2

XXXVI Congresso Nazionale SIFO
Catania, 24 ottobre 2015

Farmaci anti-HCV e sostenibilità per il SSN: il punto di vista dell'economista

Luca Degli Esposti, Econ D, PhD
CliCon S.r.l. Health, Economics & Outcomes Research

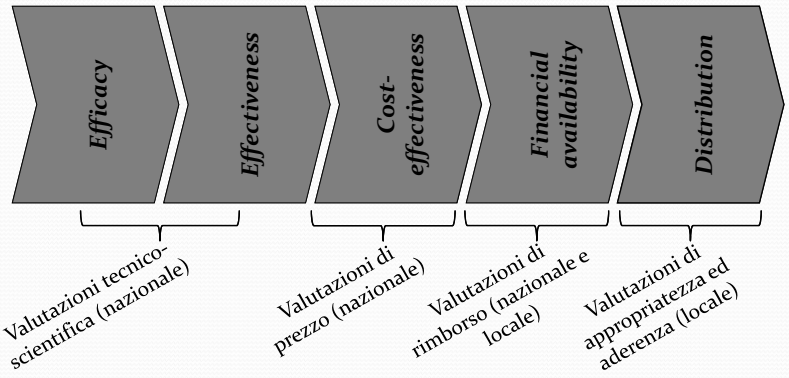
La definizione di valutazione farmacoeconomica tra risorse finite, impieghi alternativi e criterio di scelta

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 è lo studio dell' efficienza in ambito farmacologico ed attiene alla misurazione e valutazione dei costi e dei benefici.

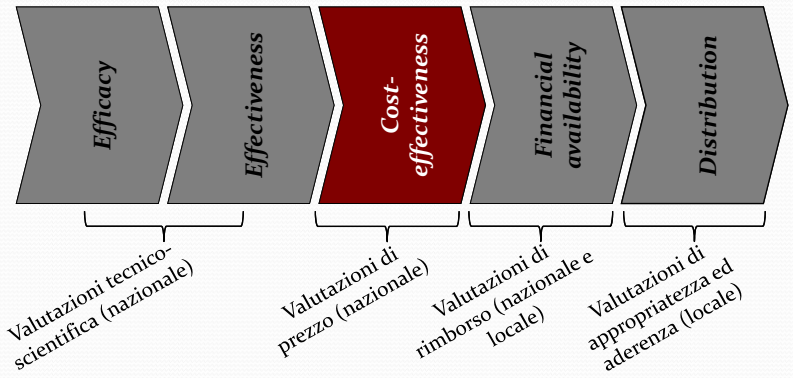
Modificato da: Drummond MF et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2000.

Le fasi del processo *Health Technology Assessment* per l'introduzione e la valutazione di una tecnologia sanitaria



Fonte: *Detsky A.S. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 1990; 113: 147-54.*

Le fasi del processo *Health Technology Assessment* per l'introduzione e la valutazione di una tecnologia sanitaria



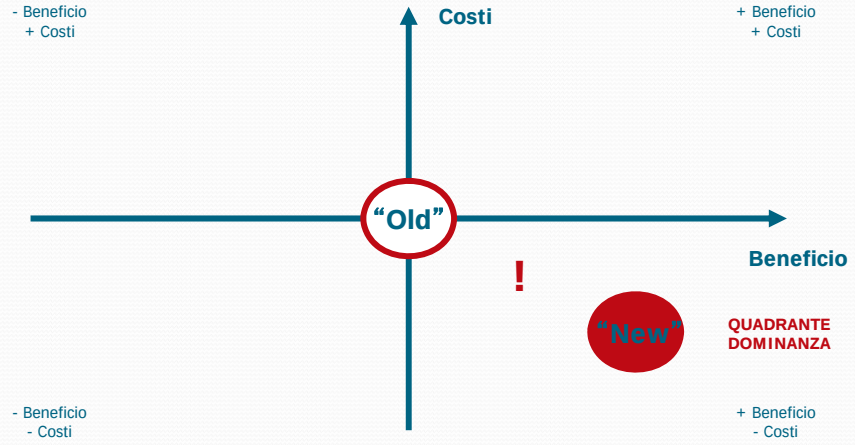
Fonte: *Detsky A.S. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 1990; 113: 147-54.*

Qual è il contributo dell'economia nella fase di programmazione?

Le decisioni di accettabilità (prezzo)

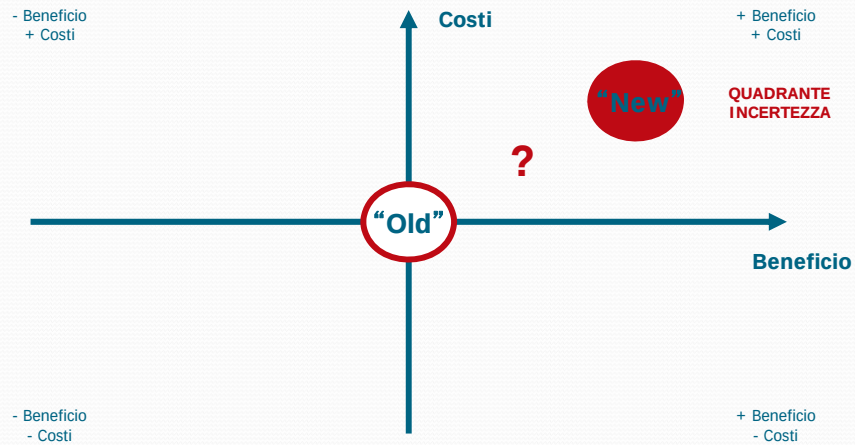
7

Le situazioni di "dominanza": benefici superiori a costi inferiori



8

Le situazioni di "incertezza": benefici superiori e costi superiori



9

Il rapporto costo beneficio incrementale nelle valutazioni farmacoeconomiche

	Costo del trattamento (Euro)	Efficacia del trattamento (attesa di vita)	Utilità del trattamento (qualità di vita)	Utilità del trattamento (QALY)	Beneficio del trattamento (Euro)
Alternativa "Old"	2.000	1,5	0,20	0,3	400
Alternativa "New"	20.000	4,5	0,80	3,6	4.000

$$ICER = \frac{C\ \text{"New"} - C\ \text{"Old"}}{B\ \text{"New"} - B\ \text{"Old"}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = € 5,455 \text{ per QALY guadagnato}$$

10

Il rapporto costo beneficio incrementale e le soglie di accettabilità (del costo rispetto al beneficio)

$$ICER = \frac{C\ \text{"New"} - C\ \text{"Old"}}{B\ \text{"New"} - B\ \text{"Old"}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = € 5,455 \text{ per QALY guadagnato}$$

	Costo-efficacia elevata (*accettabile*)	Costo-efficacia intermedia (*da valutare*)	Costo-efficacia bassa (*non accettabile*)
NICE	<30,000 £	30,000-60,000 £	>60,000 £
OMS	<1 xPIL procapite	1-3 xPIL procapite	> 3 xPIL procapite

Il criterio decisionale nel rapporto tra il costo incrementale ed il beneficio incrementale

$$ICER = \frac{C\ \text{“New”} - C\ \text{“Old”}}{B\ \text{“New”} - B\ \text{“Old”}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ 5,455 per QALY guadagnato}$$

$$= \frac{(18.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ 4,848 per QALY guadagnato}$$

Il rapporto costo-efficacia incrementale di alcuni interventi su differenti aree terapeutiche

	2003
Intervention	**Cost per QALY gained (£)**
GP advice to give up smoking	500
Pacemaker implant	1,500
Hip replacement	2,000
Colorectal cancer screening	2,500
Sildenafil	4,000
Heart transplantation	10,000
Hospital haemodialysis	25,000
Surgery for intracranial tumours	*150,000*
Interferon for multiple sclerosis	*800,000*

13

Sofosbuvir for treating chronic hepatitis C. Issued: February 2015 NICE technology appraisal guidance 330. guidance.nice.org.uk/ta330

For people with genotype 1 treatment-naive HCV for whom interferon therapy was suitable, the company's base-case analysis showed that the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) for sofosbuvir plus peginterferon alfa and ribavirin treatment for 12 weeks compared with peginterferon alfa and ribavirin treatment for 48 weeks was £14,930 per QALY gained (incremental cost £19,129; incremental QALYs 1.3). Boceprevir plus peginterferon alfa and

In people with genotype 2 treatment-naive HCV for whom interferon therapy was suitable, the company's base-case ICER for sofosbuvir plus ribavirin treatment for 12 weeks compared with peginterferon alfa and ribavirin treatment for 24 weeks was £46,324 per QALY gained (incremental cost £27,779; incremental QALYs 0.6). In people with genotype 2 treatment-naive

In people with genotype 3 treatment-naive HCV for whom interferon therapy was suitable, the company's base-case ICER for sofosbuvir plus peginterferon alfa and ribavirin treatment for 12 weeks compared with peginterferon alfa and ribavirin treatment for 24 weeks was £20,613 per QALY gained (incremental

In people with genotype 4, 5 or 6 treatment-naive HCV for whom interferon therapy was suitable, the company's original base-case ICER for sofosbuvir plus peginterferon alfa and ribavirin treatment for 12 weeks compared with peginterferon alfa and ribavirin treatment for 48 weeks was £26,797 per QALY gained (incremental cost £23,942; incremental QALYs 0.9). In sensitivity

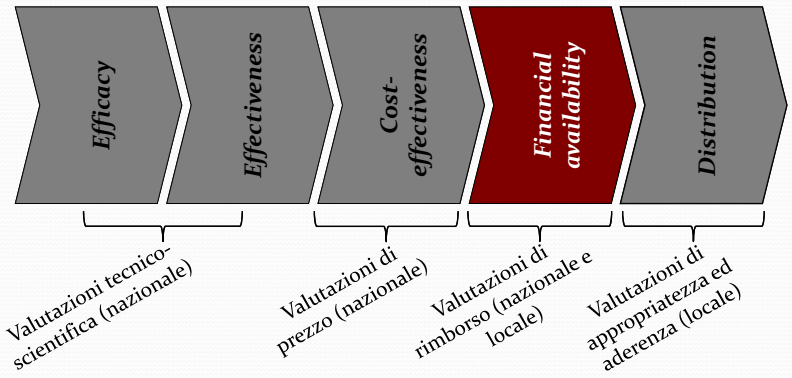
14

Simeprevir in combination with peginterferon alfa and ribavirin for treating genotypes 1 and 4 chronic hepatitis C. Issued: February 2015 NICE technology appraisal guidance 331. guidance.nice.org.uk/ta331

In people with genotype 1 HCV who never had previous treatment, simeprevir plus peginterferon alfa and ribavirin dominated (that is, was less expensive and more effective than) both telaprevir and boceprevir (both given with peginterferon alfa and ribavirin), and the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) compared with peginterferon alfa and ribavirin was £14,206 per quality-adjusted life year (QALY) gained. The ICERs were most sensitive to

The company's results for its base-case analysis for people with genotype 4 HCV for simeprevir plus peginterferon alfa and ribavirin compared with peginterferon alfa and ribavirin alone resulted in an ICER of £11,662 per QALY gained for people who never had previous treatment and £8896 per QALY gained for people who had previous treatment. The ICERs for people who

Le fasi del processo *Health Technology Assessment* per l'introduzione e la valutazione di una tecnologia sanitaria



Fonte: *Detsky A.S. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 1990; 113: 147-54.*

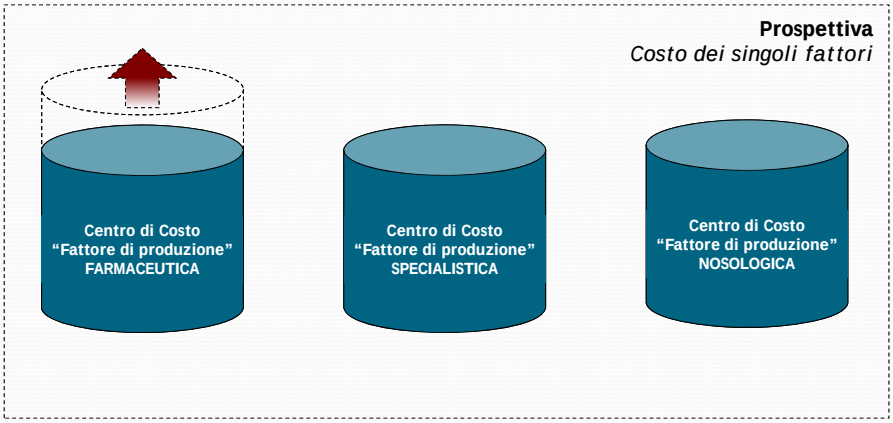
Qual è il contributo dell'economia nella fase di programmazione?

Le decisioni di rimborsabilità

The cost of treatment failure: resource use and costs incurred by hepatitis C virus genotype 1–infected patients who do or do not achieve sustained virological response to therapy (Backx et al)

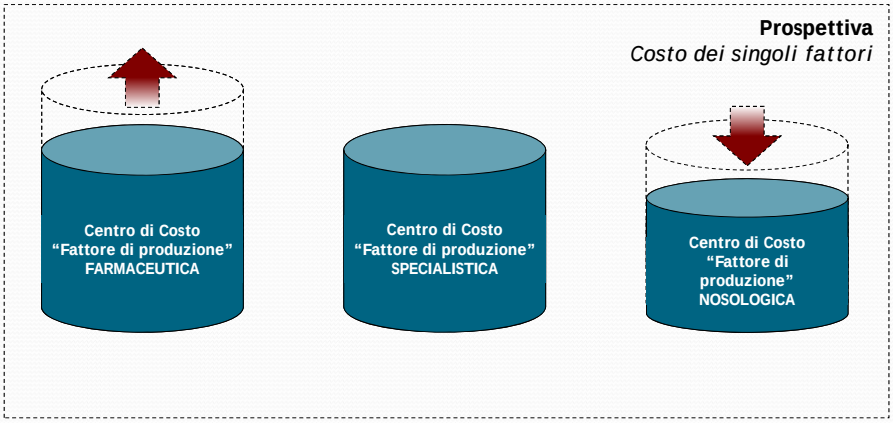
	Outcome	Retreatment	Outpatient costs	Inpatient costs	Drug costs	Total costs
Chronic hepatitis	SVR		£187	£3	£0	£190
	Non-SVR	No	£2315	£215	£0	£2530
	Non-SVR	Yes	£3920	£110	£6692	£10722
Cirrhosis	SVR		£2700	£80	£0	£2780
	Non-SVR	No	£2984	£399	£0	£3383
	Non-SVR	Yes	£7285	£340	£9892	£17517

La prospettiva per "Costo dei fattori di produzione" e la prospettiva per "Costo di malattia"



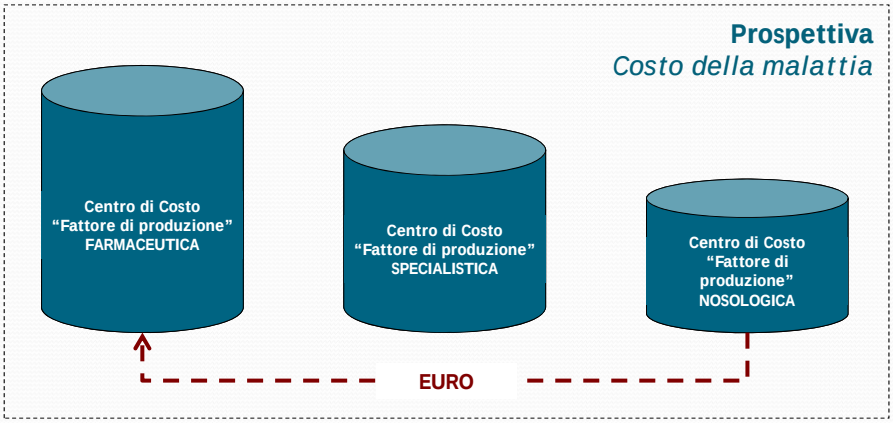
19

La prospettiva per “Costo dei fattori di produzione” e la prospettiva per “Costo di malattia”



20

La prospettiva per “Costo dei fattori di produzione” e la prospettiva per “Costo di malattia”



Gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale per l'uso appropriato degli interventi assistenziali e dei farmaci

"... il principio dell' efficacia e dell' appropriatezza degli interventi, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio".

Principio dell' efficacia

Principio di efficienza

Fonte: Piano Sanitario Nazionale

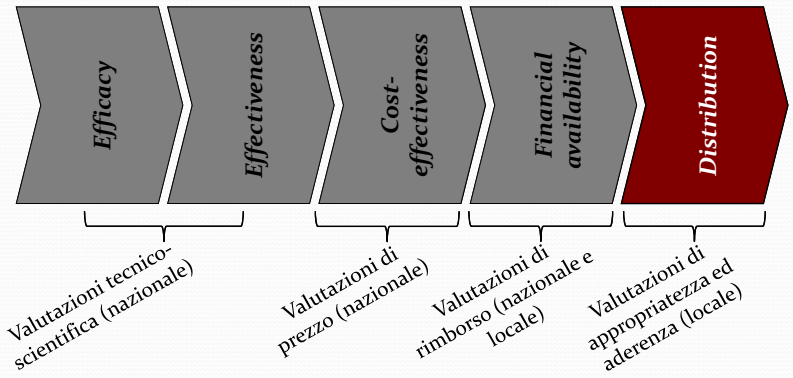
Il calcolo del fabbisogno finanziario in funzione del prezzo e del numero di pazienti eleggibili al trattamento

FABBISOGNO = (p "New" – p "Old") x Pts eleggibili

Il **prezzo addizionale** per l'assortimento della "nuova" tecnologia sanitaria

Il **numero di pazienti** su cui la "nuova" tecnologia sanitaria sarà prescrivibile

Le fasi del processo *Health Technology Assessment* per l'introduzione e la valutazione di una tecnologia sanitaria



Fonte: *Detsky A.S. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 1990; 113: 147-54.*

Qual è il contributo dell'economia nella fase di controllo?

Le verifiche di appropriatezza ed aderenza

Definizione di appropriatezza prescrittiva e metodologie di analisi: dalla *variabilità prescrittiva* all'*aderenza al trattamento*

Una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata **all'interno delle indicazioni cliniche** e, in generale, **all'interno delle indicazioni d'uso** (dose, durata, …) per le quali è dimostrata l'efficacia.

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante **analisi della variabilità prescrittiva** e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti.

Tuttavia, si deve ricordare che "se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza"…, "una maggiore omogeneità non è sinonimo di qualità prescrittiva".

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Pubblicato in: "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2014. Indicatori per l'appropriatezza d'uso dei farmaci"

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Direttore Generale: *L. Pani*

Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali che ha redatto il presente rapporto:

Coordinamento:
P. Russo – Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

- Ufficio Coordinamento OsMed:
R. Massini, L.A.A. Muscolo, M. Sacconi, D. Sottosoldi
- Ufficio HTA nel settore farmaceutico:
G. Altamura, A. Cangini, S. De Vito, A. Di Vito, R. Marini, M. Petrelli, M.P. Tratto
- Ufficio di Farmacovigilanza:
R. Bertini Valdarani, G. Pimpinella, L. Sottosanti
- Ufficio Ricerca e Sperimentazione Clinica:
F. Barchetti, S. Petraglia
- Unità Registri per il Monitoraggio Protocolli dei Farmaci:
G. Muni, E. Xoxi
- Ufficio Assessment Europeo:
M. Caleno, M. Evandri, P. Foggi, D. Melchiorri
- Segreteria Tecnica Direzione Generale:
M. Marangi

PER LE ATTIVITÀ DI EDITING, IMPAGINAZIONE E GRAFICA
- Ufficio Stampa e della Comunicazione:
A. Gasparini, I. Comessatti

PER LE ATTIVITÀ DI DATAWAREHOUSING, ELABORAZIONE STATISTICA E CONTROLLO DI QUALITÀ
D. Barbato, E. Fabrizi, F. Fortinguerra, F. Mammarella, A. Pierantozzi, R. Scarpellino, M. Trolio

PER LE ATTIVITÀ DI ANAGRAFICA DELLE SPECIALITÀ MEDICINALI
M. Di Barbora

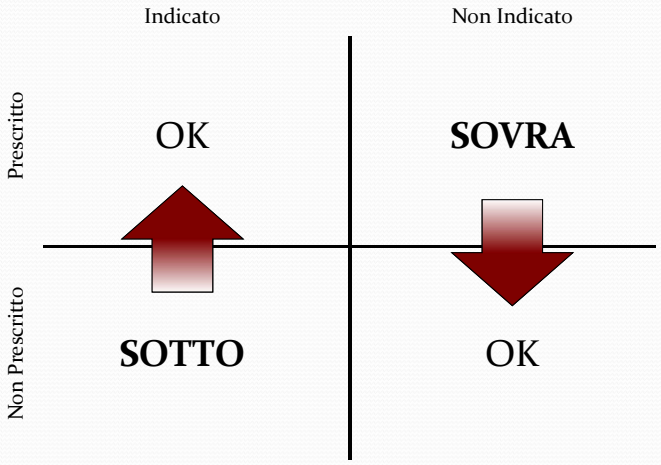
Ministero della Salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Roma
C. Biffoli, M.C. Brutti, M. Casciello

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma
F. Bevere, E. Pieroni

Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie, Firenze
O. Brignoli, C. Crisafi, F. Lapi, C. Piccinni (Università di Bologna)

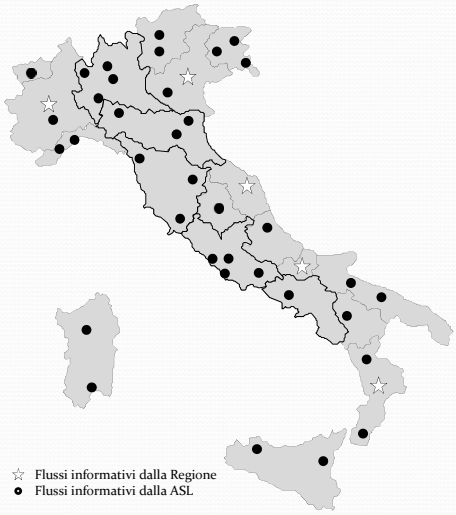
Clicon S.r.l., Ravenna
V. Bilini, S. Buda, E.Crovatto, E. Degli Esposti, L. Degli Esposti, D.Paoli, D. Sangiorgi, S. Saragoni, C. Veronesi

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



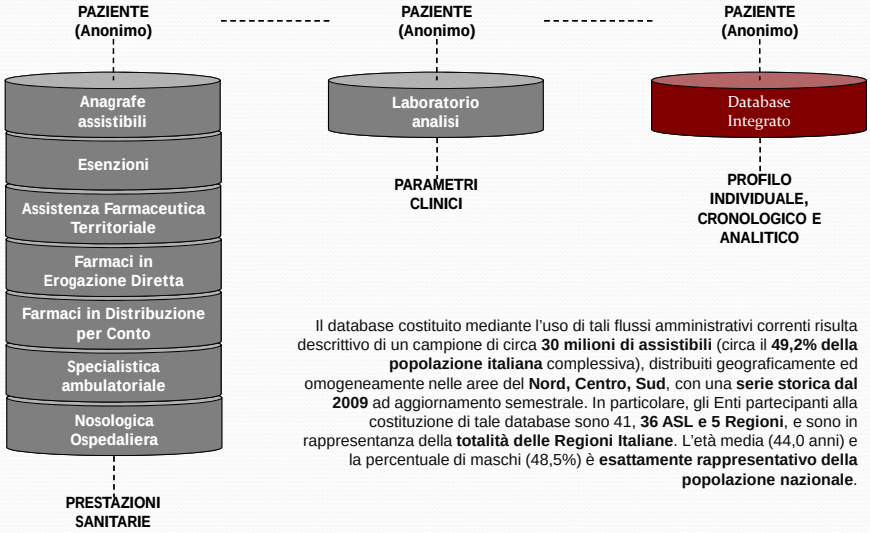
Fonte: *Degli Esposti L. L'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica. Dagli indicatori di consumo (variabilità prescrittiva) agli indicatori di percorso (aderenza al trattamento). Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6(2).*

Le Aziende Sanitarie e le Regioni partecipanti al Rapporto OsMed 2014 nell'ambito del progetto Health-DB



Azienda USL della Valle d'Aosta (Regione Valle D'Aosta) Referenti: S.Bettoni, S.Grumolato, J.Luboz; Regione Piemonte Direzione Sanità (Regione Piemonte) Referente: D.Nigro; Azienda Sanitaria Locale di Asti (Regione Piemonte) Referenti: I. Grossi, S. Martinetti, P.Mero, L.Raeli; ASL Pavia (Regione Lombardia) Referenti: S. Migliazza, M. Dellagiovanna, C. Cerra; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo (Regione Lombardia) Referenti: M. Gambera, R. Piccinelli, M. Zambetti; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecco (Regione Lombardia) Referenti: V. Valsecchi, P. DeLuca, E. Scopinaro, D. Moltoni; Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese (Regione Lombardia) Referenti: E. Pini, O. Leoni, C. Oria, M. Papagni, G. Nosetti, E. Caldiroli; Provincia Autonoma di Bolzano (Regione Trentino-Alto Adige) Referente: V. Moser; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento (Regione Trentino-Alto Adige) Referenti: R. Roni, A. Polverino; Azienda Sanitaria della Regione Veneto (Regione Veneto) Referenti: G. Scroccaro, V. Fantelli, S. Amadei, L. Gubian, M. Brattina, M. Saugo; Azienda ULSS 20 di Verona (Regione Veneto) Referenti: A. Ferro, L. Mezzalira, M.Andretta, L. Trentin; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: S. Palcic; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: C. Catanuzzi, L. Marcuzzo; Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (Regione Aut. Friuli Venezia Giulia) Referenti: F.V. Rosa, B. Basso; Azienda Sanitaria n° 1 Imperiese (Regione Liguria) Referenti: M. Saglietto, S. Delucis, M. Prioli; Azienda Sanitaria n. 3 Genovese (Regione Liguria) Referenti: A. Coccini, M. Ghia, F. Sanfelici; Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza (Regione Emilia Romagna) Referente: S. Radici; Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara e Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara (Regione Emilia Romagna) Referenti: P. Scanavacca, A. Campi, S. Bianchi, A. Verzola, N.Napoli; Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (Regione Emilia-Romagna) Referenti: M. Morini, M Borsari, A. Danielli; Azienda USL 1 Massa e Carrara (Regione Toscana) Referenti: M. Dal Maso, B. Marsiglia; Azienda USL 8 Arezzo (Regione Toscana) Referente: B. Vujovic; Azienda USL 9 Grosseto (Regione Toscana) Referenti: M. Pisani, P. Bonini, F. Lena; Agenzia Regionale Sanitaria Marche (Regione Marche) Referenti: P. Aletti, A. Marcobelli, S.Sagratella; Azienda USL Umbria n.2 (Regione Umbria) Referenti: S. Fratini, F. Bartolini; Azienda USL Roma A (Regione Lazio) Referenti: G. Riccioni, A. Barbato; Azienda USL Roma D (Regione Lazio) Referenti: R. Di Turi, A. Blasi, E. Pagnozzi; Azienda USL Roma F (Regione Lazio) Referenti: G. Quintavalle, P. D'Avenia, M.C. De Matthaeis; Azienda Sanitaria Locale di Frosinone (Regione Lazio) Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi, L.Marziale, P.Venditti, C.Bianchi, L.Quaresima; Azienda Sanitaria Locale Teramo (Regione Abruzzo) Referenti: I. Senesi, R. Baci, I. De Carlo; Azienda Sanitaria Regionale del Molise (Regione Molise) Direzione Generale per la Salute - Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica - Referenti: A. Lavalle, G. Trofa; Azienda Sanitaria Locale di Caserta (Regione Campania) Referenti: C.Linguiti, G.Farina, C.Pagliaro, C.Troncone, MG Tari; Azienda Sanitaria Locale di Potenza (Regione Basilicata) Referenti: G. Motola, C. Granieri; Azienda Sanitaria Locale BAT (Regione Puglia) Referenti: O. Narracci, D. Ancona, M. Cammarrota; Azienda Sanitaria Locale Lecce (Regione Puglia) Referenti: G.Gorgoni, A.Sanguedolce, C.Montinari; Regione Calabria Dipartimento Tutela Salute (Regione Calabria) Referenti: B. Zito, G. Brancati, R. Cosentino, M.R. Maione, L. Florio, A.E. De Francesco. Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza (Regione Calabria) Referenti: M. Vulnera, L. Florio, F. La Viola; Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (Regione Calabria) Referente: D. Costantino; Azienda Sanitaria Provinciale di Catania (Regione Sicilia) Referenti: F. Rapisarda, P.L. Lazzaro; Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo (Regione Sicilia) Referenti: M. Pastorello, M. Parelli, M. Visconti, I. Uomo; ASL Cagliari (Regione Sardegna) Referenti: P. Sanna, F. Lombardo. ASL Sassari (Regione Sardegna) Referente: A.Sussarellu.

Data linkage di flussi amministrativi correnti (e clinici) delle ASL e Regioni per la creazione di un *database* longitudinale di popolazione



Il database costituito mediante l'uso di tali flussi amministrativi correnti risulta descrittivo di un campione di circa **30 milioni di assistibili** (circa il **49,2% della popolazione italiana** complessiva), distribuiti geograficamente ed omogeneamente nelle aree del **Nord, Centro, Sud**, con una **serie storica dal 2009** ad aggiornamento semestrale. In particolare, gli Enti partecipanti alla costituzione di tale database sono 41, **36 ASL e 5 Regioni**, e sono in rappresentanza della **totalità delle Regioni Italiane**. L'età media (44,0 anni) e la percentuale di maschi (48,5%) è **esattamente rappresentativo della popolazione nazionale**.

Distribuzione dei pazienti in trattamento con farmaci inibitori della pompa protonica per caratteristiche demografiche

	2013			2012			2011		
	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %
TOTALE	2.873.500	21,6	3,6	2.772.873	21,0	5,1	2.637.916	20,1	/
Area geografica									
Nord	1.104.456	17,9	4,0	1.062.169	17,3	4,4	1.017.225	16,6	/
Centro	612.931	22,1	4,9	584.458	21,1	4,2	561.152	20,4	/
Sud	1.156.113	26,8	2,7	1.126.246	26,2	6,3	1.059.539	24,8	/
Genere									
Maschio	1.230.582	19,1	3,9	1.184.457	18,5	5,5	1.122.704	17,6	/
Femmina	1.642.918	24,0	3,4	1.588.416	23,3	4,8	1.515.212	22,4	/
Classi di età									
≤45	440.695	7,6	-2,6	452.566	7,8	-1,8	461.056	8,0	/
46-65	925.643	21,3	1,6	911.383	21,1	3,0	885.053	20,6	/
66-75	676.034	42,0	5,4	641.230	40,0	8,9	588.822	36,9	/
>75	831.128	54,9	8,3	767.694	51,0	9,2	702.985	46,9	/
Età media	64.2 ± 16.7			63.6 ± 16.8			62.9 ± 16.9		

N=trattati con farmaci inibitori della pompa protonica di età ≥ 18 anni.
*La prevalenza è stata calcolata sul totale degli assistibili (dato Ministero della Salute, ASL Comuni Popolazione) di età ≥ 18 anni. Non essendo disponibile il dato della ripartizione per classi di età nel sito del Ministero della Salute, è stato utilizzato il dato della ripartizione per classi di età rilevato dal sito dell'ISTAT al 1 gennaio 2013.

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori della pompa protonica senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 1 o dalla Nota AIFA 48

	2012 N = 2.772.873		2011 N = 2.637.916		2010 N = 2.261.788	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	46,5	5,5	44,1	-1,1	44,6	/
Area geografica						
Nord	46,5	6,1	43,8	2,0	43,0	/
Centro	38,3	-5,3	40,4	0,5	40,2	/
Sud	50,9	9,8	46,3	-3,5	48,0	/
Genere						
Maschio	46,9	5,4	44,5	-1,4	45,1	/
Femmina	46,3	5,6	43,8	-0,9	44,3	/
Classi di età						
≤45	72,3	5,2	68,7	-0,4	69,0	/
46-65	57,7	8,9	53,0	-2,2	54,2	/
66-75	35,1	7,1	32,8	2,4	32,0	/
>75	27,6	5,5	26,2	3,7	25,3	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	66,5	6,9	62,2	-2,6	63,8	/
Già in trattamento	34,1	17,6	29,0	-4,2	30,2	/
Pregresso ricovero						
Senza pregresso ricovero	48,1	4,1	46,2	-1,3	46,8	/
Con pregresso ricovero	39,0	13,6	34,3	-2,5	35,2	/

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Elasticità della spesa farmaceutica rispetto al miglioramento degli indicatori per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite

Indicatori per i farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite	Variazione percentuale della spesa complessiva per farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore*	Variazione della spesa complessiva per farmaci per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite[6] per una variazione dell'1% dell'indicatore°
Percentuale di pazienti in trattamento con inibitori d… senza i criteri di Nota AIFA	-0,62%	€ -5.782.934

…oltre 4 volte il tetto sui NAO

La variazione … pesa rispetto al miglioram… di ogni singolo indicatore deve essere considerato a sé stante rispetto alla variazione sugli … essere sommata alla variazione degli altri indicatori in quanto gli indicatori sono cal… sive.

*L… tuale della spesa complessiv… stata stimata rispetto ad … ore nella direzione del v… sura pari all'1% rispetto al … e.

…circa 7.270 pazienti per l'epatite C

Azzerando l'inappropriatezza nei soli inibitori di pompa: 269 mil…

… nto dell'ulcera e dell'esofagite: inib… protonica (codice ATC: A02BC). Tali farmaci sono stati classificati in farmaci rimborsati in Nota 1: someprazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01) e pantoprazolo (ATC A02BC02) e farmaci rimborsati in Nota 48: esomeprazolo (ATC A02BC05), lansoprazolo (ATC A02BC03), omeprazolo (ATC A02BC01), pantoprazolo (ATC … zolo (ATC A02BC04).

…i 2/3 della attuale manovra sui farmaci

… esprimono la spesa farmaceutica nazionale convenzionata più l'acquisto da parte delle … bbliche.

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Distribuzione dei pazienti in trattamento con statine per caratteristiche demografiche (TABELLA DESCRITTIVA)

	2014			2013			2012		
	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %	N	% assistibili *	Var. %
TOTALE	**1.860.754**	**11,2**	**2,6**	**1.814.434**	**11,1**	**4,6**	**1.734.768**	**10,7**	**/**
Area geografica									
Nord	1.056.149	10,5	2,3	1.032.337	10,5	4,8	985.150	10,1	/
Centro	416.393	11,8	2,1	408.010	11,8	3,4	394.740	11,5	/
Sud	388.212	12,5	3,8	374.087	12,3	5,4	354.878	11,7	/
Genere									
Maschio	912.400	11,3	2,7	888.073	11,2	4,7	847.814	10,7	/
Femmina	948.354	11,1	2,4	926.361	11,0	4,4	886.954	10,6	/
Classi di età§									
≤45	47.110	0,7	-4,5	49.311	0,7	-3,0	50.822	0,7	/
46-65	569.461	10,3	-1,5	577.981	10,6	0,6	574.395	10,6	/
66-75	630.050	30,3	1,9	618.343	30,3	4,7	590.362	29,1	/
>75	614.133	31,5	8,0	568.799	29,7	9,6	519.189	27,3	/
Età media	69.7 ± 11.3			69.3 ± 11.2			68.9 ± 11.2		

N=trattati con statine di età ≥ 18 anni.
*La prevalenza è stata calcolata sul totale degli assistibili (dato Ministero della Salute, ASL Comuni Popolazione) di età ≥ 18 anni. Non essendo disponibile il dato della ripartizione per classi di età nel sito del Ministero della Salute, è stato utilizzato il dato della ripartizione per classi di età rilevato dal sito dell'ISTAT al 1 gennaio 2014.

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

Percentuale di pazienti ultra-ottantenni in trattamento con statine in prevenzione primaria

	2014 N = 391775		2013 N = 348848		2012 N = 313040	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	78.3	0.2	78.1	-0.5	78.6	/
Area geografica						
	[illegible]	-0.2	78.9	-0.3	79.1	/
	[illegible]	-0.2	78.8	-0.5	79.2	/
	[illegible]	2.3	75.0	[illegible]	75.9	/
Genere						
[illegible]	76.7	0.0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	/
Femmina	79.3	0.3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	/
Pregresso trattamento§						
Nuovi trattati	84.1	0.9	83.3	0.0	83.3	/
Già in trattamento	76.9	-0.5	77.3	-0.5	77.7	/

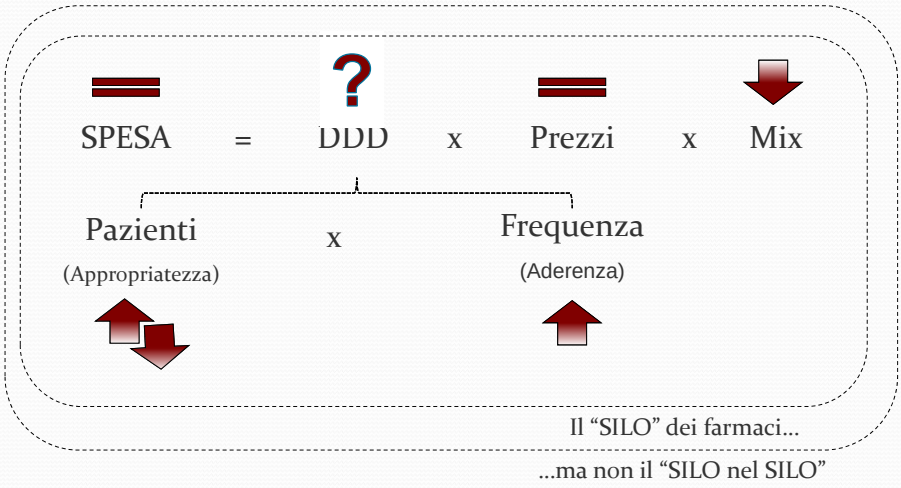
Se da 78.3 a 77.3%, – 0.16% sulla spesa, pari a – €1,289,000

Se da 78.3 a 0%, – 12% sulla spesa, pari a – €100.,6 Mil

Fonte: *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale, anno 2013. In: Profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento.*

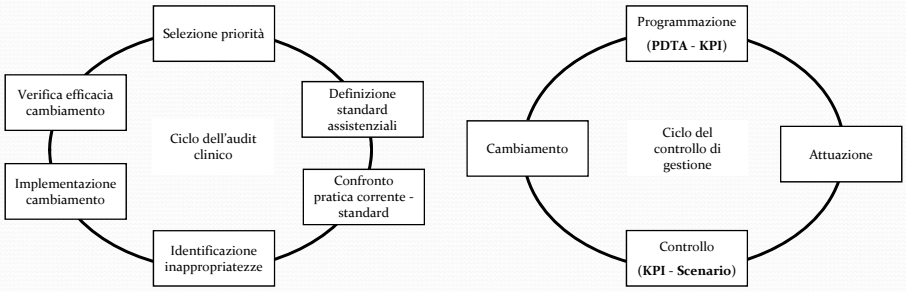
Definizione di aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti (*aderenza al trattamento, appropriatezza prescrittiva, opportunità terapeutica*)

Prospettive per l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci: le aree di *sotto-utilizzo* e di *sovra-utilizzo*



Efficientamento delle risorse ed appropriatezza delle prescrizioni…, così lontano, incredibilmente vicino

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



XXXVI Congresso Nazionale SIFO
Catania, 24 ottobre 2015

Farmaci anti-HCV e sostenibilità per il SSN: il punto di vista dell'economista

Luca Degli Esposti, Econ D, PhD
CliCon S.r.l. Health, Economics & Outcomes Research

XXXVI CONGRESSO NAZIONALE SIFO

Catania,
Centro Congressuale Fieristico
Culturale "Le Ciminiere"
22-25 OTTOBRE 2015