

Marketing e Comunicazione Farmaceutica

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

Il mercato

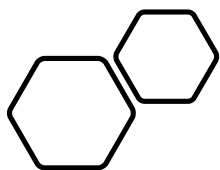


SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

	Data	LUNEDI' ON LINE	Relatore	Ora 15-17	Mercoledì ON LINE	Relatore	ora 11,00-13,00	Venerdì Aula Giuliano	Relatore	Ora 16-18	
Marzo											
	05-mar								Lezioni 1 Adrower		E/O
	08-mar	Lezioni Adrower E-O	BIAVA								
	12-mar								Lezioni Adrower	Biava	E/O
	15-mar-21	Lezioni Adrower E-O	BIAVA								
	17-mar-21					Spostata a Giov 18 11-13					
	18-mar-21					Lezione P-Z	Adrower				
	19-mar-21								Lezioni Adrower	Adrower	E/O
	22-mar-21	Lezioni Adrower E-O	ADROWER								
	24-mar-21					Spostata a Giov 25 11-13					
	25/03/2021					Lezione P-Z	Adrower				
	26-mar-21								Lezione spostata al 31 marzo		E/O
	29-mar-21	Lezioni Adrower E-O	ADROWER	2							
	31-mar-21					Lezione P-Z / E-O	Adrower				

Scaletta

- Macrosistema
- Mercato



19 Maggio 2021
ore 11-13,00
lezione magistrale

- **Antonio La Regina, PhD**
- Head of Commercial Operations International
- Exact science

EXACT SCIENCES About Digital Newsroom Innovative Science Investor Relations [→ Join Our Team](#)

CANCER IS DETECTED TOO LATE

Exact Sciences is changing the way we think about detecting and treating cancer. As a leader in cancer testing, we are committed to providing earlier answers and life-changing treatment guidance.

[→ LEARN MORE](#)

oncotype IQ® United States [SIGNUP FOR AN ACCOUNT](#) [PHYSICIAN LOGIN](#)

HEALTHCARE PROFESSIONALS PATIENTS & CAREGIVERS ABOUT ONCOTYPE IQ CONTACT US

Making cancer care smarter with Oncotype IQ genomic tests

Improve outcomes by optimizing cancer care treatment and monitoring

[LEARN MORE](#)

Re-cap Economia

- Macro -Micro Economia
- Costo-Benefico
- Marginalità
- Domanda- Offerta
- Elasticità del Prezzo

Il mercato

Concetto di Mercato

Il mercato è il luogo (anche in senso non fisico) deputato all'effettuazione degli scambi economici del sistema economico di riferimento; secondo un'altra definizione più finalistica, il mercato è l'insieme della domanda e dell'offerta, cioè dei venditori e degli acquirenti (o compratori).

I soggetti del mercato

Gli agenti economici sono distinti in due categorie principali, *compratori* e *venditori*.

I *compratori* includono i consumatori (che acquistano beni e servizi per uso personale), e le imprese, che strumentalmente acquistano lavoro, capitale e materie prime per produrre beni e servizi.

I *venditori* includono le imprese, che vendono i beni ed i servizi da loro prodotti, i lavoratori che vendono i propri servizi ed i proprietari di risorse produttive (ad esempio beni immobili) che possono essere cedute a titolo definitivo (vendita, o meglio alienazione) al fine di ricavarne il prezzo, oppure a titolo temporaneo (per locazione o altri tipi di diritto di godimento) al fine di ricavarne la rendita.

La “mano invisibile” di Smith

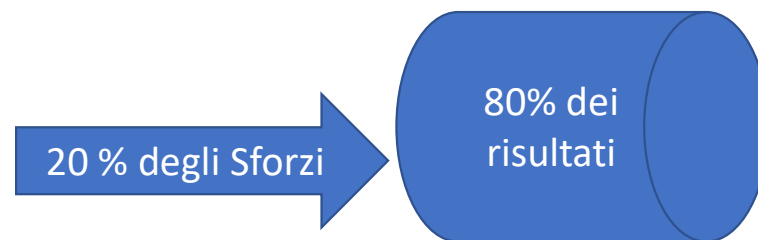
La metafora della mano invisibile, cardine del liberismo economico
Adam Smith *La ricchezza delle nazioni* pubblicata nel 1789.

Con questa metafora si intende che l'individuo, nella ricerca egoistica del proprio guadagno, persegue comunque un fine (il benessere della sua società) che non rientra direttamente nelle sue intenzioni.

Equilibrio Paretiano

Primo teorema del benessere: un equilibrio raggiunto in un contesto in cui i vari mercati operano in regime di concorrenza perfetta è Pareto efficiente.

Un equilibrio dei mercati si definisce Pareto efficiente o Pareto ottimo se non è possibile spostarsi da tale equilibrio aumentando l'utilità di uno o più individui senza ridurre l'utilità di altri individui.





Le «critiche» al determinismo paretiano

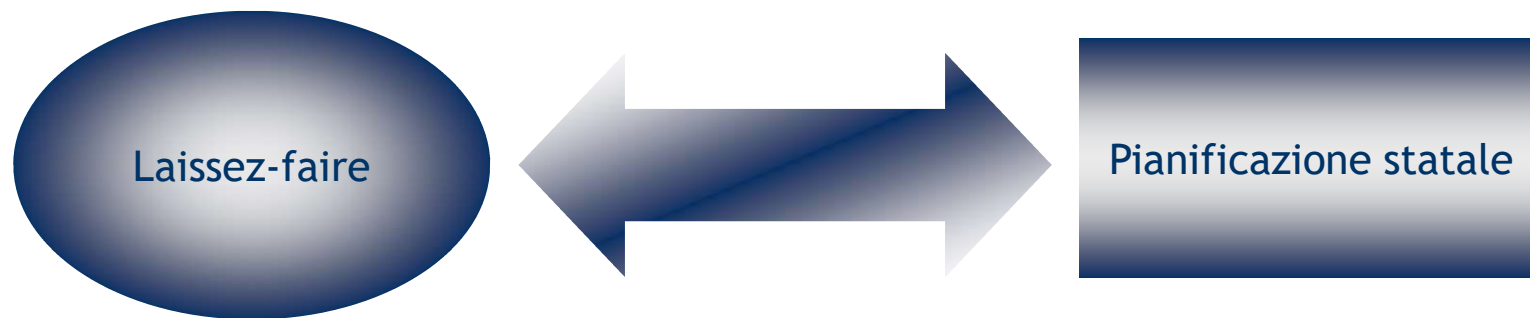
- Questo modo di vedere le cose, strettamente deterministico, ricalca da vicino la visione del mondo del XVIII secolo, in cui la scienza, ispirandosi a Cartesio e Newton, credeva di poter arrivare a calcolare tutto.
 - Possiamo farci un'idea di quanto la fede nel determinismo fosse radicata nella scienza dell'epoca, se all'inizio del XX secolo Einstein per primo non credette nelle implicazioni non deterministiche della teoria dei quanti, e ancora nel 2005 si cerca di riportare la meccanica quantistica nell'alveo del determinismo.
- Il Premio Nobel per l'economia Kenneth Arrow, già nel 1958, mise in dubbio la stabilità dell'equilibrio competitivo. Nel 1962, riprendendo il suo lavoro, l'economista Herbert Scarf ha mostrato come, nel caso di mercati con più di due beni che abbiano prezzi tra loro interdipendenti, la mano invisibile non può esistere.
- Più recentemente il premio Nobel Amartya Sen riguardo il liberismo paretiano, è sempre più evidente che gli Stati debbano intervenire anche in un'economia di libero mercato, sia per preservarne la stabilità, sia per il rispetto dell'ordine sociale.

La “rivoluzione keynesiana”

- John Maynard Keynes ([Cambridge, 5 giugno 1883](#) – [Tilton, 21 aprile 1946](#)), è stato un [economista britannico](#) e considerato il padre della moderna [macroeconomia](#).
- I suoi contributi alla teoria economica hanno dato origine a quella che è stata definita "rivoluzione keynesiana". In contrasto con la [teoria economica neoclassica](#), ha sostenuto la necessità dell'intervento pubblico nell'economia con misure di politica fiscale e monetaria, qualora una insufficiente [domanda aggregata](#) non riesca a garantire la [piena occupazione](#). [Teoria generale dell'occupazione, dell'interesse e della moneta](#), 1936 (dopo la Grande Depressione del '29)
- In questo testo, Keynes afferma che sono giustificabili le politiche destinate a stimolare la domanda in periodi di [disoccupazione](#), ad esempio tramite un incremento della spesa pubblica. Poiché Keynes non ha piena fiducia nella capacità del mercato lasciato a se stesso di esprimere una domanda di [piena occupazione](#), ritiene necessario che in talune circostanze sia lo Stato a stimolare la domanda.



Modelli di Mercato



Mercato sanitario e concorrenziale

MERCATO CONCORRENZIALE	MERCATO SANITARIO
Molti produttori	Pochi produttori (barriere all'ingresso)
Prodotti omogenei	Prestazioni eterogenee
Consumatori perfettamente informati	Informazione imperfetta
Assenza di economia di scala	Regime di costi decrescenti
Assenza di esternalità	Esternalità rilevanti
Offerta completa	Beni offerti in misura adeguata

Fallimenti del mercato in sanità

- ✓ Separazione tra decisore, utilizzatore e pagante.
- ✓ Il fallimento del mercato dovuto a:
 - ✓ informazione asimmetrica,
 - ✓ esternalità,
 - ✓ situazioni di monopolio.
- ✓ La Sanità come bene pubblico.

- ✓ Questioni etiche di equità.



La metafora del ristorante

- Il mercato farmaceutico è come un ristorante in cui il cliente
- (paziente) mangia ma non ordina, il cameriere (medico) decide
- cosa debba mangiare il cliente, indipendentemente dai suoi
- gusti e dal costo delle portate, infine lo stato paga il conto.

La metafora del ristorante

*Il mercato farmaceutico
è come un ristorante in
cui il cliente (paziente)
mangia ma non ordina le
portate...*

- Separazione tra consumatore e decisore
 - Rapporti di agenzia
 - Domanda farmaceutica derivata
- Domanda parzialmente inelastica

*...il cameriere (medico)
decide cosa debba
mangiare il cliente,
indipendentemente dai
suoi gusti e dal costo
delle portate...*

- Ruolo dell'informazione
- Medici, in qualità di decisori, come obiettivo della politica commerciale
- Etica

La metafora del ristorante

...infine lo stato paga il conto

- Necessità di una regolamentazione a priori
- La registrazione: CTS(AIFA)
 - definisce la Lista Positiva
 - procede a riclassificare i farmaci sottoposti a regime contrattuale
- Fissazione del prezzo: CPR(AIFA)
 - gestisce la negoziazione dei prezzi dei farmaci sottoposti a regime contrattuale

Informazione imperfetta

Il modello di concorrenza perfetta prevede la perfezione dell'informazione.

I soggetti economici che operano sul mercato dispongono di una informazione completa sui beni acquistati e venduti (sulle loro caratteristiche, sulla loro capacità di soddisfare i bisogni, sulla loro qualità)

Il mercato delle prestazioni sanitarie è caratterizzato dalla presenza di numerose situazioni di informazione imperfetta o asimmetrica.

Gli individui non sono in grado di riconoscere i propri bisogni (patologie), di scegliere i trattamenti più appropriati, di giudicare i servizi ottenuti, di valutare la congruità dei prezzi, di prevedere gli esiti del trattamento.

I medici, a loro volta, sono soggetti ad alcuni fattori condizionanti avulsi dal paziente (ambizione personale, desiderio di prestigio, ecc.) e non possono disporre di certezza sui trattamenti (la medicina è una scienza probabilistica)

Informazione imperfetta

A causa della
Informazione imperfetta
o asimmetrica

Si forma una Relazione
di Agenzia

Può essere

- Quando un soggetto delega la decisione ad altro elemento
- Es relazione paziente-medico

- Perfetta (l'agente agisce nel puro interesse del paziente)
- Imperfetta (l'agente sfrutta l'ignoranza del soggetto per raggiungere scopi propri)
- Può determinare la Domanda farmaceutica derivata (Supplier Induced Demand)

Esternalità

Un'esternalità (economia o diseconomia esterna) si verifica ogniqualvolta la produzione o il consumo di un bene da parte di un individuo produce effetti esterni (positivi o negativi) su un altro individuo, senza che quest'ultimo paghi o riceva una compensazione per tali effetti

Nel settore sanitario,

- una esternalità positiva è la vaccinazione
- una esternalità negativa è il fumo

La presenza di esternalità nel settore sanitario impedisce che questo settore si configuri come un mercato concorrenziale e invoca l'intervento pubblico per favorire la produzione di esternalità positive e scoraggiare la produzione di esternalità negative

Monopolio

- • in realtà non è un monopolio ma un Mercato oligopolistico:
 - • Numero di imprese: oltre 5000 imprese, ma con oltre il 90% del mercato in mano a meno di 100 multinazionali
 - • Tipi di prodotto: eterogeneo a causa della diffusa differenziazione di prodotto, con enfasi sulla qualità e la tutela brevettuale
 - • Capacità di definire il prezzo: possibilità di influire sul prezzo con la R&D e come processo di differenziazione
 - • Restrizioni all'entrata: alta a causa della tutela brevettuale e dell'intensivo sistema di marketing
 - • Benessere sociale: sub-ottimale a causa degli elevati prezzi e degli extraprofitti
- *Trade-off tra benessere sociale sub-ottimale e tutela brevettuale*

Beni pubblici

I beni pubblici (difesa nazionale, igiene pubblica, educazione sanitaria, ecc.) sono distinguibili dai beni privati sulla base del criterio della:

- non rivalità: il consumo da parte di un individuo non impedisce il consumo da parte di tutti gli altri
- non escludibilità: non è possibile escludere dal suo godimento coloro che non sono disposti a pagare il corrispettivo richiesto

I beni pubblici non offrono convenienza ad essere prodotti per ciò è necessario che se ne occupi la pubblica amministrazione.

Impropriamente, le prestazioni sanitarie sono definiti beni pubblici. *In realtà si tratta di beni di merito*: beni che la collettività ritiene degni di particolare attenzione perché meritori dal punto di vista sociale e pertanto oggetto di intervento pubblico.

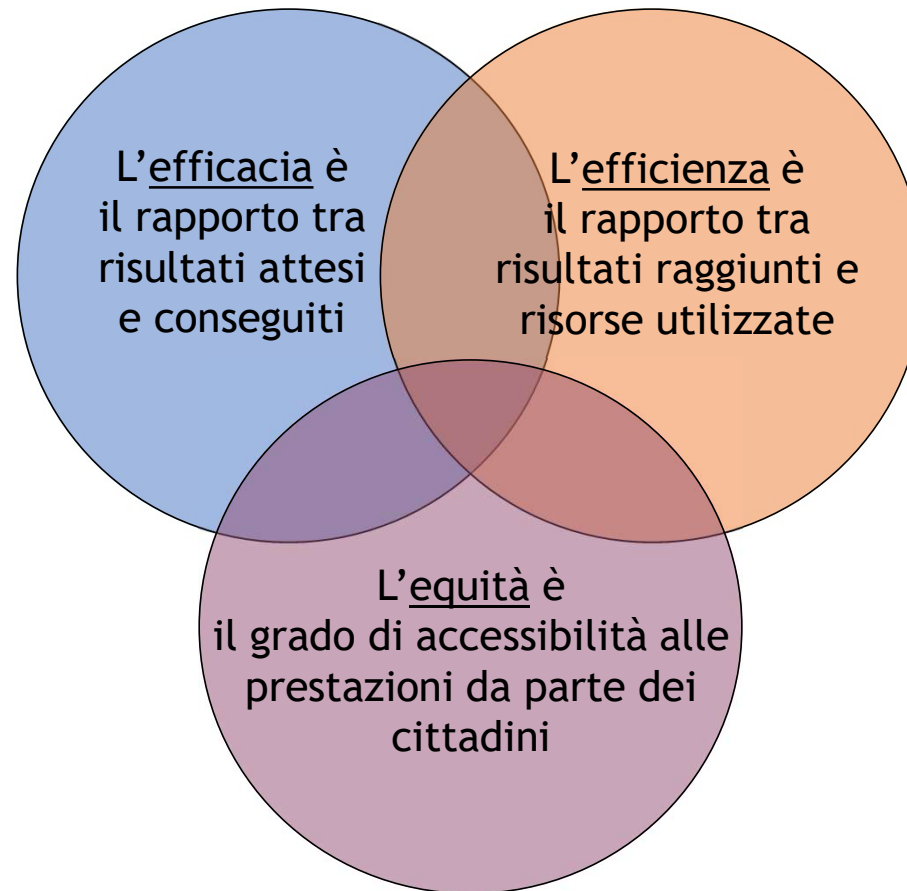
Equità

- Il concetto stesso di equità non è univocamente definito, lo si può intendere come:
- uguaglianza di accesso alle risorse sanitarie tra gli utenti
- uguaglianza di utilizzo delle stesse risorse
- uguaglianza di stato di salute tra i cittadini
- infine, in una accezione più attuale, garanzia della fornitura di un livello minimo di servizi a tutti i cittadini.

L'Economia sanitaria studia:

- quante risorse di un paese sono allocate al settore della sanità e come vengono poi ripartite all'interno del settore stesso.
- la produzione dei servizi sanitari e il modo in cui questi si distribuiscono tra i cittadini

Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria



L'efficienza macroeconomica

ha l'obiettivo di determinare una quota appropriata del Prodotto Interno Lordo (PIL) da destinare alla sanità in relazione alle altre voci di spesa pubblica;

L'efficienza microeconomica

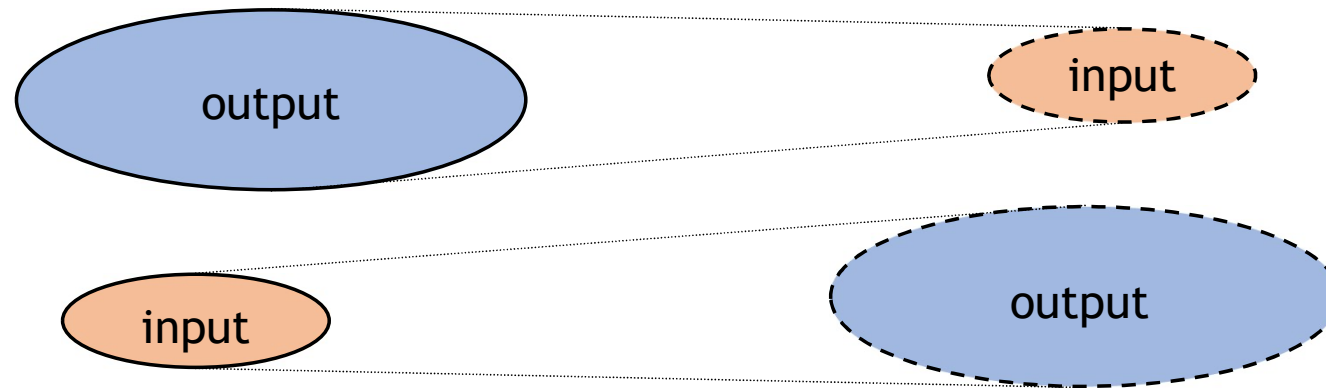
ha l'obiettivo di scegliere il mix dei servizi che permette di massimizzare il risultato data una certa quota di PIL attribuita alla spesa sanitaria.

Si divide in:

- Tecnica o Produttiva
- Allocativa o Distributiva

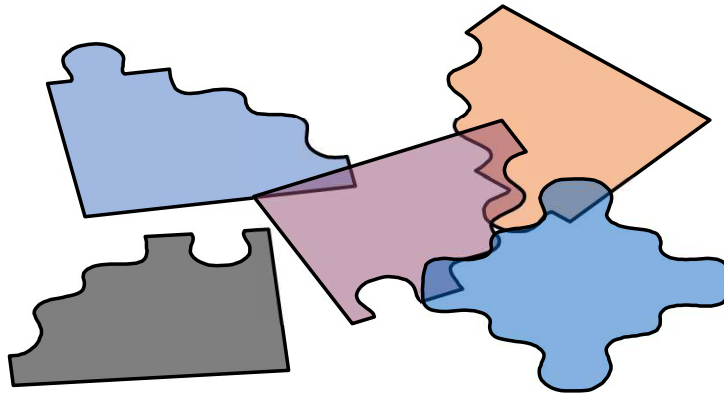
Efficienza tecnica o produttiva

Combinazioni di fattori produttivi che minimizzano i costi (priorità obiettivo salute) o massimizzano i risultati (obiettivo costi)



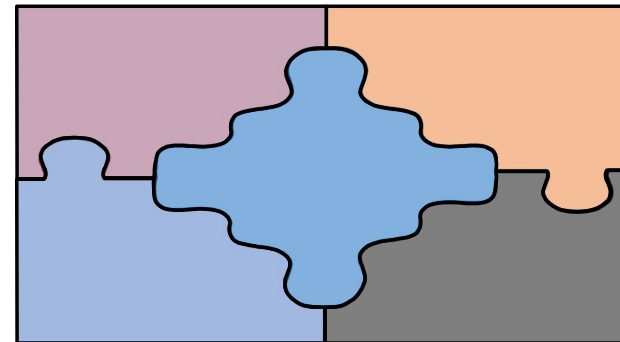
Qual è l'intervento che minimizza i costi o massimizza lo stato di salute del paziente (prevenzione, terapia, ...)?

Efficienza allocativa

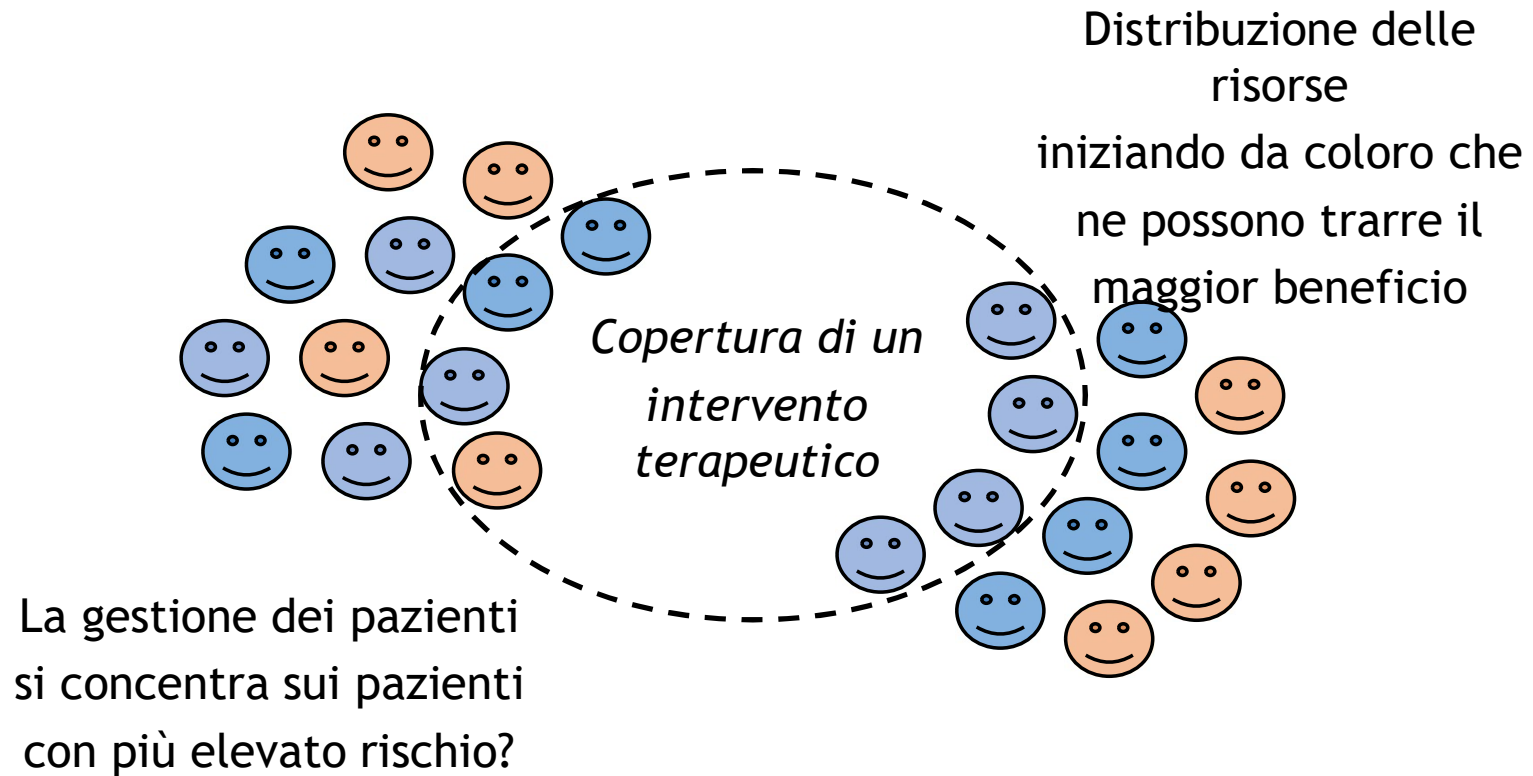


Come viene destinato
il costo imputabile
alla gestione della
patologia?

Destinazione delle risorse
secondo un criterio
di massimizzazione
dell'utilità



Efficienza distributiva



L'equità esprime la valutazione in merito alla distribuzione dei costi e dei benefici tra i diversi individui o gruppi sociali

Si distinguono due aspetti dell'equità:

equità orizzontale

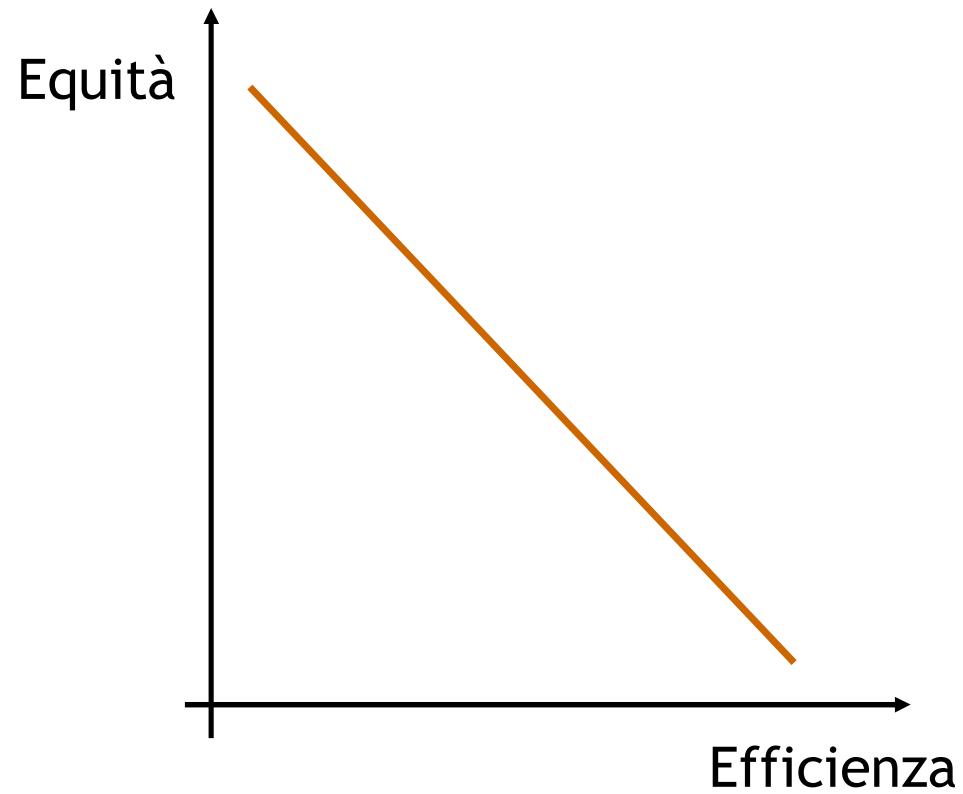
si prevede un'uguale spesa pro-capite o un numero di servizi uguale;

equità verticale

Si prevede un numero di servizi variabili in funzione dei bisogni per garantire la stessa accessibilità e provvedere ad un uguale livello di salute.

Equità

Trade-off equità ed efficienza



Indicazione di efficienza

...il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi,



Politica sanitaria

- Una moderna POLITICA SANITARIA deve (soprattutto in una fase di politica della SOSTENIBILITA’):
- Applicare gli strumenti della economia sanitaria...
- ...con il fine sociale di ottimizzare gli strumenti di tutela della salute
- ...ovvero scegliere quali risorse devono essere indirizzate verso quali prestazioni tra quelle di efficacia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso quali soggetti che possano trarne maggior beneficio.

Abbiamo visto:

- ✓ Concetto di salute e sua evoluzione
- ✓ Economia ed economia sanitaria
 - ✓ Domanda, offerta ed elasticità
- ✓ Mercato e fallimenti del mercato
- ✓ Misuratori di performance dell'economia sanitaria
- ✓ Obiettivi della politica sanitaria

L'INDAGINE

Lo strano caso dei farmaci anticancro: il prezzo sale anche quando arriva la concorrenza

In genere succede il contrario: aumenta l'offerta e scendono i costi

redazione 7 Novembre 2017 12:35



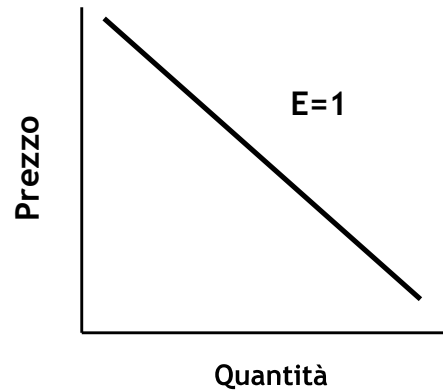
Nel periodo di osservazione di 12 anni, il costo medio di tutti gli antitumorali iniettabili è cresciuto del 37 per cento, al netto dell'inflazione. Restringendo il campo di osservazione a periodi più brevi si ha un aumento annuo medio del costo mensile del 3,7 per cento.

Source: Ben-Gurion University (BGU), il Rabin Medical Center, la Tel Aviv University in Israele, e la Emory University di Atlanta.

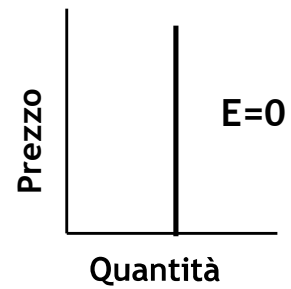
Lezioni di Economia / sanitaria Roberto Adrower 2021

Elasticità del prezzo

Se $|E| = 1$ la domanda è perfettamente elastica



Se $|E| = 0$ la domanda è totalmente inelastica



TOP TEN PHARMACEUTICAL COMPANY

Top 10 pharma companies 2020

Total revenue from pharmaceutical segment (USD billions)



I numeri della filiera del farmaco

200 aziende

63.500 addetti (90% laureati e diplomati) 43% donne

66.00 addetti nell'indotto

6.100 addetti alla R&S (52% donne)

30 MILIARDI EURO di produzione (73% per estero)

2.6 MILIARDI EURO di investimenti (1.4 R&S; 1.2 produzione)

Industria farmaceutica	Concessionari e Depositari (art. 108 DLgs 219/2006)	Distributori Intermedi (art. 105 DLgs 219/2006)	Farmacie Ospedali Case di cura
			
cc. 350 aziende di cui cc. 230 di specialità medicinali.	cc. 150 aziende con cc. 250 depositi.	cc. 140 aziende (di cui cc. 40 cooperative di farmacisti)	cc. 1400 strutture ospedaliere pubbliche. cc. 18000 farmacie.
Forte fenomeno di concentrazione. Le prime 50 coprono 80% del trade.	Svolgono, per conto delle Mandanti, lo stoccaggio, l'allestimento, la consegna.	I primi 4 gruppi coprono il 60% del mercato.	Numero di farmacie regolamentato dalla pianta organica.

Beni pubblici

I beni pubblici (difesa nazionale, igiene pubblica, educazione sanitaria, ecc.) sono distinguibili dai beni privati sulla base del criterio della:

- non rivalità: il consumo da parte di un individuo non impedisce il consumo da parte di tutti gli altri
- non escludibilità: non è possibile escludere dal suo godimento coloro che non sono disposti a pagare il corrispettivo richiesto

I beni pubblici non offrono convenienza ad essere prodotti per ciò è necessario che se ne occupi la pubblica amministrazione.

Impropriamente, le prestazioni sanitarie sono definiti beni pubblici.

In realtà si tratta di beni di merito: beni che la collettività ritiene degni di particolare attenzione perché meritori dal punto di vista sociale e pertanto oggetto di intervento pubblico.

I limiti dell'approccio "verticale" e "orizzontale"

Concentrando il proprio intervento su una singola patologia, fase di cura o funzione del sistema sanitario, **l'approccio verticale porta spesso alla creazione di sistemi paralleli o comunque poco integrati con il sistema sanitario**, che quindi spesso risultano non sostenibili nel tempo. **L'approccio orizzontale, invece, è indirizzato alla creazione di sistemi sanitari permanenti per un approccio a lungo termine**. Le cui risorse spesso però non sono sufficienti a garantire servizi adeguati ai bisogni della popolazione. Metaforicamente è possibile illustrare (vedi Figura 1) l'approccio verticale come un approccio che crea "isole" di sufficienza per specifiche malattie, fasi di cura o servizi sanitari in un "mare" di inadeguatezza del sistema sanitario in generale, mentre l'approccio orizzontale riduce la profondità di questo "mare", che resta comunque insufficiente (3).

Fig. 1 L'approccio verticale e orizzontale a confronto

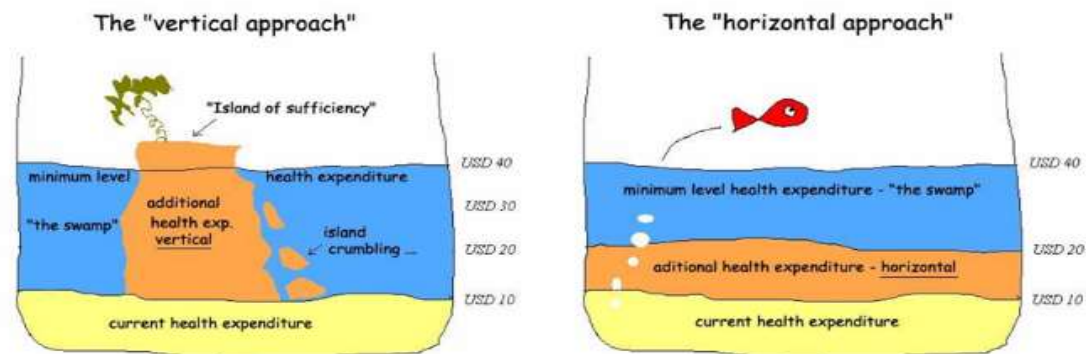
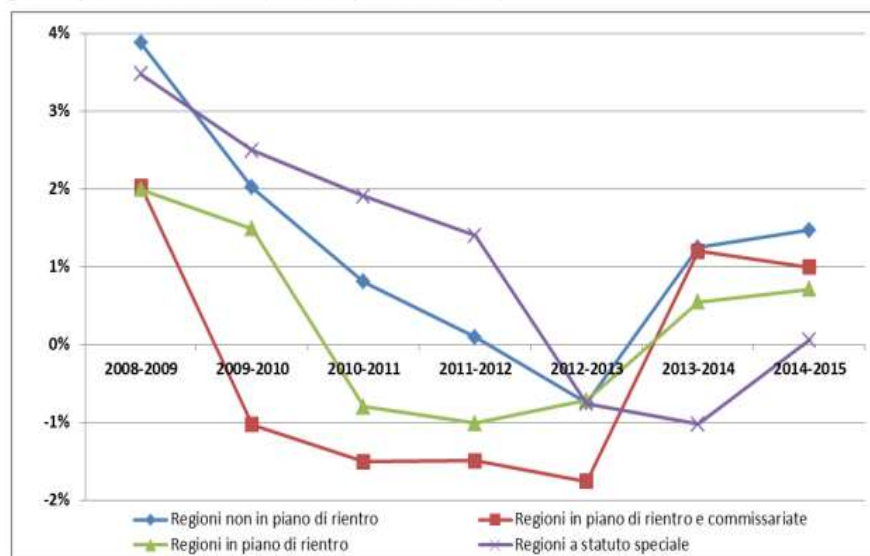


Illustration by Gorik Ooms & Marc Bestgen

Indicazione di efficienza

...il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi,

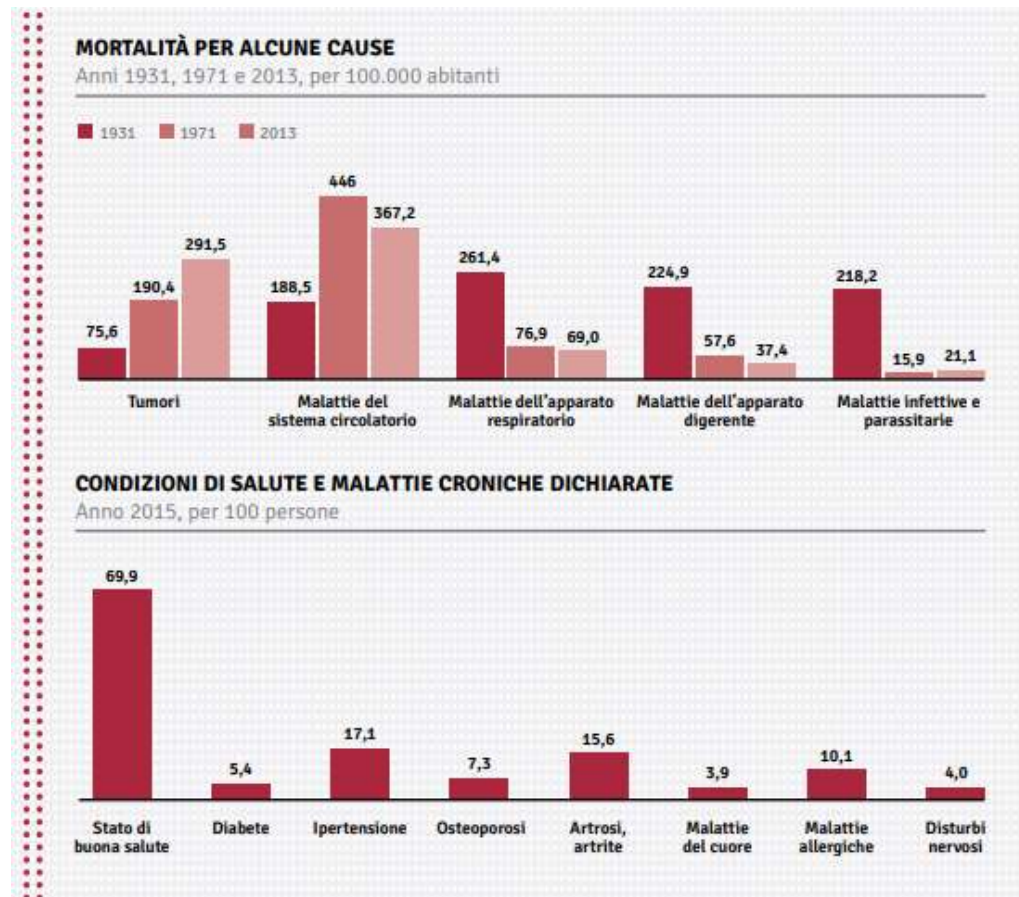
Figura 1 - Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua)



Fonte: elaborazione Agenas su dati estratti dai modelli CE consuntivi, anni 2008-2015 (NSIS)

Natalia Di Vivo - Responsabile Monitoraggio Spesa Sanitaria
Angelo Tattoli - Collaboratore Agenas

Politica sanitaria



PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ IN SOVRAPPESO O OBESE PER SESSO E CLASSE DI ETÀ

Anni 2001 e 2015 per 100 persone di 18 anni e più dello stesso sesso e classe di età

	18-34		35-54		55-74		75 e più		Totale	
	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015
MASCHI										
Sovrappeso	27,3	27,3	47,4	46,2	52,0	52,0	44,9	50,9	42,6	44,0
Obesi	3,6	4,3	9,8	10,9	12,8	15,6	7,9	11,9	8,7	10,8
FEMMINE										
Sovrappeso	10,4	13,1	23,9	23,7	39,8	36,4	34,4	38,6	25,9	27,3
Obese	1,9	3,1	7,5	7,2	15,4	13,4	9,6	13,0	8,4	9,0
MASCHI E FEMMINE										
Sovrappeso	18,8	20,3	35,6	34,8	45,5	43,8	38,3	43,6	33,9	35,3
Obesi	2,7	3,7	8,6	9,0	14,2	14,4	9,0	12,6	8,5	9,8

PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO, SESSO E CLASSE DI ETÀ

Anni 2001 e 2015, per 100 persone dello stesso sesso e classe di età

■ MASCHI ■ FEMMINE

