

# 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](mailto:roberto.adrower@uniroma1.it)



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Farmacia e Medicina**

# 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](mailto:roberto.adrower@uniroma1.it)





18 maggio 2018  
NUMERO 90 | ANNO 12

# 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>

16 mag (2 giorni fa) ☆

a me ▾

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

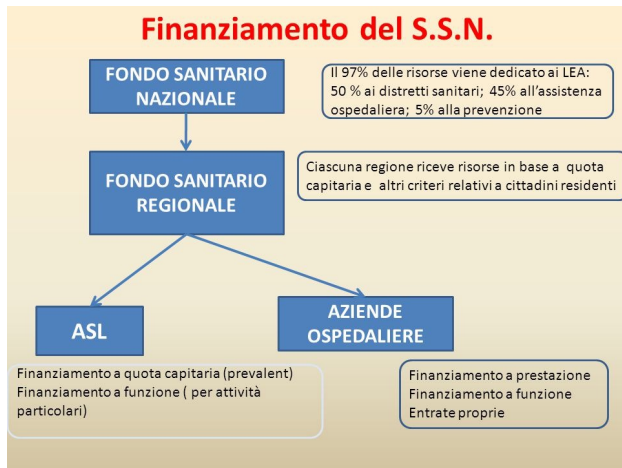
## Allarme dalle Regioni: la salute non è più tutelata

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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE



Il bilanciamento tra economia /economia sanitaria e Farmacoeconomia

## Il ruolo della Farmacoeconomia

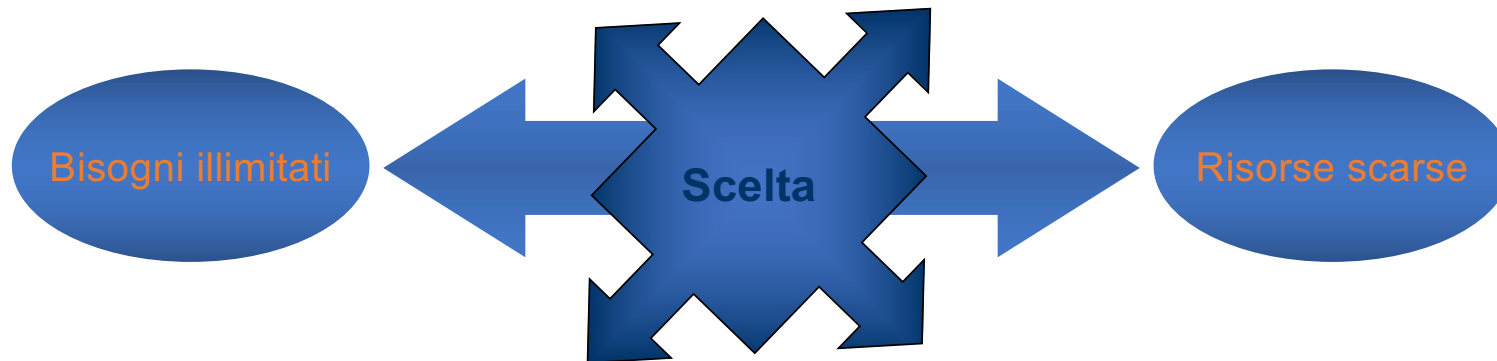
Ministro della Salute Beatrice Lorenzin nelle audizioni alle Commissioni Sanità di Camera e Senato del 5 giugno 2013: “Siamo passati da un’universalità forte e incondizionata a un’universalità mitigata per garantire le prestazioni necessarie e appropriate solo a chi ne abbia effettivamente bisogno”

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.**

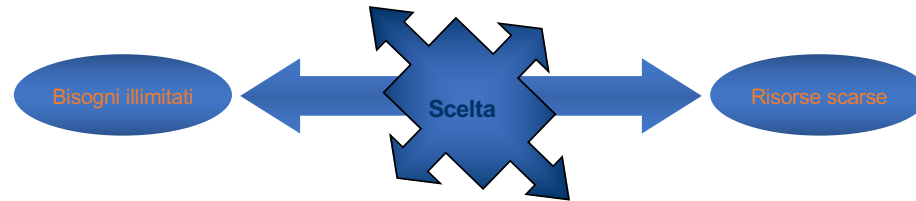
Riguarda l'applicazione di alcune tecniche di valutazione economica al farmaco

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

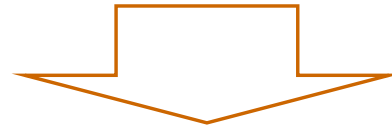
Esamina le conseguenze sulla collettività derivanti dall'uso dei farmaci o  
dall'introduzione di nuovi farmaci.

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

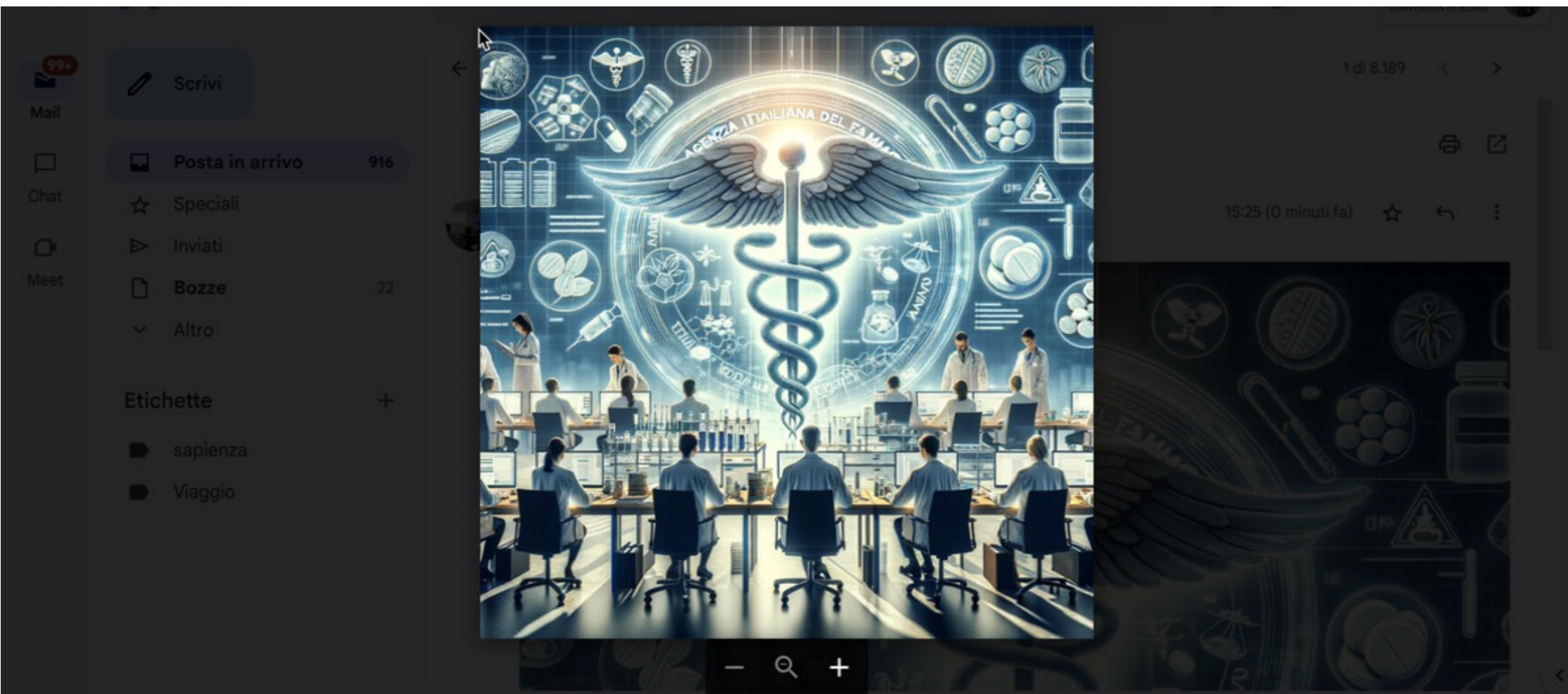


Una disciplina che ha l'obiettivo di:

- 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



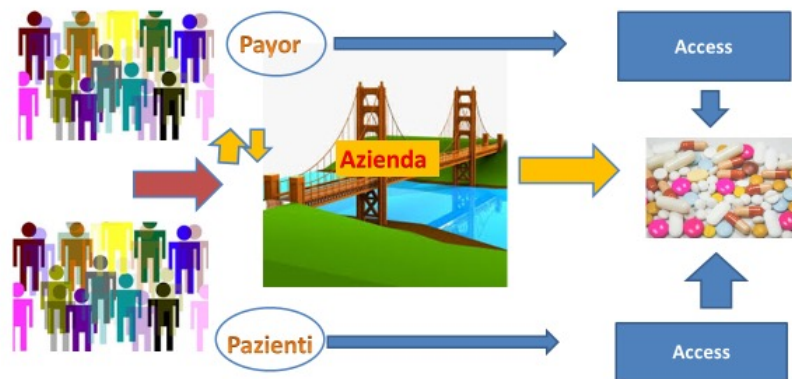
Accesso al mercato dei farmaci

# Market o Patient Access?

- Il *market access* ha l'obiettivo di persuadere i payer su mercati fatturati e profitti .
- Il *market access* È il risultato di un modello di marketing che fundamentalmente ignorava la quarta P che ogni *marketer* impara a scuola di business: il prezzo. Questo parametro però può essere fallimento nel comunicare il valore di un farmaco.
- Il *market access* si basa su un modello di marketing *one-size-fits-all* e focalizzato sul prodotto..
- I marketing manager tradizionali tendono a focalizzarsi su metodi di misura come il numero dei pazienti diagnosticati e il numero di quelli che hanno ricevuto un trattamento

ABOUT ACADEMY

Maggiore attenzione al payer e al patient journey



Copyright © 2024 Health Publishing & Services S.p.A. Nessuna parte di questa presentazione può essere duplicata, riprodotta o distribuita.

The screenshot shows a webpage from 'DAILY HEALTH INDUSTRY'. The main article is titled 'Il market access è morto, il futuro è del patient access' and is dated 9 Gennaio 2017 by Marco Landucci. The article features a chessboard image. The page also includes a search bar, a navigation menu with categories like 'PRIMO PIANO', 'INSIDE BUSINESS', 'DIGITAL HEALTH', etc., and a sidebar with a 'VOTA I PROGETTI dell'edizione 2022' banner.

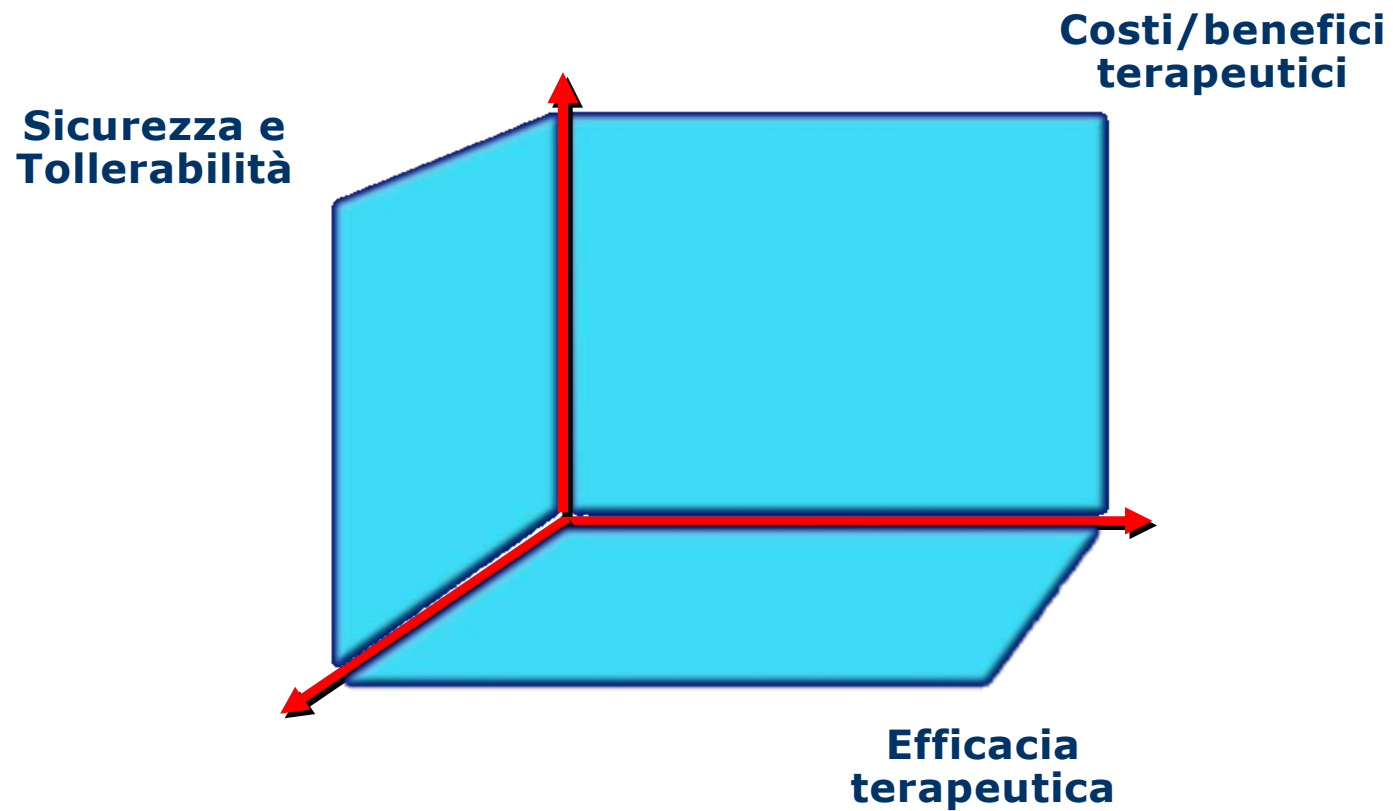
## **un trattamento farmaco-terapeutico**

*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



SVILUPPO DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA CONTROLLATA		SVILUPPO DELL'ANALISI COSTO-EFFICACIA E DELLA FARMACOECONOMIA	
1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studi controllati</li> <li>▪ Studi <u>randomizzati</u></li> <li>▪ Doppio cieco</li> <li>▪ Significatività statistica</li> <li>▪ Potenza statistica</li> <li>▪ <u>End-points</u> surrogati e forti</li> <li>▪ Intention-to-treat vs. By treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Analisi di minimizzazione dei costi vs. analisi costo-efficacia</u></li> <li>▪ NNT e costo per evitare un evento</li> <li>▪ Discounting</li> <li>▪ <u>End-points di breve termine vs. analisi lifetime</u></li> <li>▪ Costo per anno di vita guadagnato</li> <li>▪ Qualità della vita e <u>QALYs</u></li> <li>▪ <u>Costo-utilità</u></li> </ul>	<p>1980</p> <p>1996</p>
1985	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Metanalisi</u></li> </ul>		

▼ Schermo intero  
Chiudi schermo intero

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

*Arcibald Cochrane*

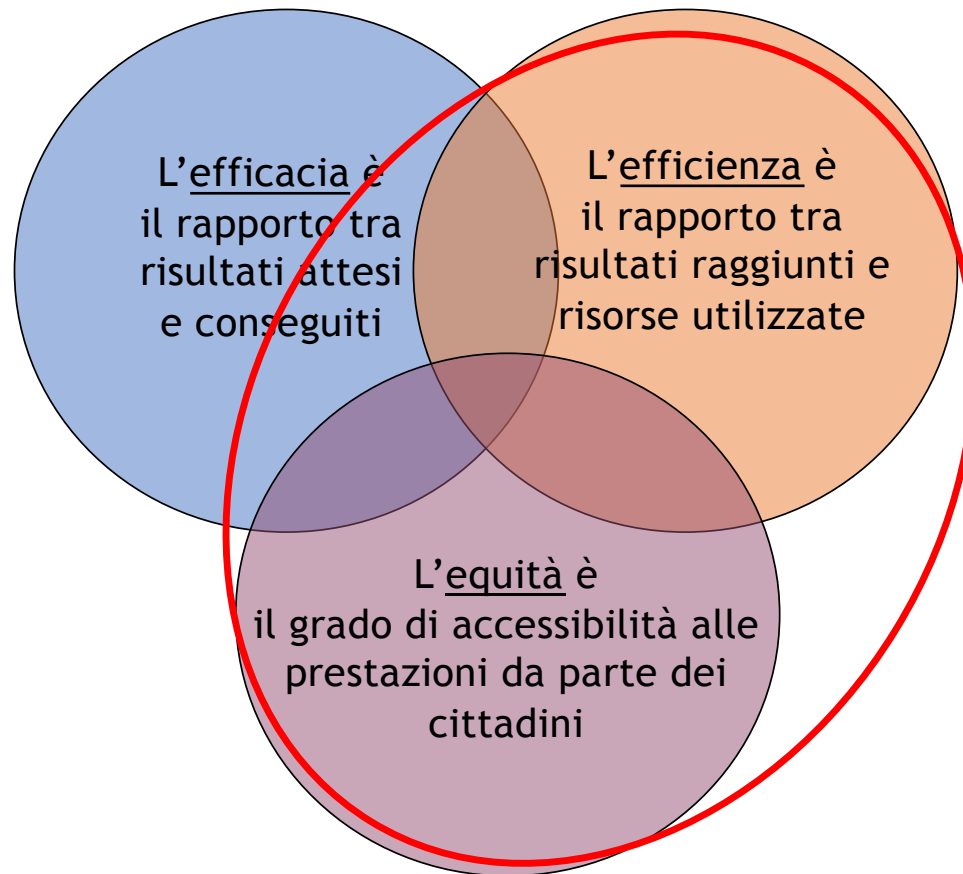


The Cochrane Library is the single most reliable source for evidence on the effects of health care.

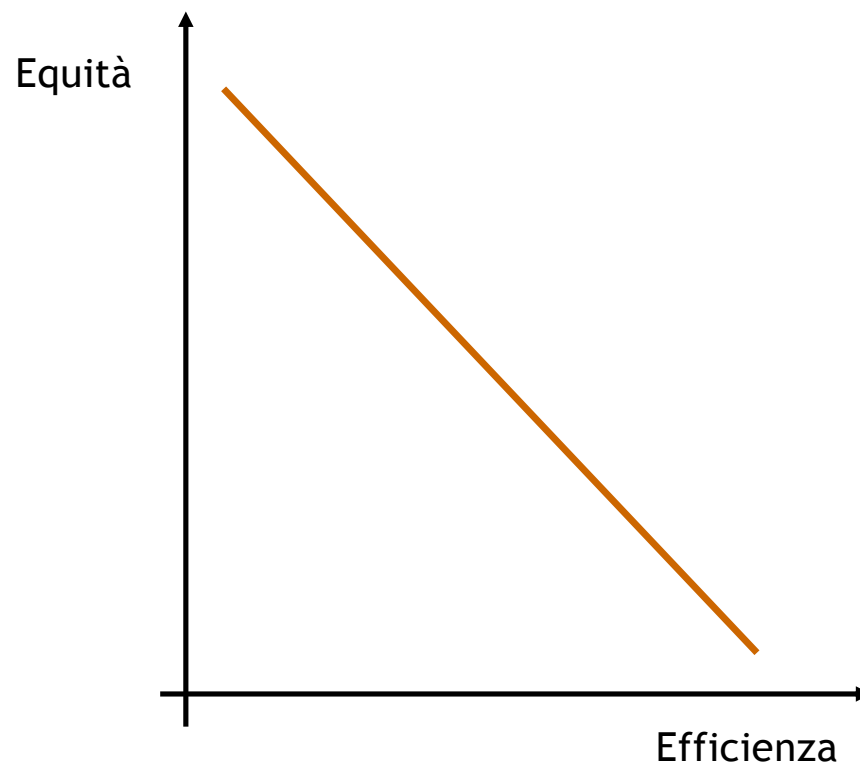
The Cochrane Library brings together in one place research on the effectiveness of healthcare treatments and interventions. It is the gold standard in evidence-based medicine and provides access to the most objective information on the latest in medical treatment.



# Efficacia, efficienza, equità



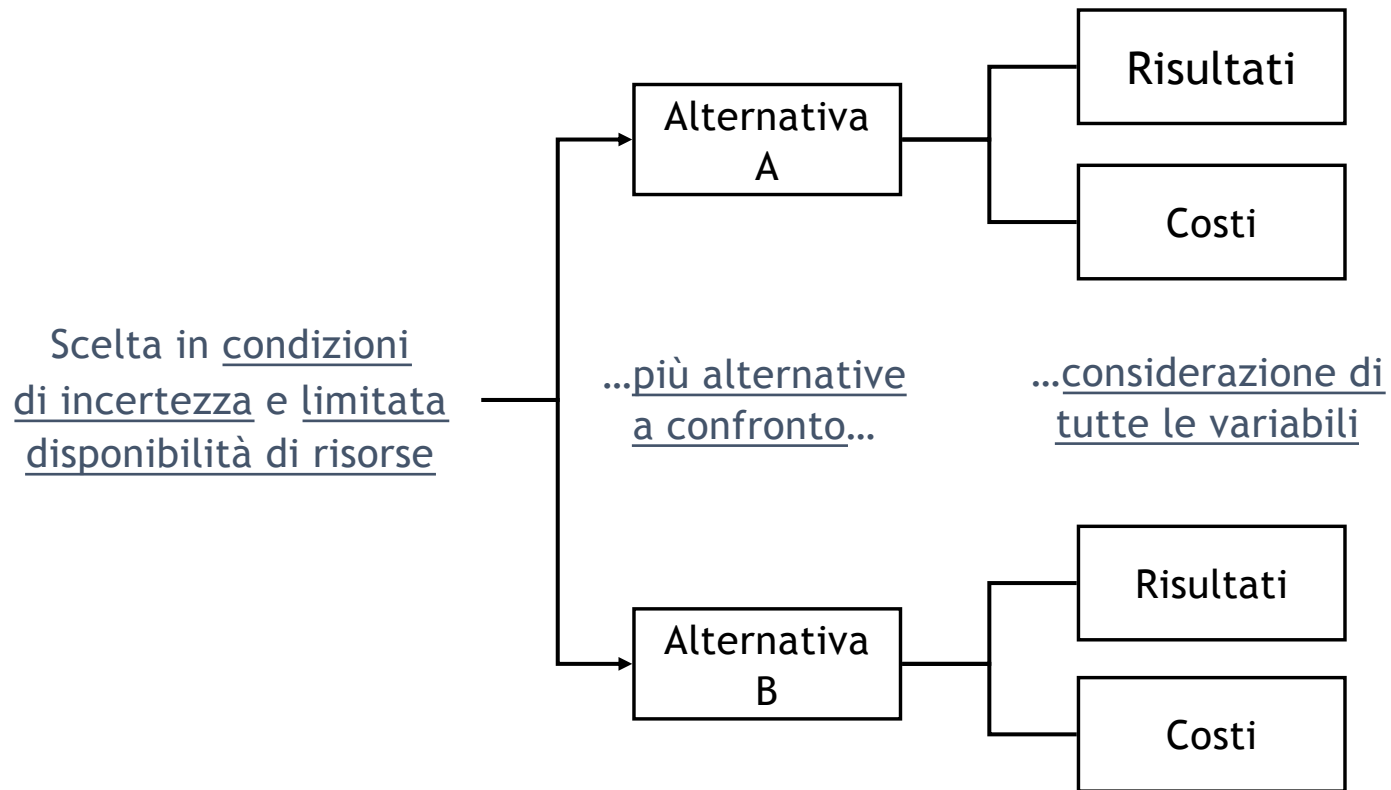
# Trade-off equità ed efficienza



**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	<b>Valutazione parziale</b> (assenza delle variabili e del confronto tra alternative)	<b>Valutazione parziale</b> (presenza delle variabili e assenza del confronto tra alternative)
	Sì	<b>Valutazione parziale</b> (assenza delle variabili e presenza del confronto tra alternative)	<b>Valutazione completa</b> (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 farmacoeconomiche

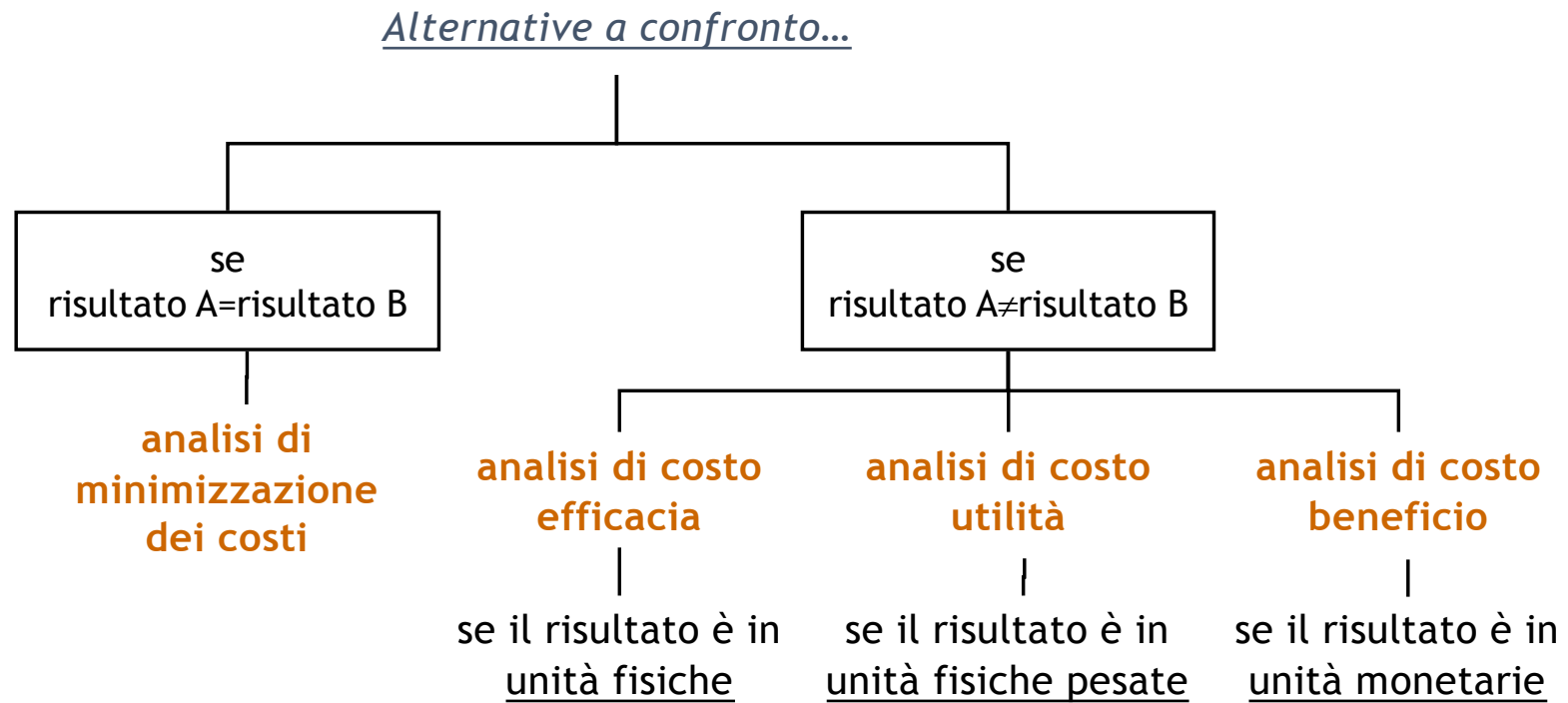
# Analisi farmacoeconomiche

<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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE

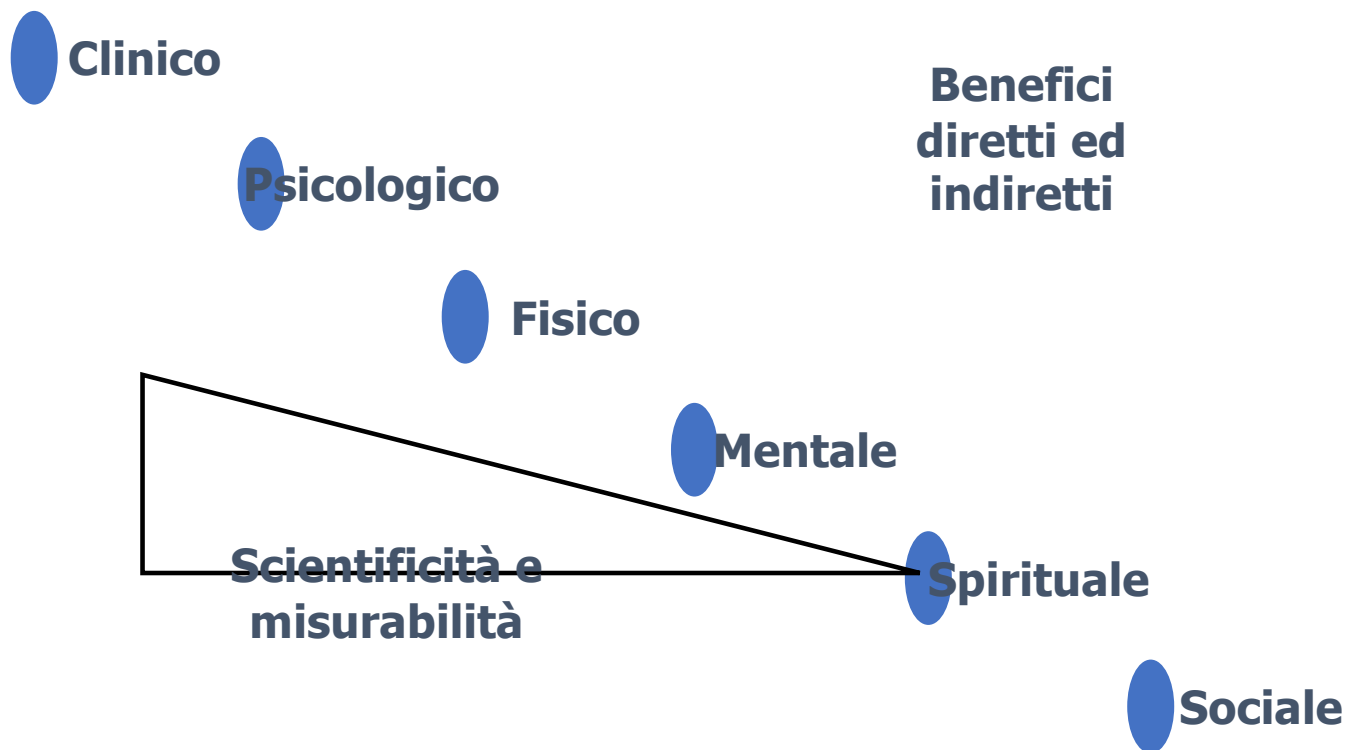
# Selezione dell'analisi



# 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)

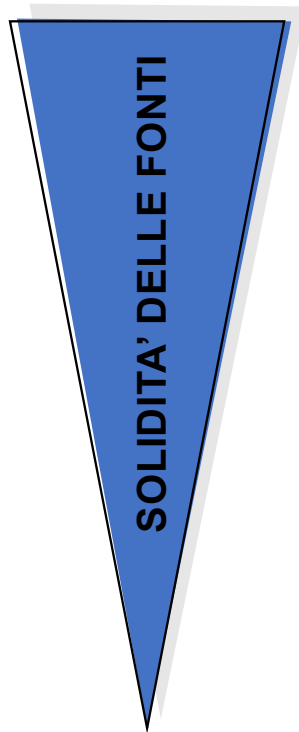
- ✓ miglioramento della qualità di vita
- ✓ prolungamento della vita
- ✓ prevenzione o riduzione dell'incidenza di un'esito patologico

## 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).

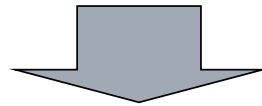
L'efficacia teorica non presuppone l'efficacia pratica (*effectiveness*) in quanto le condizioni con cui è stata sperimentata l'efficacia teorica dell'intervento (necessarie per la “certezza” della relazione causa-effetto) non sono riapplicate o riapplicabili in pratica clinica.

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

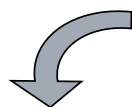
Il costo opportunità è

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.



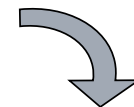
Diretti

Riferibili alla produzione  
della prestazione  
assistenziale



Indiretti

Riferibili al paziente  
in relazione alla  
sua produttività

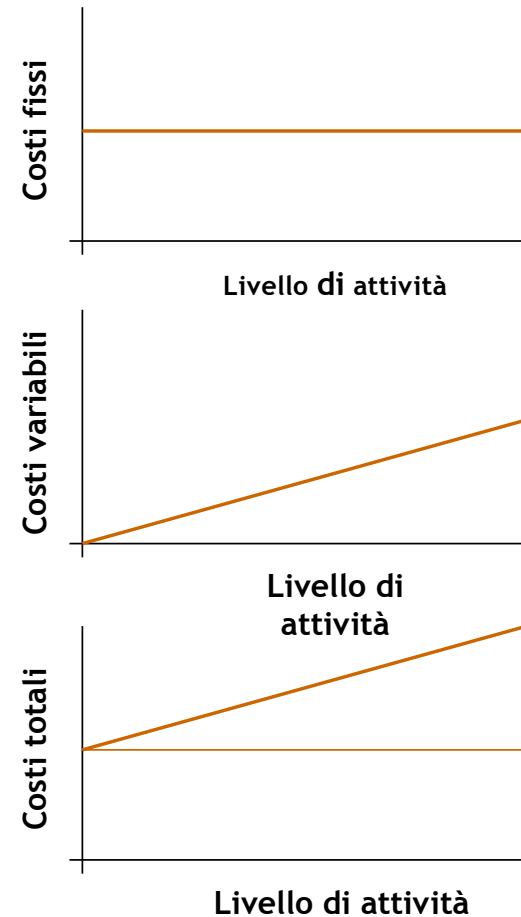


Intangibili

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

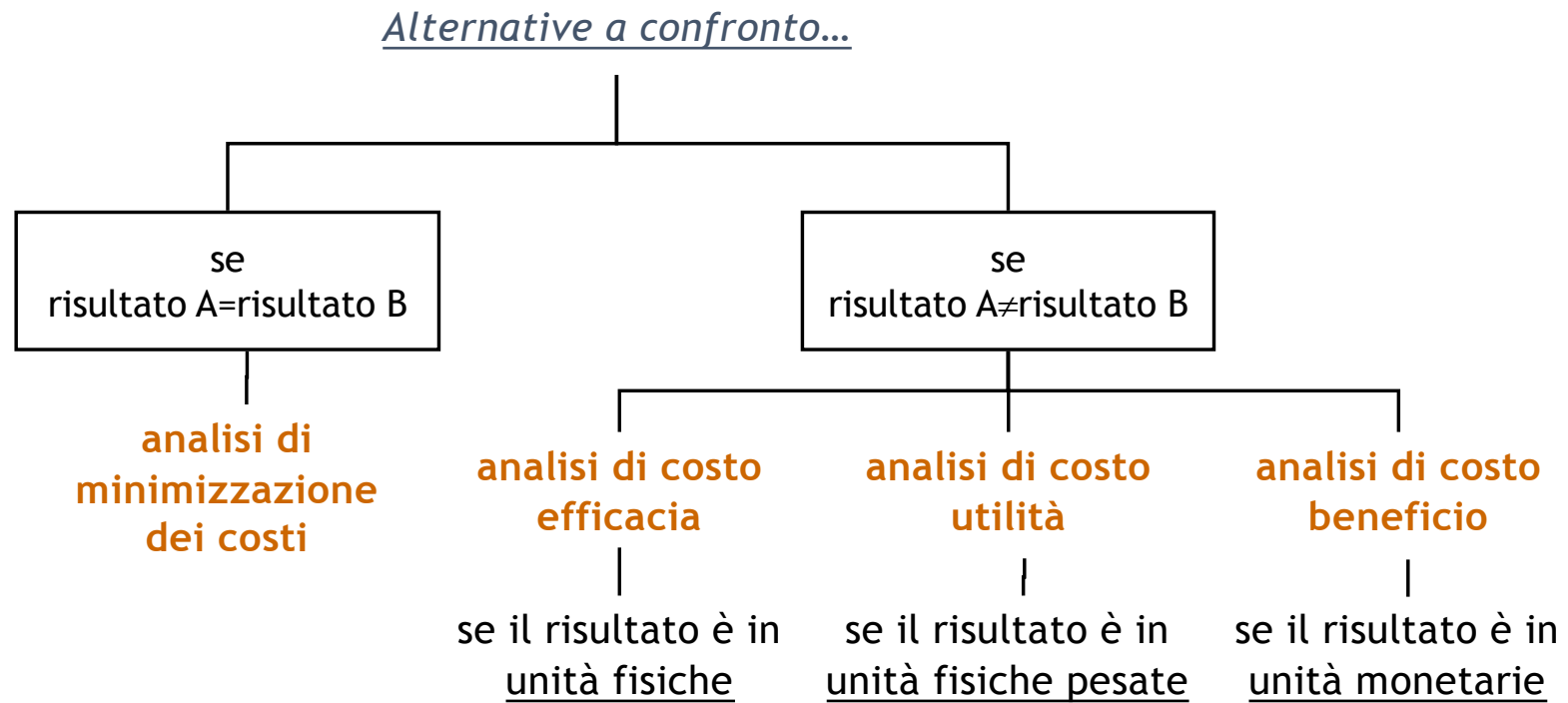
*oppure* **ESCLUDENDO** alcuni costi e/o alcuni risparmi

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

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

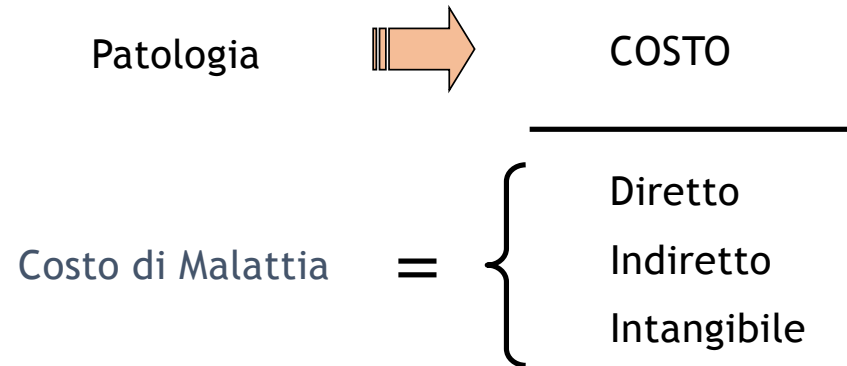
	ASL	Ospedale	Paziente	Società
<b>COSTI DIRETTI SANITARI</b>				
<b>Assistenza MG e SPE</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>ticket</b>	<b>Si</b>
<b>Pronto soccorso</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>Costi di riabilitazione</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>
<b>COSTI DIRETTI NON SANITARI</b>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

# 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)

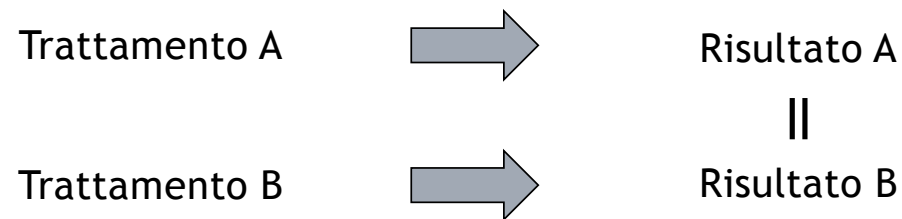
## *Trascura:*

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

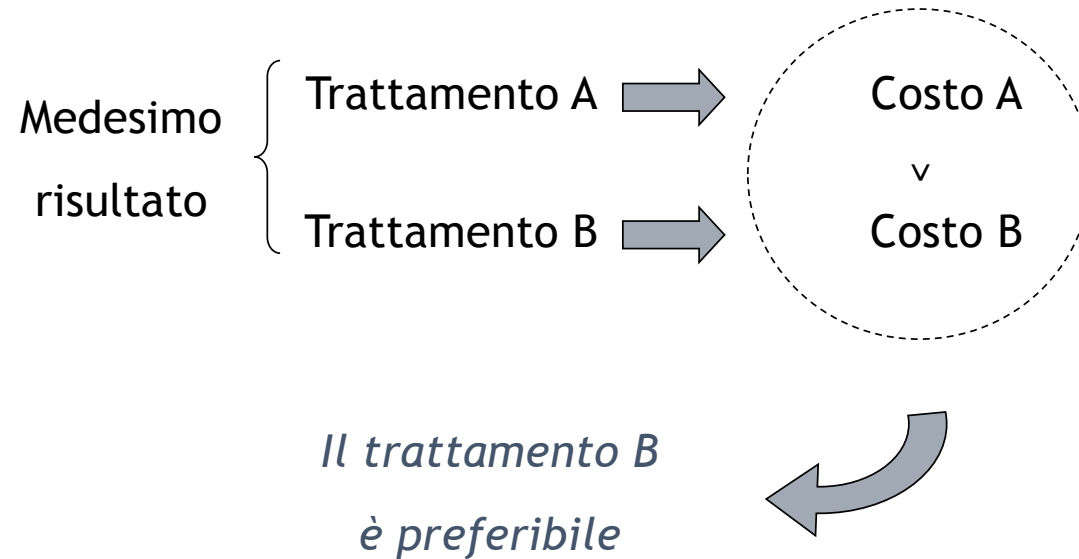
# Analisi di minimizzazione dei costi

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

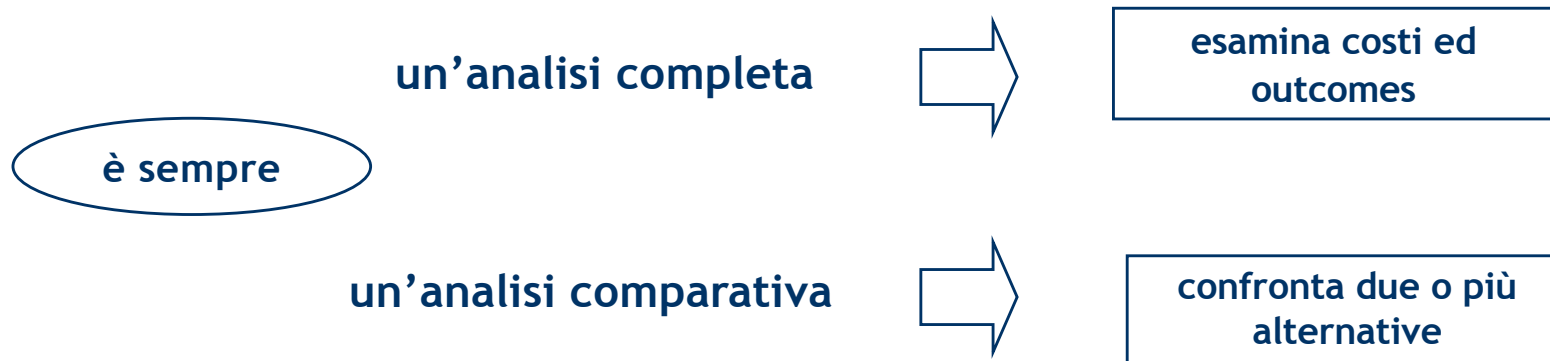
- È una metodologia utile per il confronto tra alternative in grado di produrre risultati identici sotto il profilo clinico ma realizzabili a diversi livelli di successo (in termini quantitativi)

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



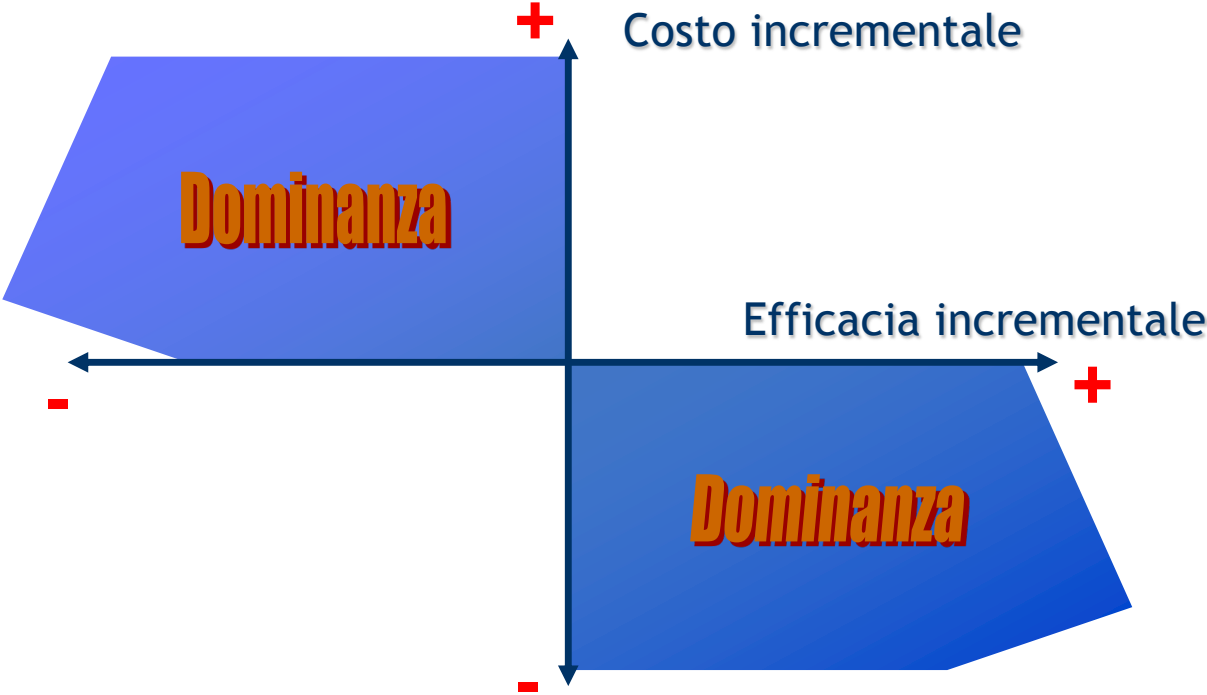
La CEA misura i costi di un trattamento farmacologico in rapporto con l'efficacia terapeutica, espressa in costo/unità di effetto

# 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*

**Efficacia** <sub>Farm. A</sub> > **Efficacia** <sub>Farm. B</sub>  
**Costo** <sub>Farm. A</sub> > **Costo** <sub>Farm. B</sub>

**Efficacia** <sub>Farm. A</sub> < **Efficacia** <sub>Farm. B</sub>  
**Costo** <sub>Farm. A</sub> < **Costo** <sub>Farm. B</sub>

## Definizione di rapporto costo/efficacia incrementale

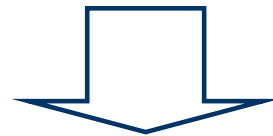
**L'incremento del costo totale necessario  
per ottenere 1 outcome positivo aggiuntivo**

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

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



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



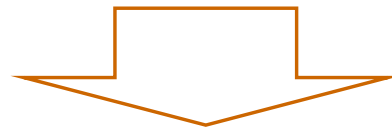
# Differenze tra i rapporti C/E

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

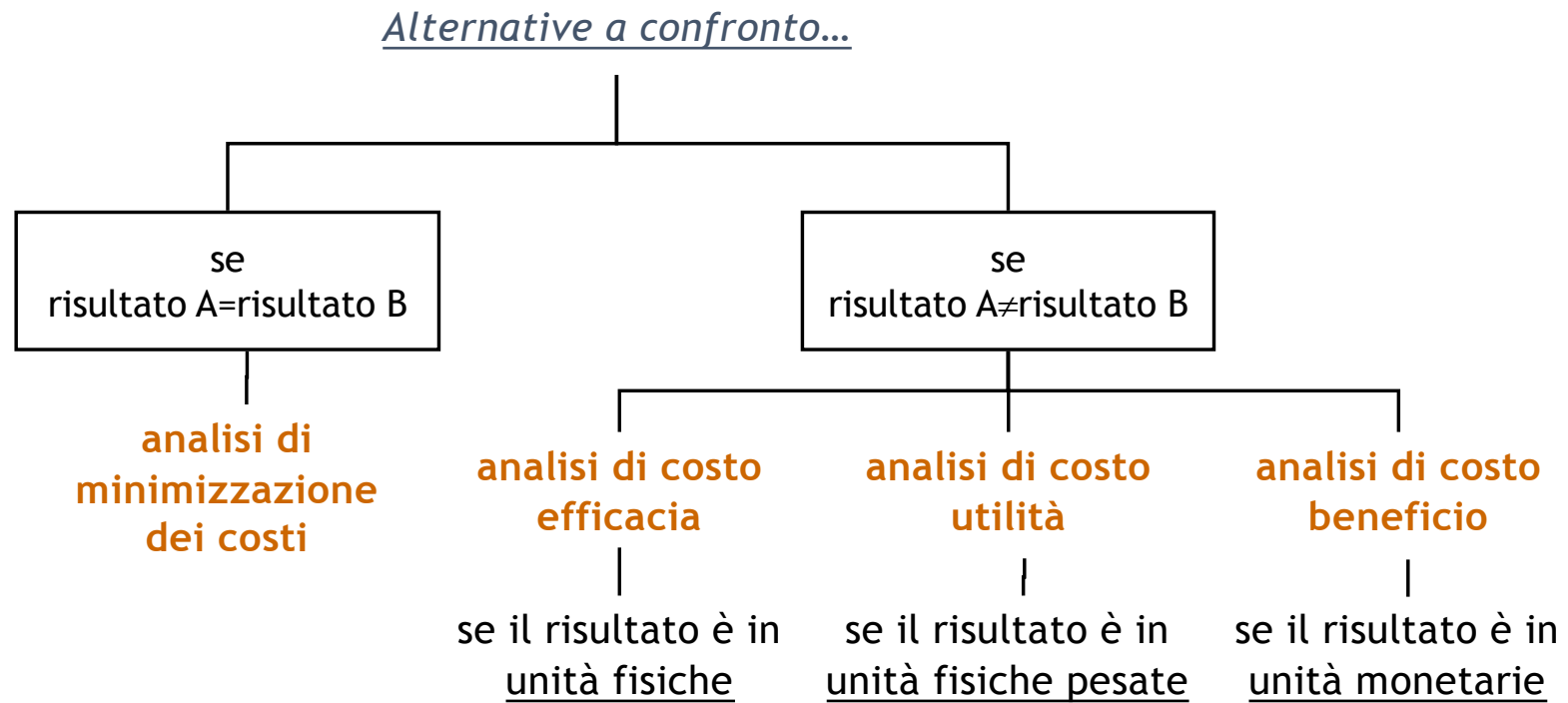
## *Vantaggi:*

- 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)

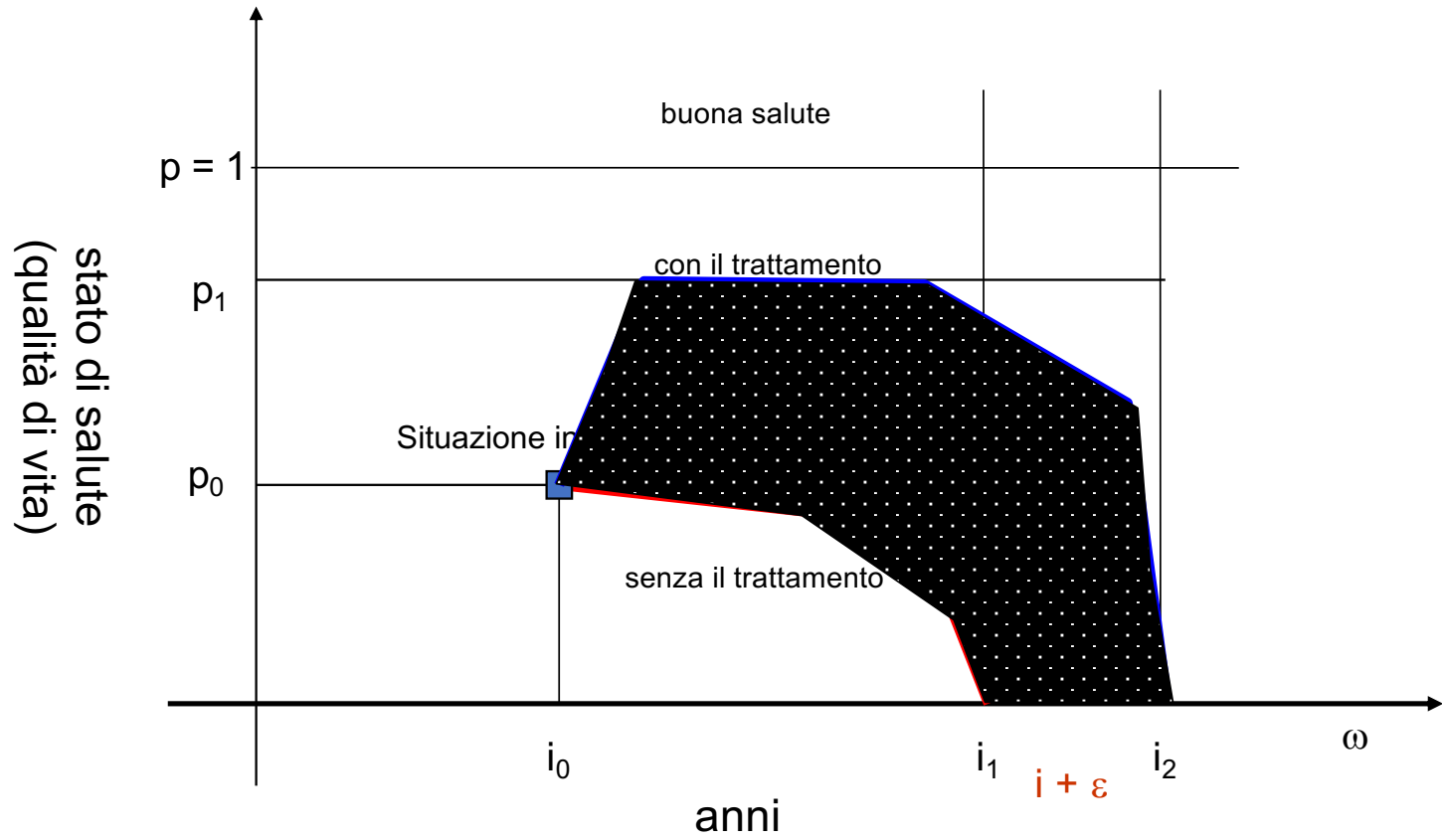
Il **QALY** corrisponde ad un anno di vita guadagnato, moltiplicato per un coefficiente compreso tra 0 ed 1

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:*

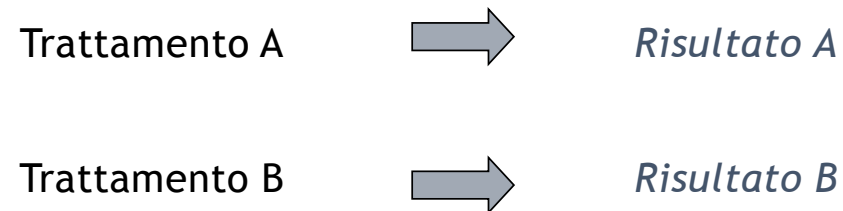
- approfondisce l'analisi Costo Efficacia, completando i risultati con una dimensione qualitativa oltre che quantitativa;
- Appare molto indicata nel confronto di interventi terapeutici che producono effetti indesiderati, riducendo la qualità di vita.

## *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.

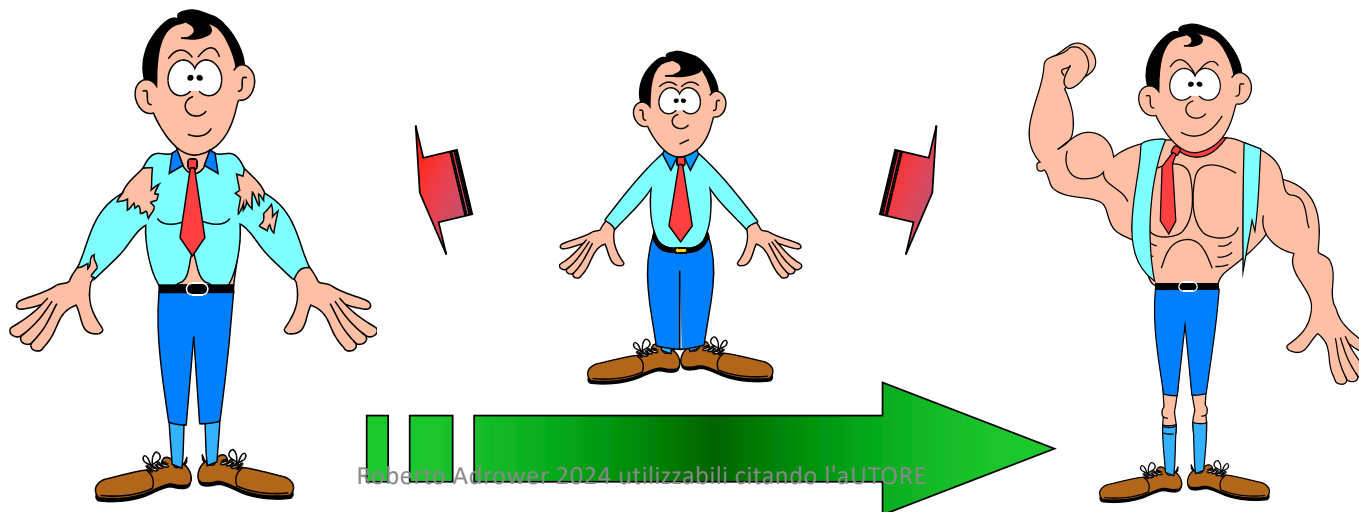
L'efficacia pratica (*effectiveness*) è la capacità terapeutica dimostrata in pratica clinica (condizioni non sperimentali).





# Valutazione Farmacoeconomica

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



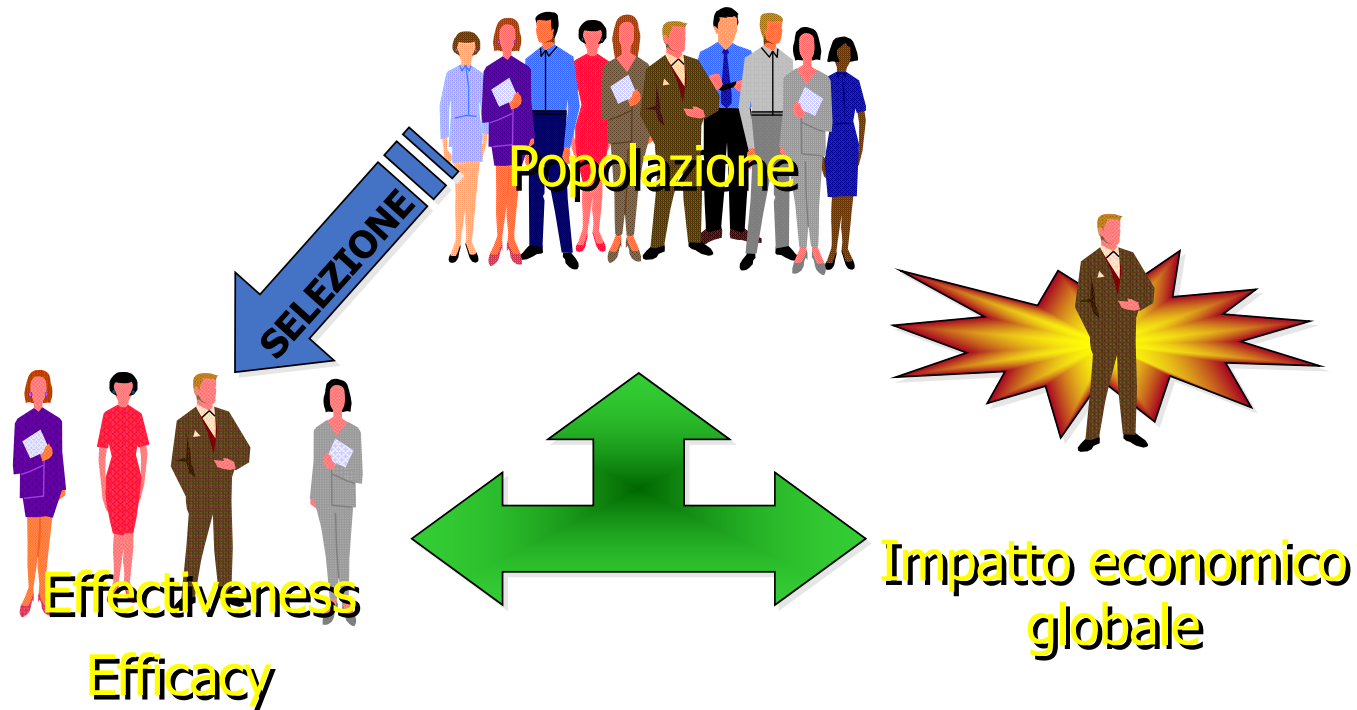
# Dalla Sperimentazione alla Pratica Clinica

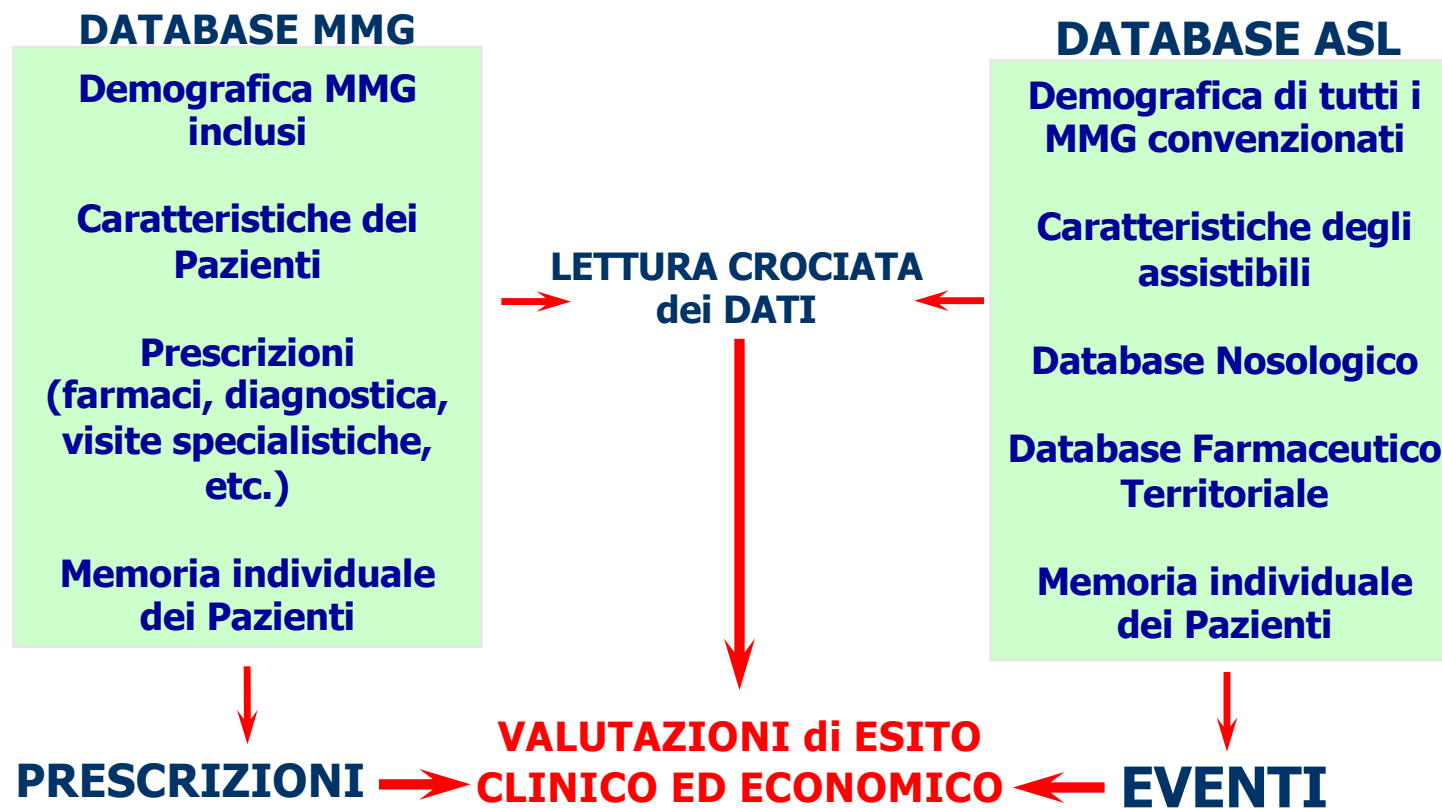
Un trattamento efficace negli RCT è applicabile e produce gli stessi benefici quando viene utilizzato nella pratica clinica?

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)



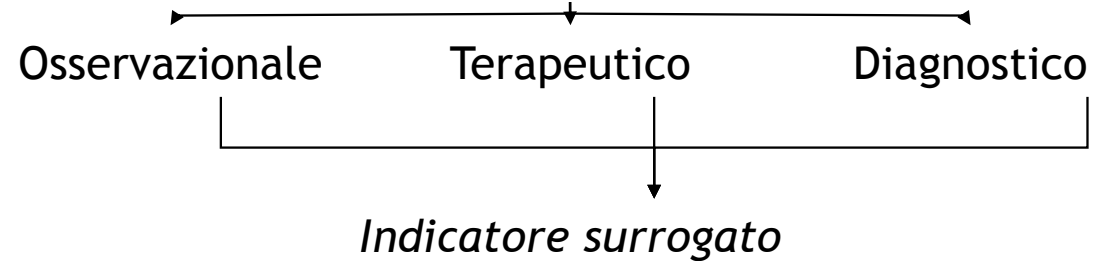


# Struttura dei dati

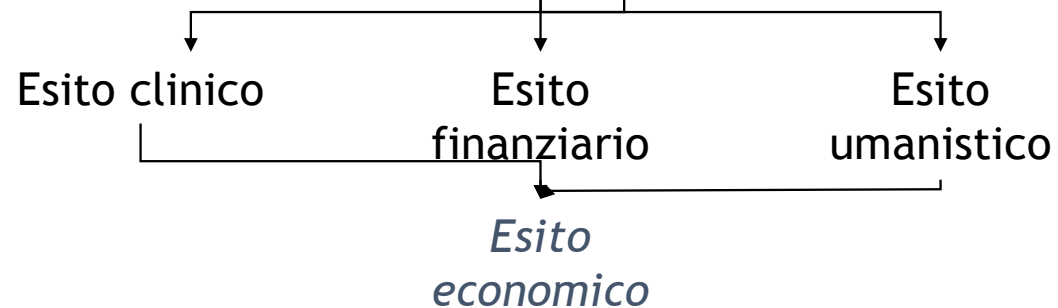
*Struttura del paziente*

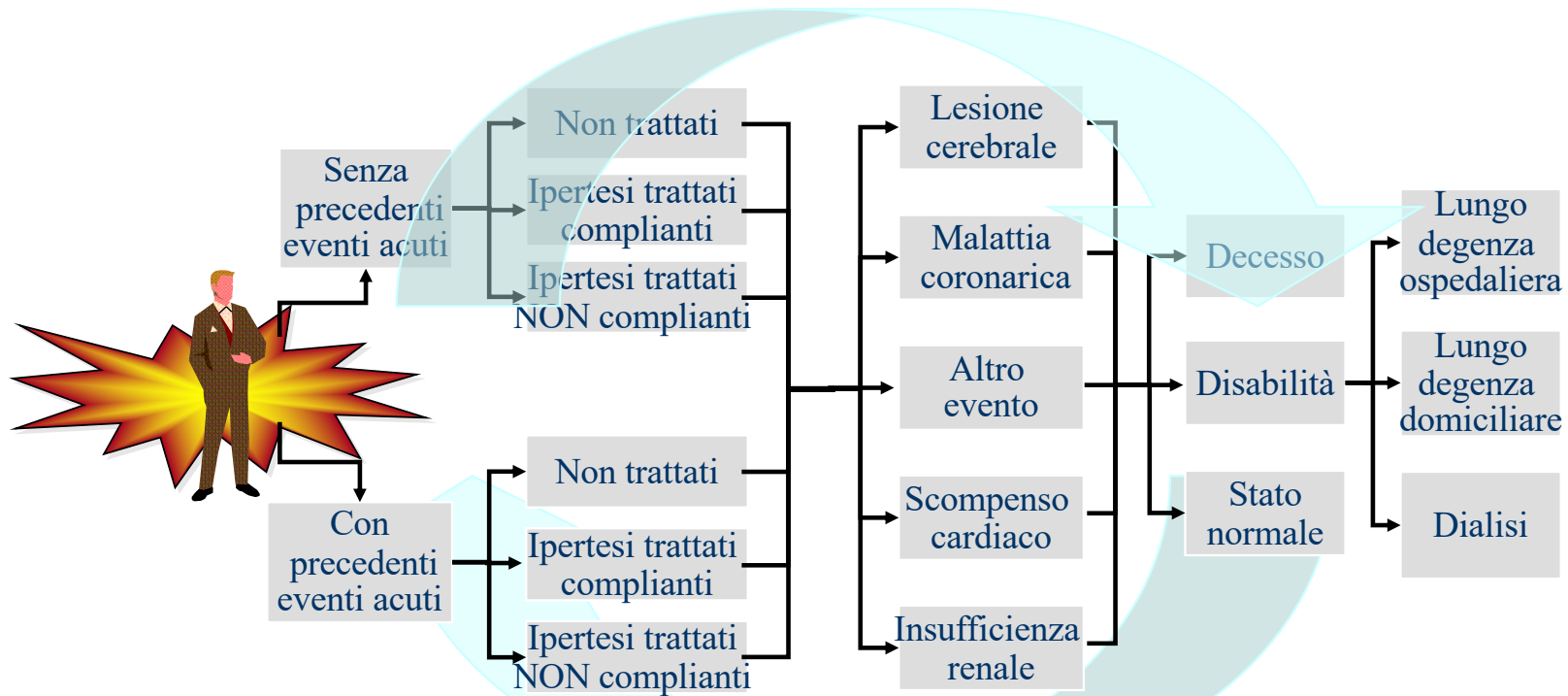
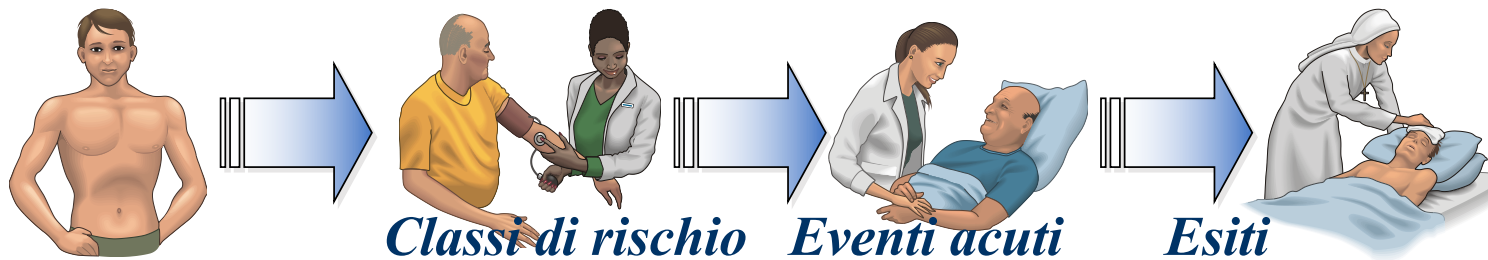


*Processi assistenziali*

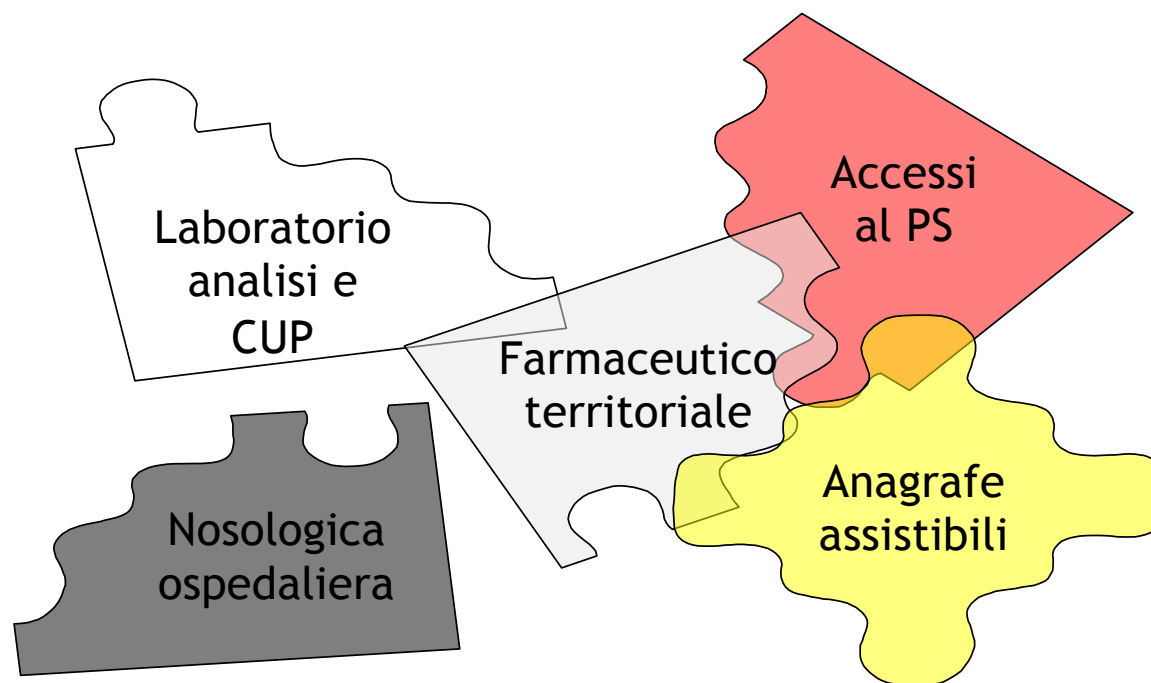


*Esiti conseguiti*





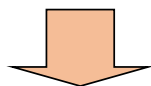
# Archivi amministrativi



# 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**

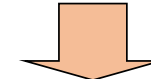
**Costo medio (€)**      **47,3**

**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**

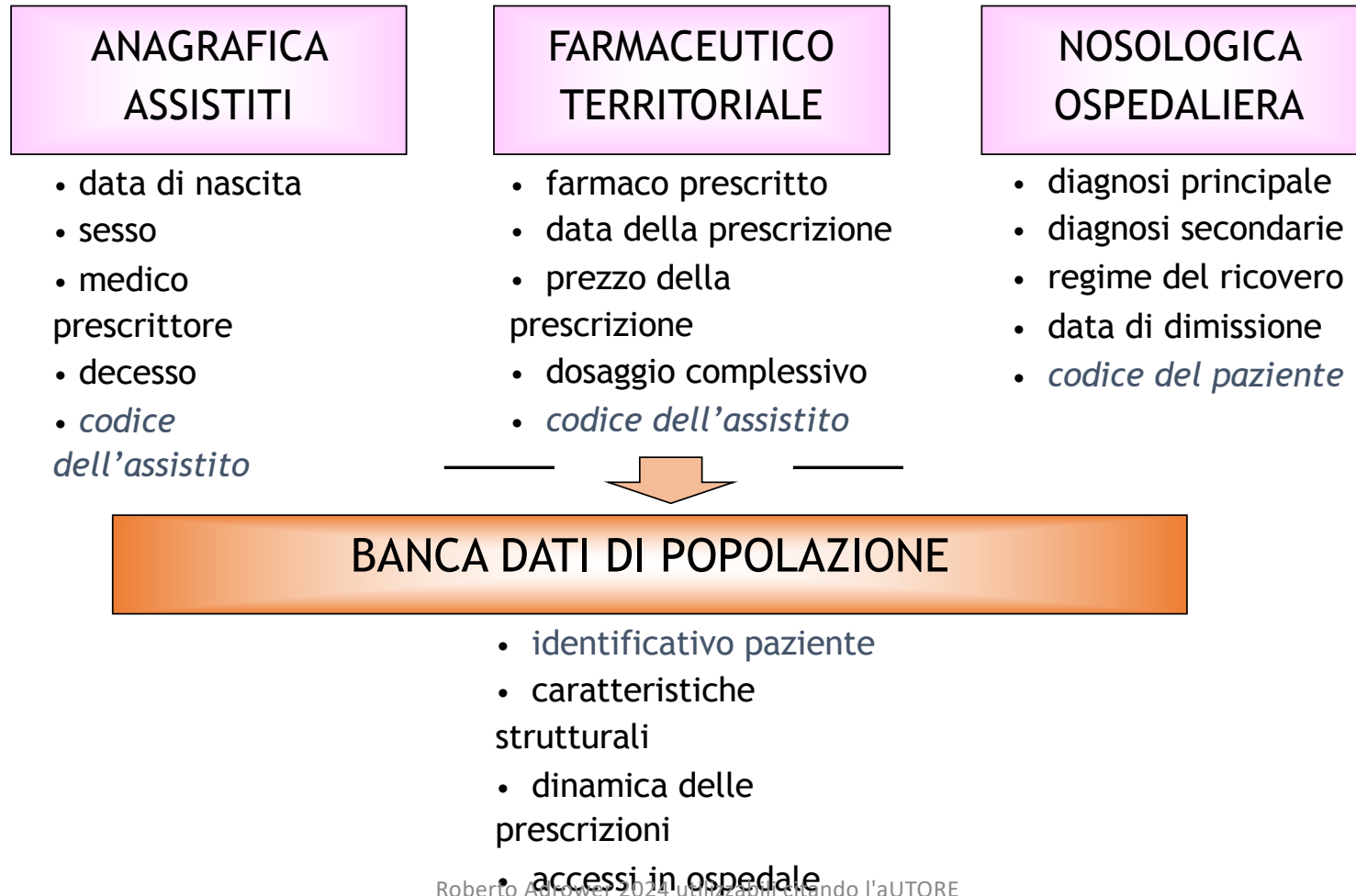
**Costo medio (€)**      **136,3**

**Ricoveri (n.)**      **16.029**

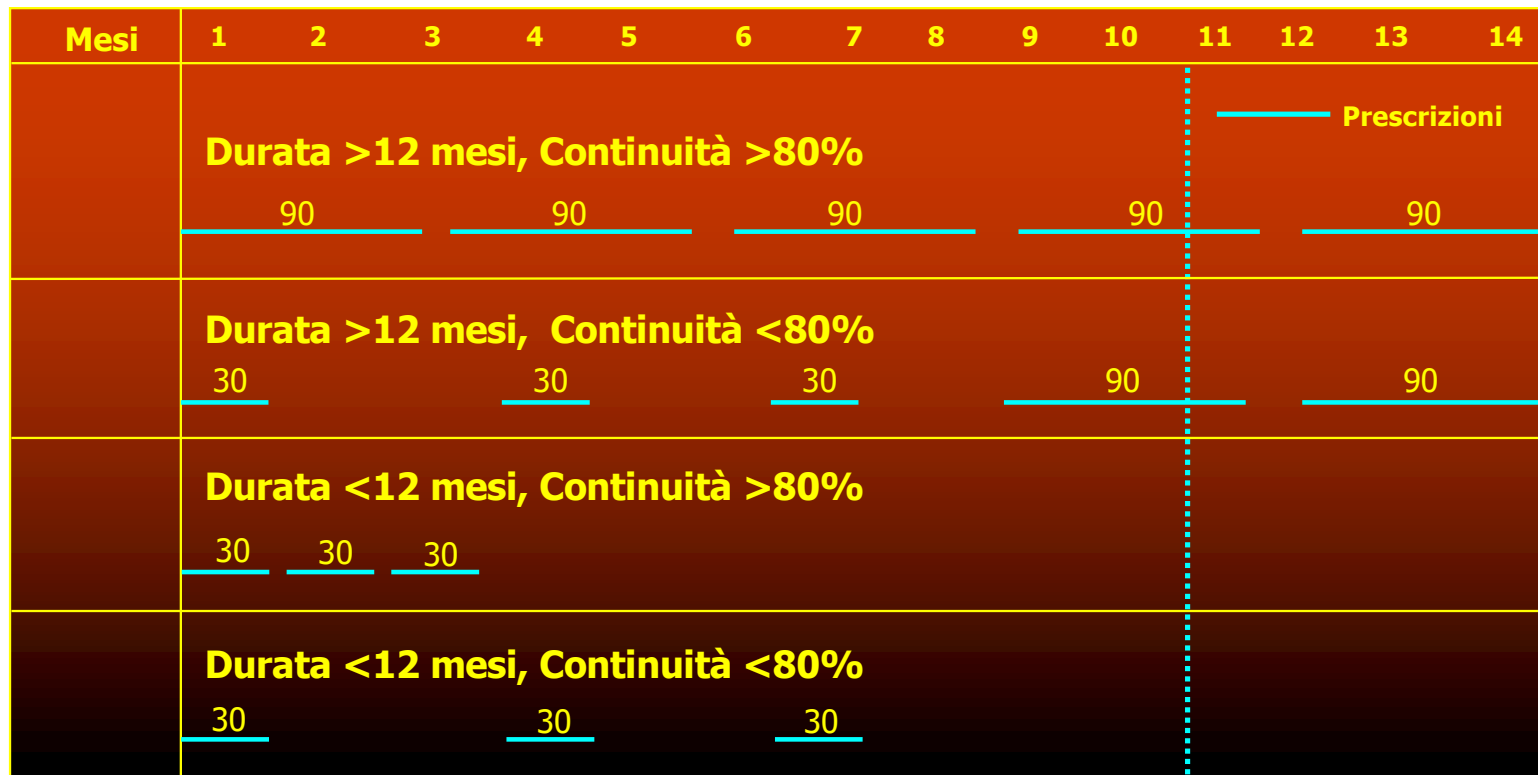
**Costo medio (€)**      **3055,6**



# Banca dati amministrativa



## Aderenza al trattamento = Compliance + Persistenza



## I gruppi ATC di 1° livello a maggiore spesa a livello nazionale: confronto 2022/2021

Gruppo ATC	incidenza su spesa 2022	diff. rispetto spesa 2021	incidenza sul n. confezioni 2022	diff. rispetto confezioni 2021
sistema cardiovascolare	30,28%	+1,20%	39,25%	+0,22%
apparato gastrointestinale e metabolismo	19,71%	+0,93%	19,36%	-3,87%
sistema nervoso	14,46%	-1,36%	10,04%	+1,17%
sistema respiratorio	9,55%	-1,89%	3,56%	+6,00%
antimicrobici generali per uso sistemico	6,60%	+15,82%	6,65%	+18,83%
sangue ed organi emopoietici	4,48%	-2,54%	6,75%	-1,85%
sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	3,38%	+0,47%	3,63%	+0,89%
sistema muscolo-scheletrico	3,24%	+3,74%	3,95%	+3,87%
farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	2,71%	+1,87%	0,66%	+1,07%
preparati ormonali sistemici, escl. ormoni sessuali e insuline	2,39%	+3,59%	4,02%	+6,22%

# Confronto tra PA a maggior spesa e più prescritti

I 10 principi attivi a maggior spesa SSN a livello nazionale

Principio attivo	incidenza su spesa 2022	diff. rispetto spesa 2021
pantoprazolo sodico sesquidrato	2,69%	+2,22%
colecalfiferolo	2,43%	-2,72%
atorvastatina calcio triidrato	2,25%	+2,35%
bisoprololo fumarato	1,68%	+3,51%
amoxicillina triidrato/potassio clavulanato	1,56%	+25,40%
beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato	1,53%	+2,12%
lansoprazolo	1,31%	-5,46%
omeprazolo	1,29%	-3,04%
omega polienoici (esteri etilici di acidi grassi polinsaturi)	1,28%	+3,15%
mesalazina	1,28%	+2,32%

I 10 principi attivi più prescritti a livello nazionale

Principio attivo	incidenza sul n. confezioni 2022	diff. rispetto confezioni 2021
bisoprololo fumarato	3,87%	+4,31%
pantoprazolo sodico sesquidrato	3,48%	+0,78%
acido acetilsalicilico	3,15%	+1,02%
colecalfiferolo	2,83%	-1,17%
ramipril	2,83%	-3,22%
metformina cloridrato	2,76%	-1,77%
atorvastatina calcio triidrato	2,35%	+3,36%
furosemide	1,98%	-2,98%
levotiroxina sodica	1,97%	+5,05%
amlodipina besilato	1,96%	-1,84%

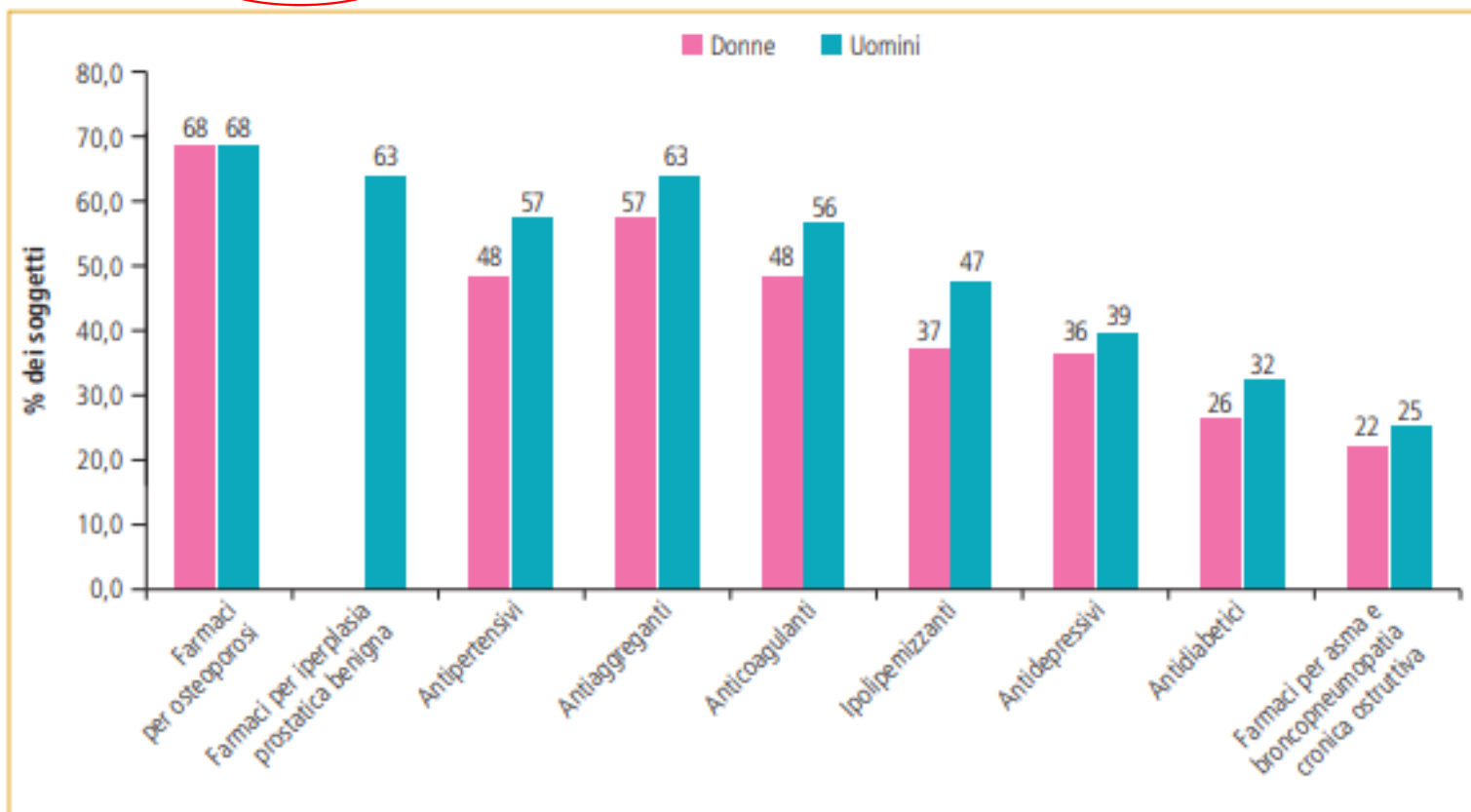
Fonte Federfarma

# Il dato alla base delle conoscenze : un case study dall'analisi della Compliance / adesione terapeutica

Come iniziare un percorso di Health Marketing

## B. Attività, risorse e risultati del Servizio sanitario nazionale

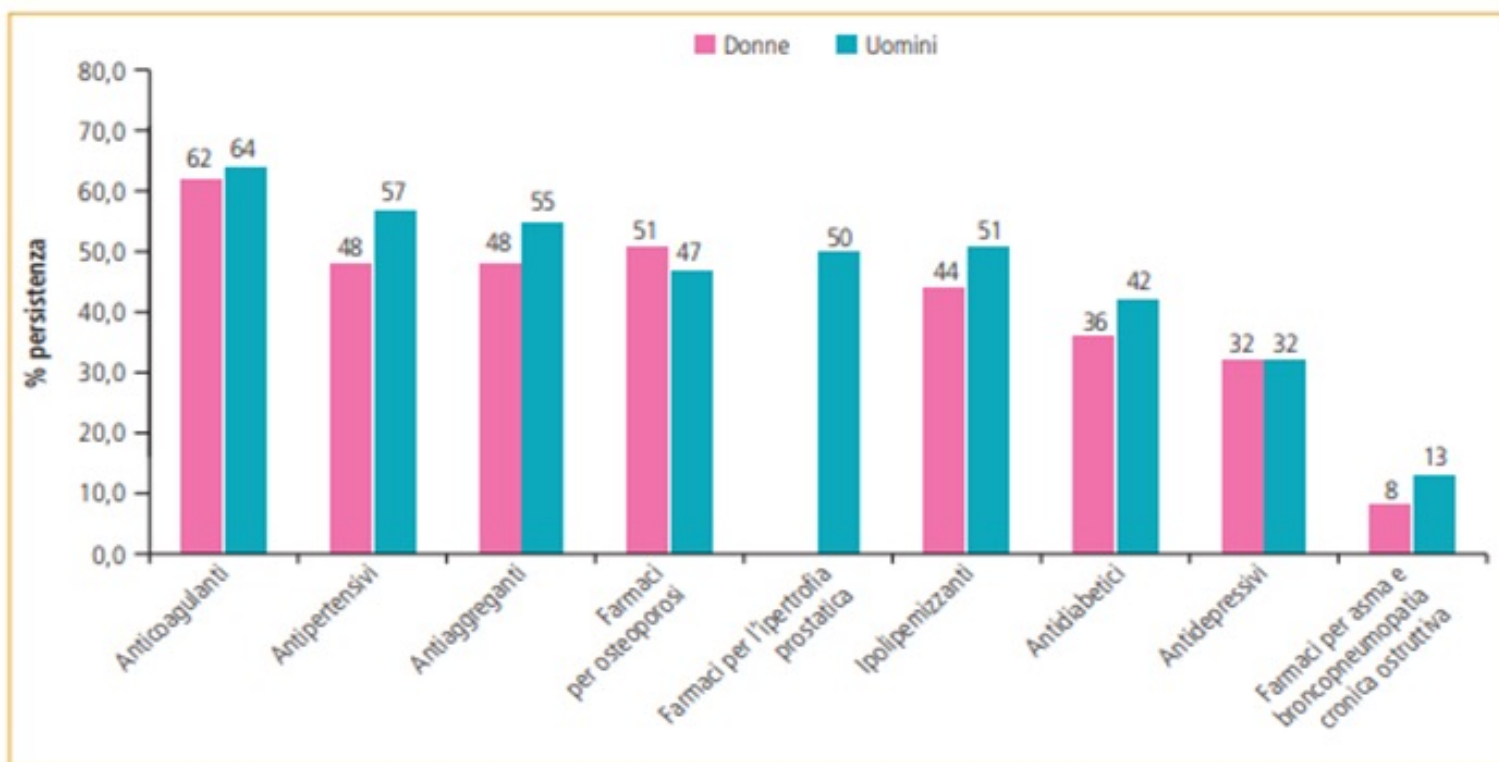
Figura B.1.7. Alta aderenza per ciascuna categoria farmaceutica suddivisa per uomini e donne – Anno 2020.



Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE

## B. Attività, risorse e risultati del Servizio sanitario nazionale

Figura B.1.9 Percentuale di soggetti persistenti a 12 mesi per ciascuna categoria farmaceutica suddivisa per uomini e donne – Anno 2020.



# La Compliance, che cos'è?

## **Concordanza**

**Il medico prescrittore dovrebbe concordare con il paziente le ragioni del trattamento farmacologico, con la sua durata e le modalità di somministrazione**

## **Compliance**

**I pazienti che seguono correttamente tutte le istruzioni riguardanti la terapia, così come indicata dal medico, sono considerati *compliant* con il protocollo di trattamento**

## **Persistenza**

Un paziente potrebbe non essere allineato alla terapia prescrittiva **perché interrompe la somministrazione farmacologica nel tempo.**  
In questo caso parliamo di persistenza.

## **Aderenza**

Un paziente potrebbe non essere allineato alla terapia prescrittiva **perché modifica il dosaggio / posologia della somministrazione farmacologica.**  
In questo caso parliamo di aderenza.

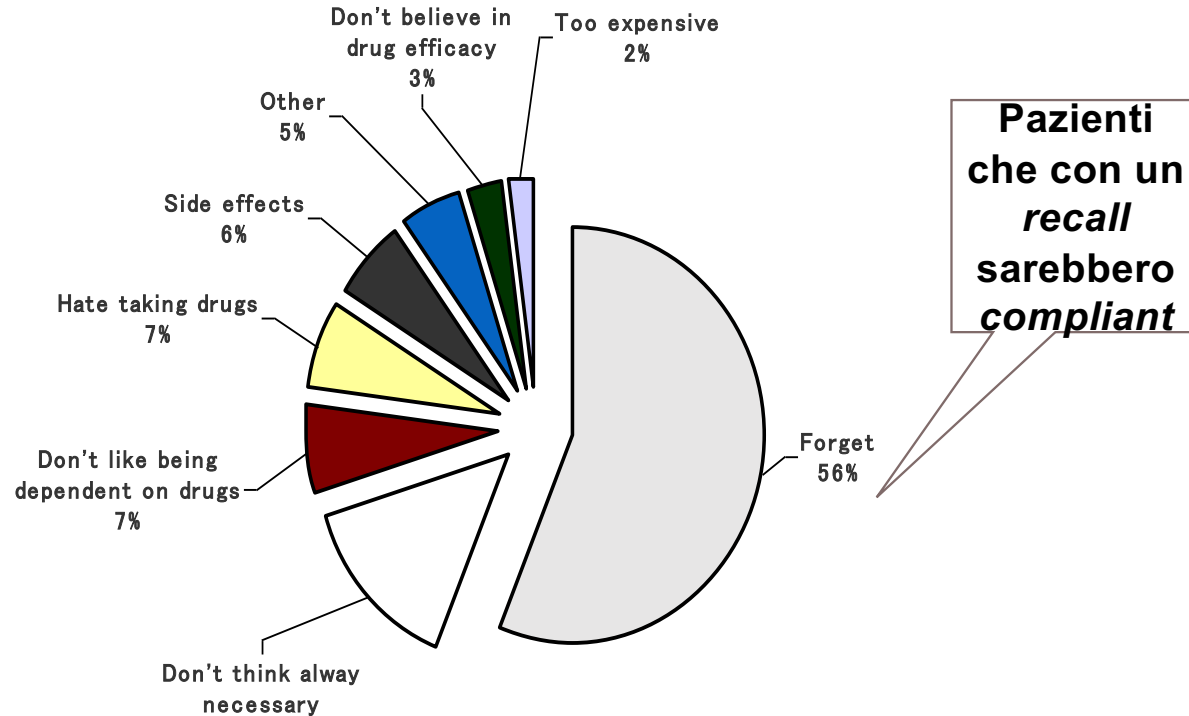
## **Utilizzo/Assunzione**

**Corretto uso dei device (esempio BCPO e ASMA)**

**Nella realtà di tutti i giorni la Non-Compliance è una combinazione di mancata Persistenza , Aderenza, Utilizzo**



## Quali le cause della Non-Compliance?



**La principale causa della mancata aderenza alla terapia del paziente è il “non ricordo” del paziente stesso (56% dei rispondenti)**

Grafico n. -66



Fonte: Cittadinanzattiva – 5° Rapporto Annuale Farmacie 2022 – Survey Cittadini

Grafico n. 67



Fonte: Cittadinanzattiva – 5° Rapporto Annuale Farmacie 2022 – Survey Cittadini

# Spesa farmaceutica in statine

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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE

## 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

**HPS** Health Publishing and Services  
Informazioni e servizi per i professionisti  
Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'autore

**AIME**  
Associazione Italiana Marketing Farmaceutico



Costi sanitari (€) delle Malattie CV in Italia	
Costi Diretti	11,6 Mild
Costi Indiretti	5,4 Mild
<b>Totale Costi</b>	<b>17,0 Mild</b>

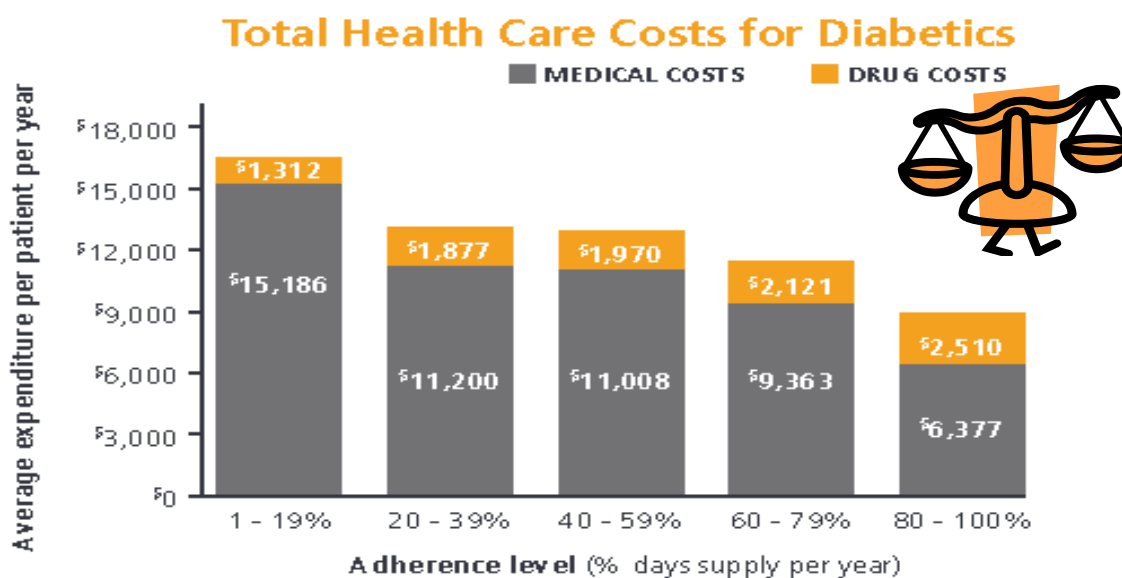


Spesa Farmaceutica per prodotti Cardiovascolari 2012	
€	
Convezionata al lordo del pay back	3,15 Mild
Non convenzionata a carico del paziente	0,5 Mild
<b>Totale spesa farmaceutica</b>	<b>3,65 Mild</b>



- J. Luego Eur Heart 2006
  - \*\* Federfarma 2012
  - \*\*\* IMS 2012
  - Elaborazione Bee BIP R. Antonioli et al. 2014
- Per il 2024 utilizzabili citando l'autore

# 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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE



# I pazienti in Farmacia (medi)

## Analisi sui Pazienti Ipertesi

OGGI

30 ANNI

<b>Ipertesi potenziali</b>	<b><u>917</u></b>	<b><u>1050</u></b>
<b>realmente controllati</b>	<b><u>275</u></b>	<b>?</b>
<b>Mancano all'appello</b>	<b><u>642</u></b>	<b>?</b>

**dati SIIA 2011 rielaborati da R. Adrower**

<b>Ipertesi non trattati</b>	<b>+diabete</b>	<b>+dislipidemia</b>	<b>+aritmia</b>	<b>+altre CV</b>
<b>642</b>	<b>109</b>	<b>95</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

World of DTC Marketing.com

WHO IS GOOD FOR PATIENTS IS GOOD FOR HEALTH CARE BUSINESS



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 11/04/24

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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE



# 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 : Adrower R , Sotis GL, Volpe R

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'Autore

# 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

Source : studio Sesto San Giovanni in press : Adrower R , Sotis GL, Volpe R

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'AUTORE

# 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

Source : studio Sesto San Giovanni in press : Adrower R , Sotis GL, Volpe R

Roberto Adrower 2024, utilizzabili citando l'AUTORE

# MMG e Farmacie stesso target pazienti



## Targeting Adherence



1 MMG ogni  
1265 Pazienti

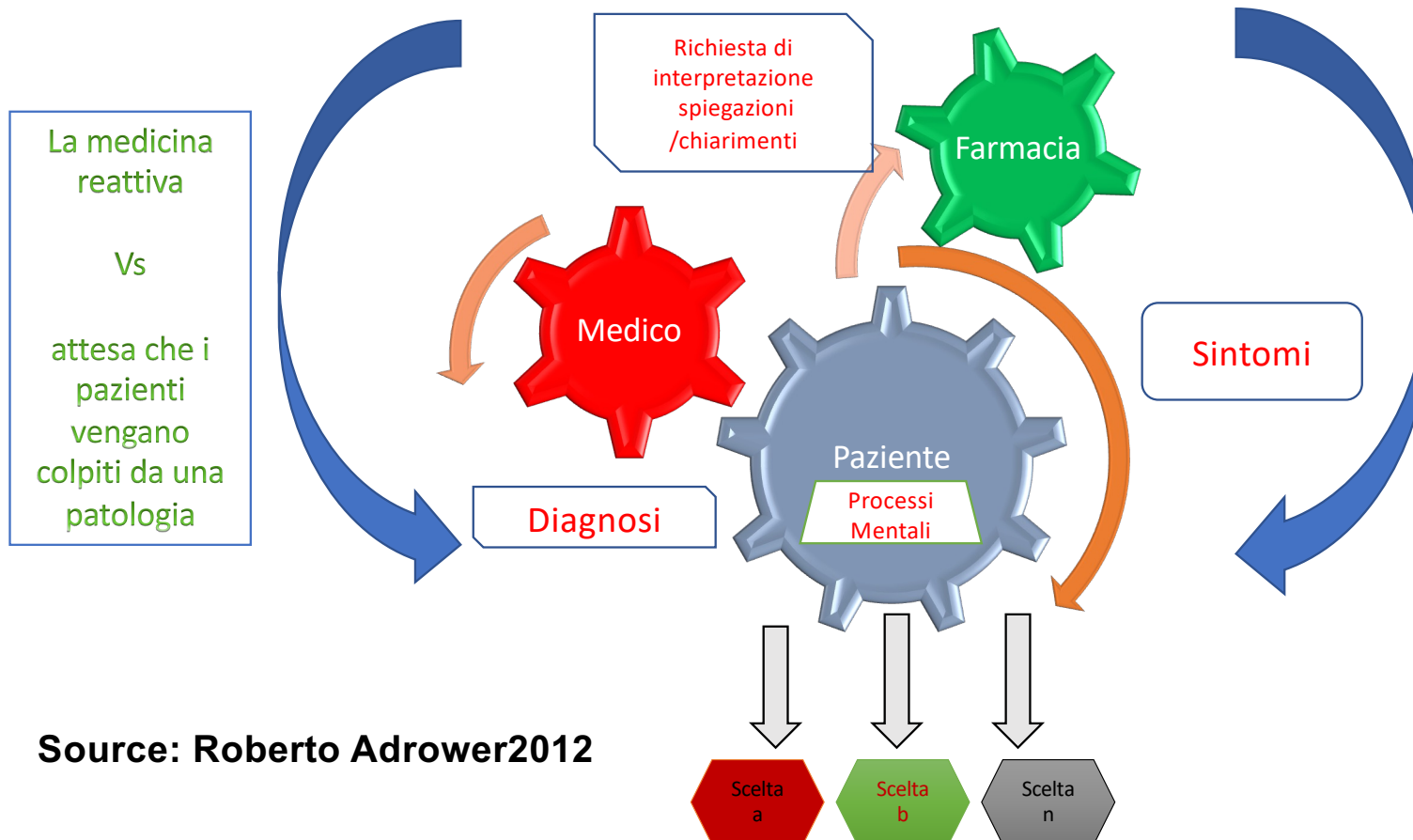
1 Farmacista  
Ogni 965 pazienti



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

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE

# IL Farmacista in sintonia tra Medico e Paziente



Source: Roberto Adrower2012

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE



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 2014 - Quartiere Fieristico 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 Corbi, Segretario Regionale, FIMMG Lombardia

Manlio Grandino, Componente Consiglio di Presidenza, Federfarma

Gianluca Sotgiu, 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



Associazione Italiana Marketing Farmaceutico

Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'aUTORE

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

**HPS** Health Publishing and Services  
Informazioni e servizi per i professionisti  
Roberto Adrower 2024 utilizzabili citando l'autore

**AIME**  
Associazione Italiana Marketing Farmaceutico