

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



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale

Politica sanitaria sistemi sanitari

Roberto Adrower

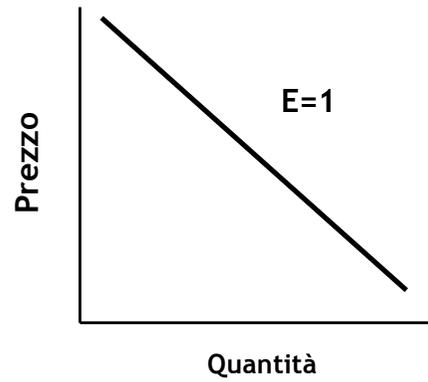
Politica sanitaria

- 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.

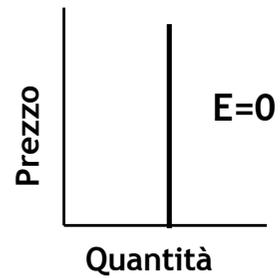


Elasticità del prezzo

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



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



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

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

Può essere

- 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

TOP TEN PHARMACEUTICAL COMPANY

https://www.aboutpharma.com/business-e-mercato/cosi-le-dieci-big-pharma-a-maggiore-capitalizzazione-hanno-chiuso-i-bilanci-nel-2023/?utm_term=109387+-+https%3A//www.aboutpharma.com/business-e-mercato/cosi-le-dieci-big-pharma-a-maggiore-capitalizzazione-hanno-chiuso-i-bilanci-nel-2023/&utm_campaign=Rassegna+stampa&utm_medium=email&utm_source=MagNews&utm_content=11528+-+6436+%282024-03-21%29

Le più grandi aziende farmaceutiche per capitalizzazione di mercato

Aziende: 712 – Capitalizzazione di mercato: \$ 5.975 T

Rank	Azienda	Capitalizzazione di mercato	Prezzo	Variazione*	Prezzo (trend negli ultimi trenta giorni)	Stato
1	Eli Lilly 	\$ 731.28 B	\$ 769.64	3.18%		Usa
2	Novo Nordisk 	\$ 555.74 B	\$ 124.52	2.97%		Danimarca
3	Johnson & Johnson 	\$ 386.48 B	\$ 160.45	1.12%		Usa
4	Merck 	\$ 327.54 B	\$ 129.26	0.89%		Usa
5	AbbVie 	\$ 321.22 B	\$ 176.75	0.92%		Usa
▲1	Novartis 	\$ 210.52 B	\$ 102.80	0.23%		Svizzera
▼1	Roche 	\$ 210.44 B	\$ 261.59	0.59%		Svizzera
8	AstraZeneca 	\$ 198.82 B	\$ 64.13	0.04%		Uk
9	Pfizer 	\$ 155.55 B	\$ 27.55	0.43%		Usa
10	Amgen 	\$ 152.83 B	\$ 285.18	0.61%		Usa

*dati aggiornati al 23 febbraio 2024

Fonte: companiesmarketcap.com

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.

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.



Politica sanitaria

Politica = Policy (*non politics*)

“Insieme delle azioni messe in atto per la gestione del bene comune”

Gli obiettivi di una moderna politica sanitaria si possono riassumere in 4 punti:

- ✓ *Preservare e migliorare la salute della popolazione*
- ✓ *Raggiungere un livello accettabile di Equità*
- ✓ *Rispondere alle aspettative della popolazione, dei cittadini*
- ✓ *Far fronte ad interessi paralleli quale ad esempio il rispetto di un determinato bilancio.*

Ob. tecnico

Ob. sociale

Ob. politico

Ob. economico

Politica sanitaria

3 strumenti di tutela della salute

- **Prevenzione**
- **Informazione**
- **Assistenza sanitaria**
 - Cura e riabilitazione

3 indici di performance del sistema

- ✓ **Efficacia**
- ✓ **Efficienza**
- ✓ **Equità**

Fig. 1 L'approccio verticale e orizzontale a confronto

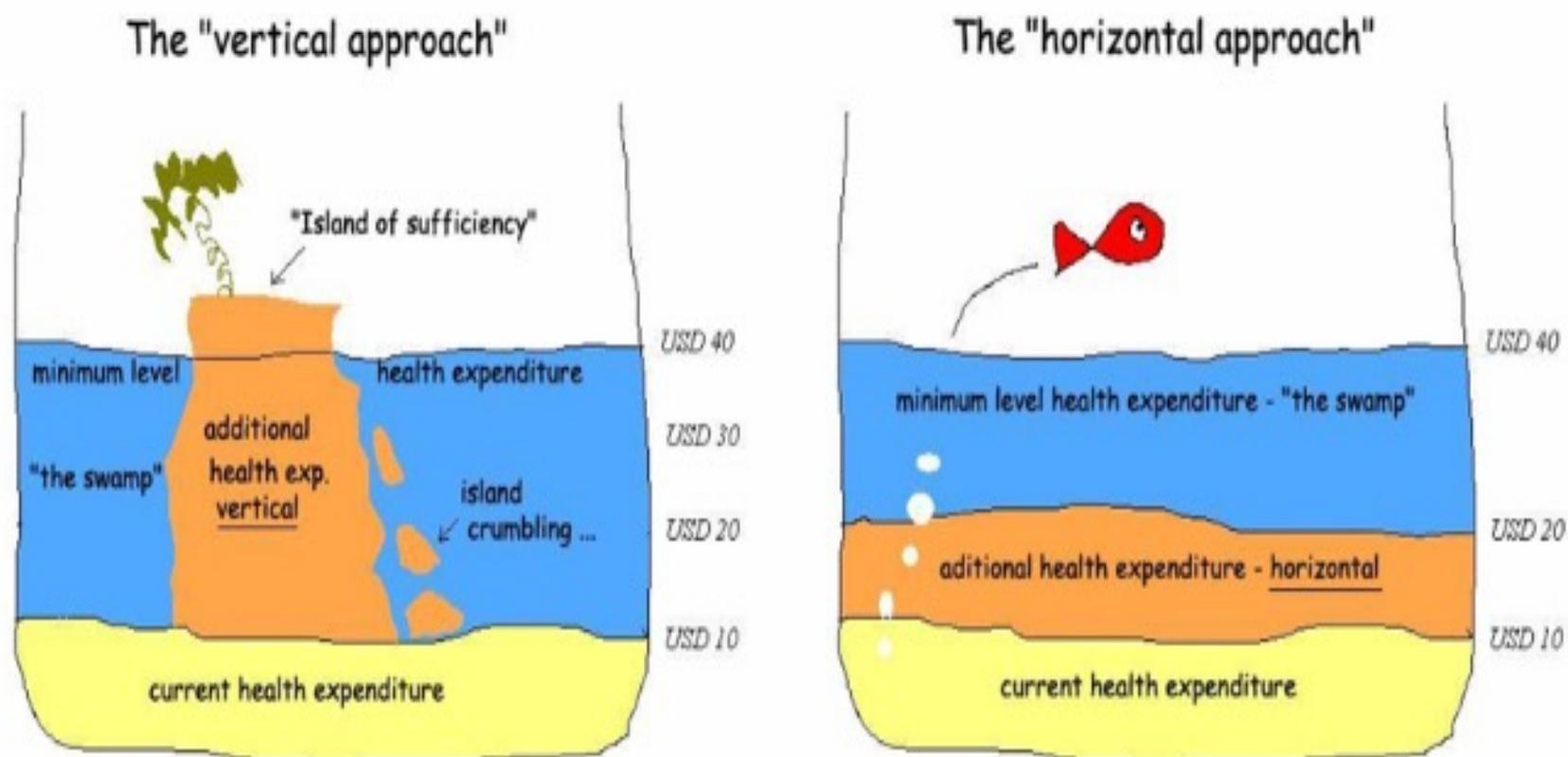
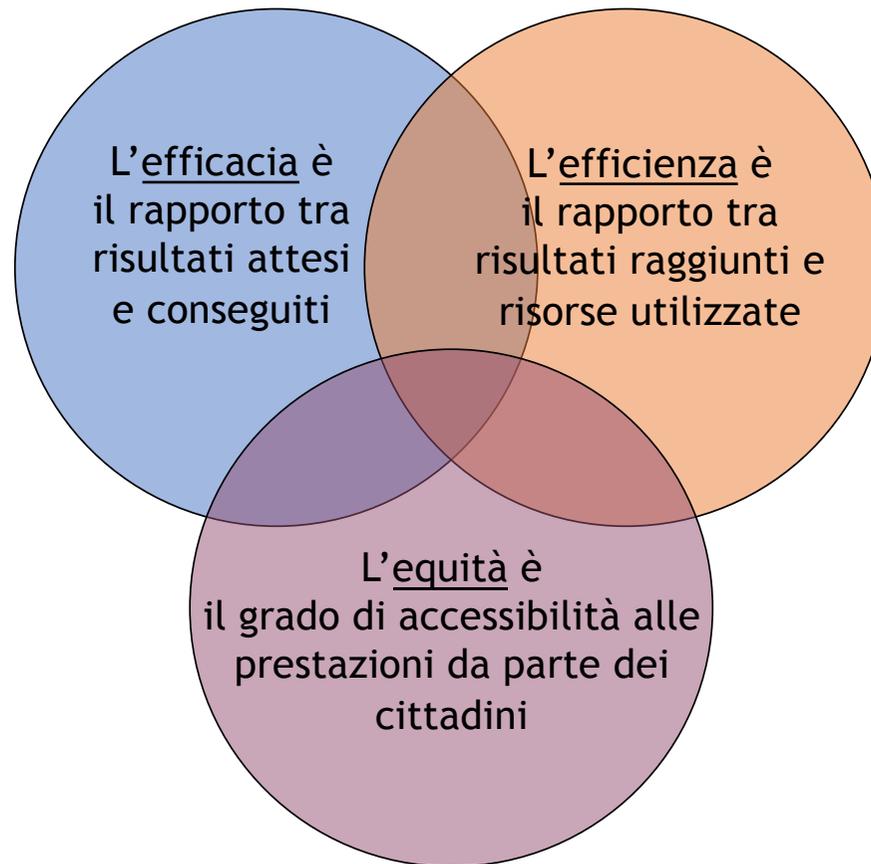


Illustration by Gorik Ooms & Marc Bestgen

Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria



I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Cosa c'era prima del 23 dicembre 1978?

Le casse mutue (la mutua) o sistema mutualistico

- Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
 - Dipendenti (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP)
 - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolai)
- Settore pubblico
 - Prevenzione
 - Poveri
 - Salute mentale
- Caratteristiche
 - Copertura non totale (ca. 90%, i.e. 5-6 mio non coperti)
 - Redistribuzione minima
 - Copertura rischi: parziale
- Copertura farmaceutica Indiretta

I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Come funziona il SSN?

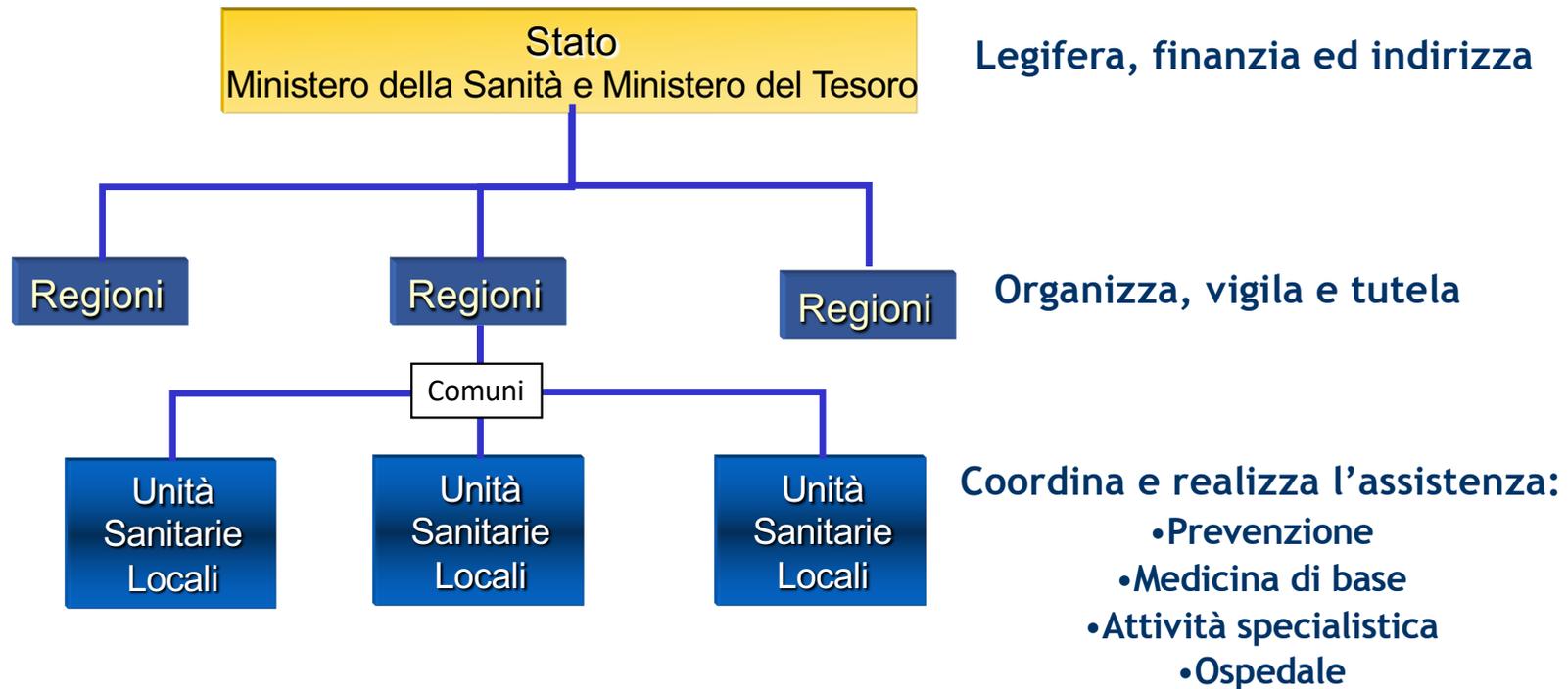
I principi ispiratori del SSN

- Finanziamento attraverso la tassazione generale
- Universalismo (copertura estesa a tutta la popolazione)
- Solidarismo (libero accesso alle cure)
- Ruolo centrale del settore pubblico nella erogazione dei servizi e capillarizzazione sul territorio (USL)
- Decentralizzazione (ruolo delle regioni)
- Controllo democratico (eleggibilità delle cariche)
- Copertura farmaceutica diretta

I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Organizzazione su 3 livelli



Costituzione delle Regioni

Le Regioni erano previste in Costituzione (Art 5, 117 e ss) ma vengono formalmente istituite solo nel 1970

D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4

- Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario.



Maria Beatrice Stasi · 2°

già Direttore Generale ASST Pap... [+ Segui](#)

2 giorni ·



Sui muri di San Francisco si legge che la salute e' un diritto, ma credo anche il migliore investimento per il futuro. Proteggiamo con cura il nostro Servizio sanitario

13

2 commenti · 1 diffusione post



Consiglia



Commenta



Diffondi il

post



Invia



Aggiungi un commento...



Più rilevanti ▾



Giuseppe ORZATI

21 ore (modificato) ...

· 1°

Innovatore

Buongiorno [Maria Beatrice Stasi](#), potresti fare un articolo in www.ilmagazine.news su questo argomento?

Consiglia | Rispondi · 1 risposta

I sistemi sanitari a confronto

Nomi dei sistemi	Sistema BEVERIDGE	Sistema BISMARCK	Sistemi privati
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Esempi	ITALIA Regno Unito	Germania Francia	Stati Uniti
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi Medicare & Medicaid

I sistemi sanitari a confronto

Sistemi sanitari individualistici

- **Il rischio economico grava sul singolo individuo**
 - sistema responsabilizzante per l'individuo
 - sistema iniquo a livello sociale
- **Molteplicità degli acquirenti/finanziatori**
 - il potere contrattuale è detenuto dai produttori/venditori di cure
 - prezzi più alti
 - onorari professionali relativi più elevati

Sistemi sanitari solidaristici

- **Il rischio economico è redistribuito**
 - dai “sani” ai “malati”
 - dai “ricchi” ai “poveri”
- **Unico acquirente o sistema integrato di acquirenti**
 - il potere contrattuale è detenuto dall'unico compratore
 - prezzi più bassi onorari professionali relativi più bassi

Due forme diverse:

- **INSURANCE-BASED MODEL**
 - sistemi mutualistici obbligatori per la totalità della popolazione (Europa continentale)
- **TAX BASED MODEL**
 - servizi sanitari nazionali (Nord Europa, Paesi mediterranei)

Sistemi sanitari a confronto

Tipici rischi insiti nei sistemi sanitari

moral hazard (*sistema Beveridge*)

- si realizza quando non si paga per il bene che si acquista
- la tendenza a sovrautilizzare un bene di cui non si comprende il valore

Es. di soluzione: politiche di co-payment (ticket, franchigia)

selezione avversa (*sistemi Bismarck e privati*)

Tendenza alla presa in carico dei soli soggetti più convenienti

Es. assicurazioni vita

Es. di soluzione: intervento statale tramite sussidi

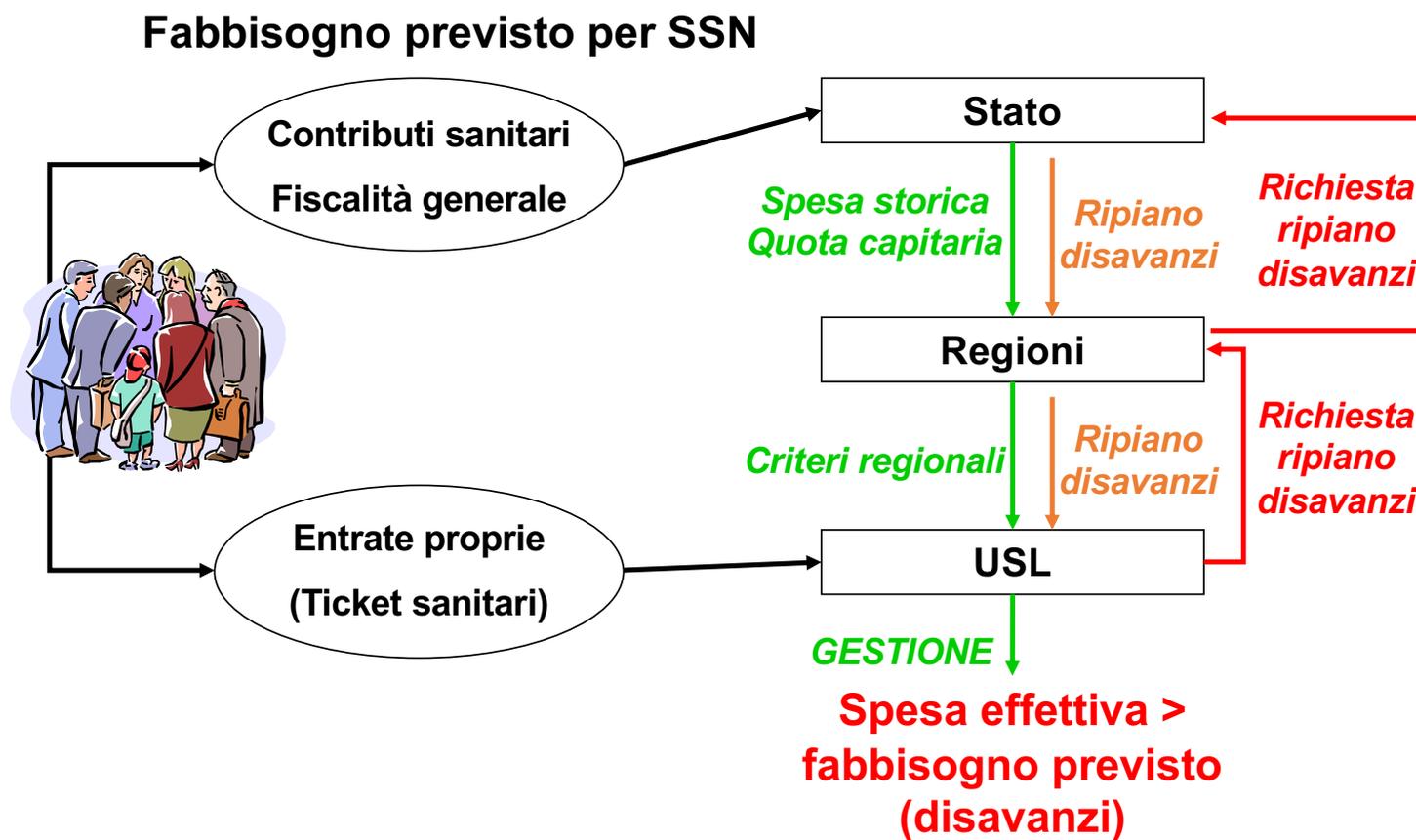
I problemi «storici» del nostro SSN

- “Burocratizzazione” delle USL
 - Formalizzazione dell’attività (autoreferenzialità)
 - Intervento della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
 - Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
 - Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
 - Ripiano dei disavanzi

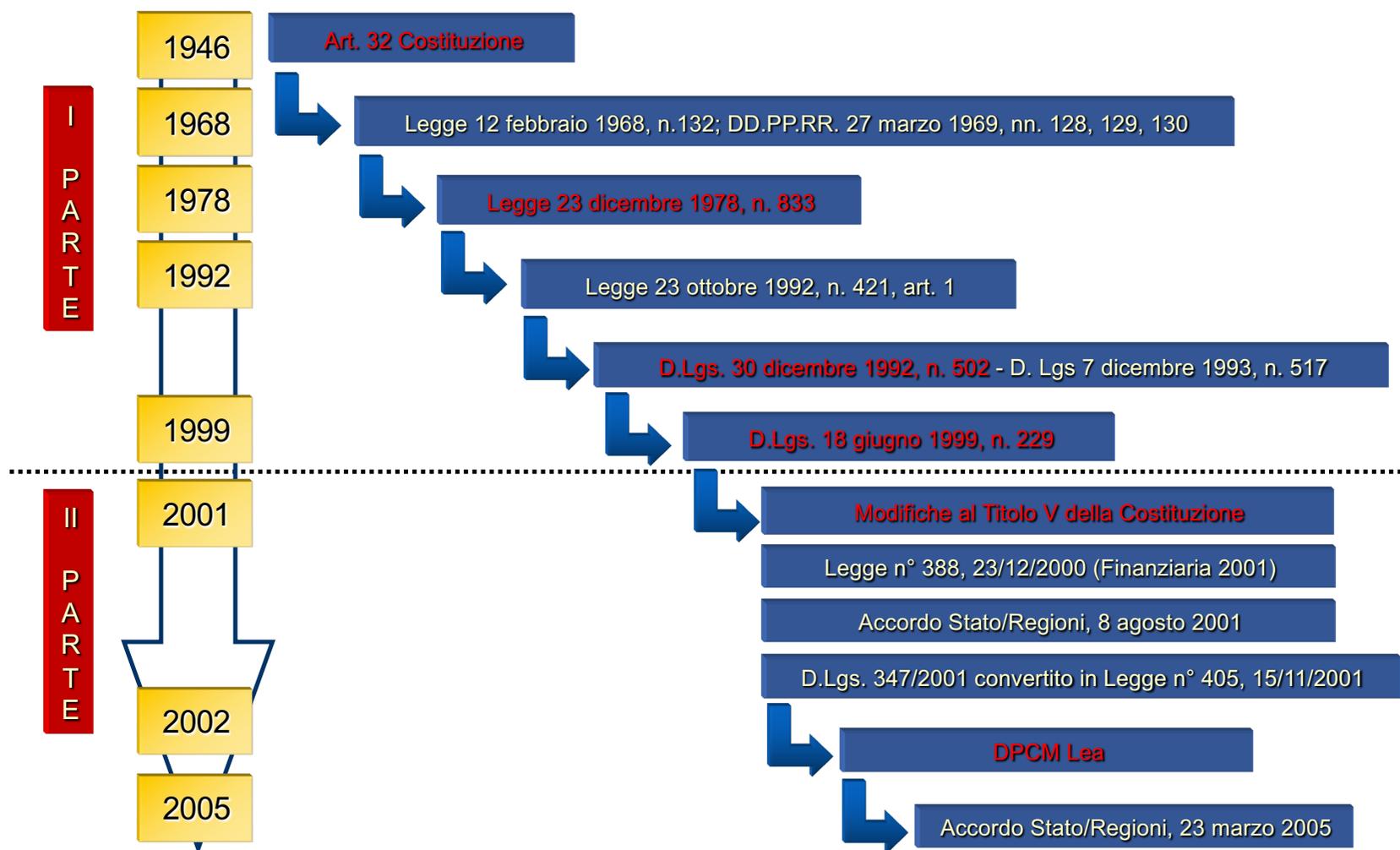
Anni settanta

- Viene apertamente teorizzata la traduzione sul piano politico del principio base della **tradizionale deontologia medica**:
 - Il professionista deve dedicare ogni possibile sforzo per migliorare le condizioni di salute di ogni paziente
- ***Presuppone*** la disponibilità di risorse umane, finanziarie, tecnologiche e organizzative infinite e infinitamente flessibili nel tempo e nello spazio.
- L'entità della spesa sanitaria pubblica assume di fatto il ruolo di **variabile indipendente rispetto alla programmazione economica del paese**, compromettendo la possibilità di controllo dei conti pubblici.

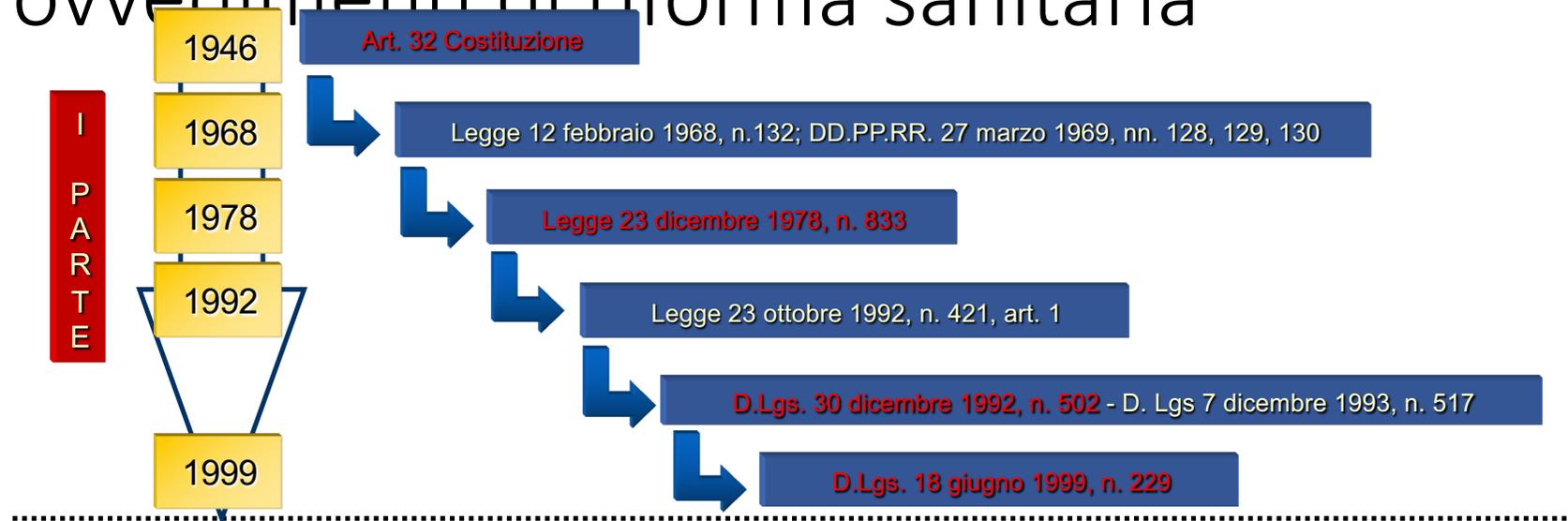
Sistema di finanziamento accentrato



Provvedimenti di riforma sanitaria



Provvedimenti di riforma sanitaria



I principi delle due grandi riforme 502 e 229

• Aziendalizzazione

- le U.S.L. sono diventate aziende (A.S.L.) a seguito di un processo di aziendalizzazione, tale per cui sono state investite da una serie di compiti, attribuzioni e requisiti al pari di aziende private.

• Eliminazione del livello locale (comuni)

• Creazione dei LEA

• Concorrenza pubblico/privato

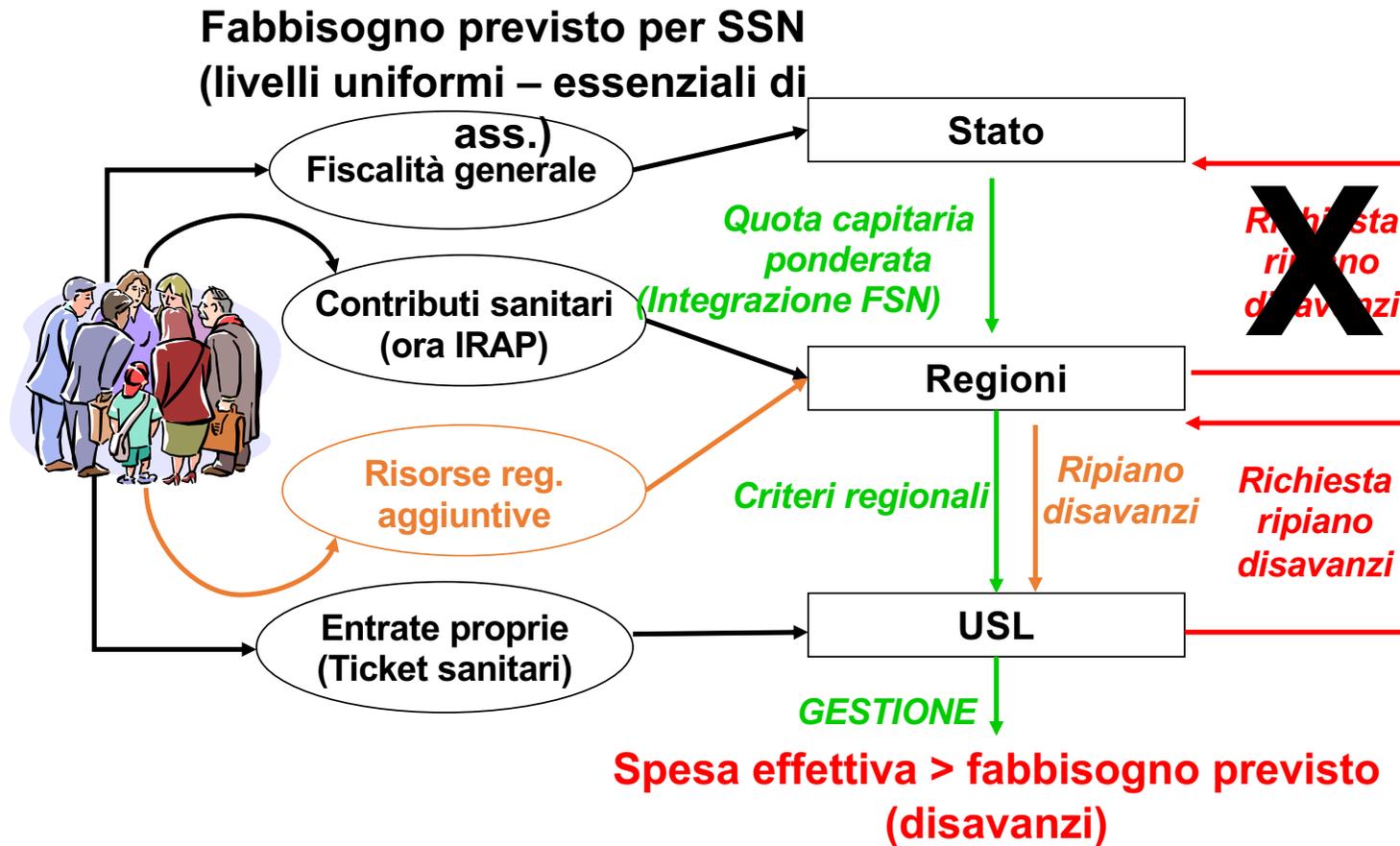
Principio di concorrenza

- La 229/99 stabilisce un *principio generale di libera concorrenza*:
 - gli assistiti hanno la possibilità, per, di scegliere se rivolgersi, per un determinato servizio o prestazione, a strutture pubbliche o private.
- Questo principio è nato per stimolare a effettuare tutte le prestazioni sanitarie nel modo più efficiente, più efficace e più economico possibile
- Una struttura può chiedere di essere legittimata a svolgere attività sanitaria, parasanitaria assistenziale, ecc. ricorrendo a :
 - **pre-autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria**A seguire 2 modalità:
 - **accreditamento istituzionale**
 - **stipula di accordi contrattuali**

Principio dei LEA

- Il S.S.N. ha provveduto a fare in modo che tutti i cittadini possano disporre di tutta una serie di prestazioni sanitarie che devono essere obbligatoriamente garantite, i Livelli Essenziali di Assistenza, divisi in 3 aree:
 - Assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro
 - Assistenza distrettuale
 - Assistenza ospedaliera
- Le prestazioni sanitarie che sono comprese all'interno di questi L.E.A sono prestazioni che sono erogate a tutti i cittadini seguendo due modalità differenti:
 - prestazioni che il Servizio garantisce a tutti i cittadini senza alcun onere a carico dell'utente al momento in cui fruisce della prestazione (diagnostica strumentale, laboratorio, prestazioni di assistenza specialistica sulla base di programmi di prevenzione di patologie e malattie rare).
 - prestazione erogate dal S.S.N. non senza oneri da parte dell'utente, ma dietro pagamento di una quota (così come per tutte le prestazioni non comprese nei L.E.A.)
- Tutti gli utenti che usufruiscono del S.S.N. sono iscritti in appositi elenchi che vengono aggiornati periodicamente presso le stesse Aziende Sanitarie.

Nuovo modello di finanziamento



Il “quasi mercato”

- Parziale separazione tra acquirente “per conto del paziente” (Azienda USL) e produttore (nuove AO e privato accred.)
- Sistema di pagamento a tariffe per prestazione => tensione competitiva tra produttori
- Sistema di finanziamento a quota capitaria della ASL con pagamento della mobilità (i soldi seguono il paziente) => governo della domanda da parte della ASL

Il “quasi-mercato”

		Produzione	
		Pubblica	Privata
Finanziamento	Publico	Produzione istituzionale	Strutture accreditate
	Privato	Area a pagamento; Libera professione intramoenia; Ticket;	Privato-privato

La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 1

- Ri-affermazione principi e impostazione 833/78
- Definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (novembre 2001)
 - Cosa può permettersi di offrire il SSN (efficacia, appropriatezza, economicità)
 - Quanto si dovrebbe spendere per tali livelli
 - Sviluppo dei fondi integrativi

La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 2

- Più programmazione - meno mercato
 - rilancio della pianificazione nazionale, regionale e attuativa locale (con ruolo Comuni)
 - regole + limitative del “quasi-mercato” (sistemi di autorizzazione/accreditamento, sistemi contrattuali, limitazioni del sistema tariffario)
 - integrazione socio-sanitaria
- Criteri globali (non solo finanziari) per la valutazione dei Direttori Generali
- Rapporto di lavoro esclusivo per i medici

Come è organizzata una A.S.L.?

- **Distretti sanitari di base**
- **Dipartimenti di prevenzione**
- **Presidi ospedalieri (non costituiti in aziende ospedaliere)**
- **Aziende Ospedaliere**

Distretti Sanitari

- **Distretti sanitari di base:** il distretto è un articolazione dell'Azienda sul territorio e deve avere, in base al decreto 229/99, una popolazione di almeno **60.000 abitanti**. Il distretto ha una serie di compiti e di attribuzioni fondamentali che vanno **dall'assistenza specialistica ambulatoriale, alle attività rivolte agli anziani, ai disabili, ai malati di HIV**; c'è un direttore di distretto che dipende dall'A.S.L. anche se distaccato

Asl:Dipartimenti di Prevenzione

Dipartimenti di prevenzione: è una struttura operativa organizzata da parte di ciascuna Regione e lo scopo è quello di:

- garantire la salute collettiva
- perseguire degli obiettivi generali di promozione della salute
- agire per prevenire malattie ed eventuali disabilità
- cercare di contribuire al miglioramento della qualità della vita

Anche il dipartimento di prevenzione ha una sua autonomia organizzativa e nell'insieme delle sue funzioni si occupa prevalentemente di Igiene e sanità pubblica, sanità degli alimenti, sanità della nutrizione, sicurezza degli ambienti di lavoro, sanità animale relativa alla produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti

Asl: Presidi Ospedalieri

Presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere: è un ospedale che non è stato costituito in Azienda Ospedaliera.

- Ha una sua autonomia a livello direttivo e una sua autonomia contabile in quanto è dotato di una contabilità separata rispetto a quella A.S.L.
- Accanto al presidio esiste l'Azienda Ospedaliera
- Uno dei requisiti fondamentali richiesti è la presenza di strutture dipartimentalizzate; ormai la dipartimentalizzazione è molto applicata soprattutto nelle grandi A.S.L.; si tende quindi ad unire più U.O. per creare dei dipartimenti, quindi obiettivo principale perché si possa parlare di Azienda Ospedaliera è proprio una spiccata e massiva tendenza alla dipartimentalizzazione.
- Altri requisiti importanti sono quelli di disporre di un sistema economico-patrimoniale e di una contabilità analitica per centri di costo, avere almeno tre U.O di alta specialità e avere un dipartimento di emergenza di 2° livello.

Asl: Le Aziende Ospedaliere

Le Aziende Ospedaliere rappresentano tutti quegli ospedali scorporati dall'Azienda A.S.L. che sono stati costituiti come Aziende Autonome dotate di propria personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; non sono A.S.L. perché hanno un bacino di utenza completamente diverso e possiedono requisiti diversi.

- Sono le Regioni che devono individuare quegli ospedali, che per la presenza di tutta una serie di requisiti fondamentali, si possono scorporare dalla A.S.L. per essere costituiti in aziende ospedaliere.

Asl: Finanziamento

Le fonti di finanziamento per le A.S.L sono:

- una quota del fondo sanitario regionale che viene ripartito annualmente dalla Regione; mensilmente la Regione attribuisce una quota a ciascuna A.S.L.
- redditi
- lasciti
- donazioni
- mutui ma per durata non superiore ai 10 anni; vige infatti un divieto da parte delle A.S.L. di indebitarsi

Più entrate proprie:

- il ticket rappresenta la principale fonte di entrata propria dell' A.S.L.;
- avanzi di gestione (assai improbabili in sanità);
- Libera professione: intramoenia

Provvedimenti di riforma sanitaria



Il Federalismo Fiscale – Risorse Regionali

- Risorse totalmente raccolte dalle regioni
 - Soppressione trasferimenti erariali (soprattutto abolizione dell'integrazione FSN)
 - Sostituzione con compartecipazione IRPEF (da 0,5 s 0,9%), aumento accisa sulla benzina e compartecipazione all'IVA (25,7%)
- ... quindi risorse complessive regionali legate allo sviluppo del reddito e dei consumi

Il Federalismo Fiscale - Il fondo perequativo

- Finanziato attingendo alle compartecipazioni Iva ed eventualmente all'accisa sulla benzina
- Concorso / assegnazione in base a capacità fiscale (90% distanza tra gettito standardizzato regionale e medio, esclusi aumento aliquote tributi propri) e criterio del fabbisogno (quota capitaria ponderata + correzione per costo delle piccole dimensioni)
- Importanza attribuita alla spesa storica (peso decrescente fino ad esaurimento nel 2013)

Programmazione SSN

Le attività del S.S.N. vanno pianificate e il principale strumento per eccellenza è il **Piano Sanitario Nazionale** triennale dove vengono definite e programmate tutte le attività, strategie e prestazioni istituzionali del S.S.N.

Ogni Regione deve redigere un proprio **Piano Sanitario Regionale entro 150 giorni dall'entrata in vigore del P.S.N.**; se le Regioni trascorso i 150 giorni, non hanno provveduto a redigerlo, interviene il Ministero della Salute, dandogli ancora **3 mesi** per adottare il **P.S.R.**

Il “quasi-mercato”

		Produzione	
		Pubblica	Privata
Finanziamento	Publico	Produzione istituzionale	Strutture accreditate
	Privato	Area a pagamento; Libera professione intramoenia; Ticket;	Privato-privato