIAGNOSI | 160,1 € | 232 € | 269,9 € |
| TRATTAMENTO OSPEDALIERO | 0 | 16.588,73 € | 24.022,79 € |
| TRATTAMENTO FUORI DAL RICOVERO | 320 € | 4536,85 € | 1.200 € |
| TOTALE | 480,1 € | 21.357,58 € | 25.492,69 € |

COSTI INDIRETTI

| | PAZIENTE | CAREGIVER | COSTI TOTALI |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------|
| COSTO MEDIO PT € | 8.762 | 10.981 | 19.743 |

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP

Confronto Costi Indiretti (€) paziente /anno per altre patologie

- **Ca Ovarico** 19.743*
- Alzeimher 46.000**
- Artrite Reumatoide 18.000***
- Sclerosi Multipla 4.284***

Source: * Angioli R 2012

**Rapporto Censis 2010

*** Associazione Italiana Reum Amici 2012

Confronto con dati Censis Pts Oncologici 2011

- 34,7% Indennità di accompagnamento
- 24,9% assegno ordinario di Invalidità
- 17,3% Pensione di inabilità assistenziale
- 17,3% pensione di inabilità Previdenziale
- 13,0% Aiuto economico di parenti ed amici
- 6,1% assegno di assistenza

Source : Angioli et al Studio clinico

materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020



CARCINOMA OVARICO

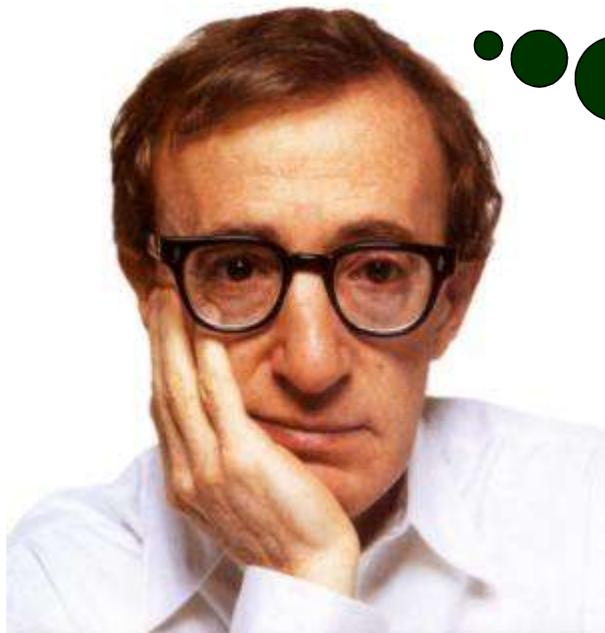
Studio Health Technology Assessment



materiale utilizzabile citando L'autore Roberto Adrower Bee.BIP
2020

La Farmacoeconomia secondo Woody Allen

- Smettere di fumare è un'opzione costo-efficace e permette di guadagnare...una settimana di vita...!



Ho smesso di fumare.
Vivrò una settimana in più.....
e in quella settimana pioverà a dirotto!