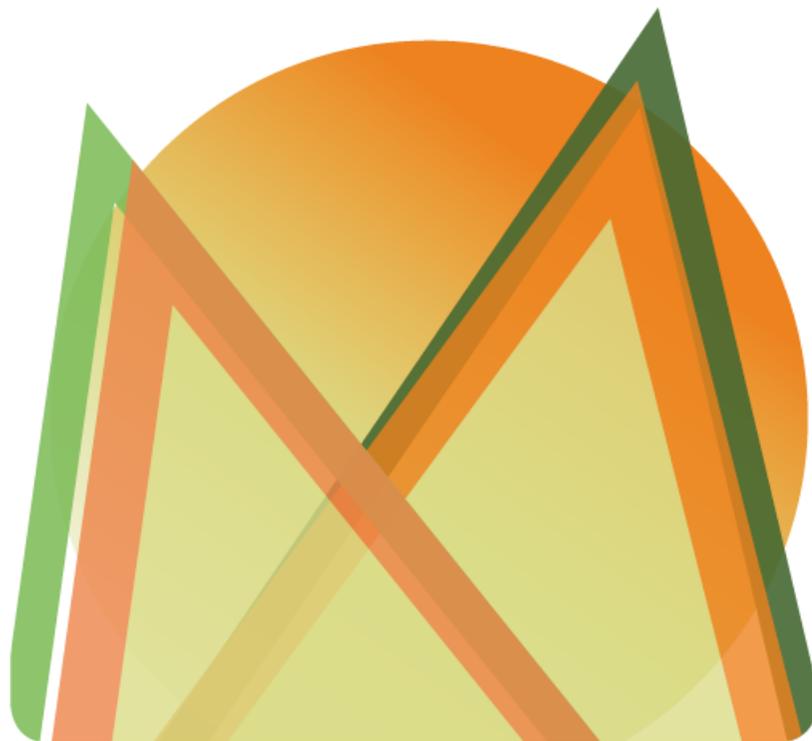




REGIONE DEL VENETO



## **ASIAGO-GALLIO**

**HOTEL GAARTEN  
MEETING & BUSINESS**

Via Kanotole, 13/15

**19 - 20 SETTEMBRE 2019**

**SUMMER SCHOOL 2019 - UP TO DATE SULLA SANITÀ ITALIANA**

**PROGRAMMARE IL FUTURO  
CONIUGANDO L'INNOVAZIONE**

2019 **MOTORE**   
**SANITÀ**  
Gestire il Cambiamento

## The role of technology in health care expenditure in the EU

Kamil Dybezak and Bartosz Przywara

Public expenditure on health care has been growing over most of the second half of the 20<sup>th</sup> century, not only in absolute terms, but also in relation to the national income. This practically constant increase was a result of profound economic, institutional, social and technological changes which occurred all over the industrialised world. Such changes led to an increase in public awareness, expectations, and demand for health care on the one hand, and to improvements in capacity of both the medical industry and providers allowing them to offer better, faster and more reliable, albeit often more expensive, health care on the other hand.

**Innovazione tecnologica**

Effetto Baumol

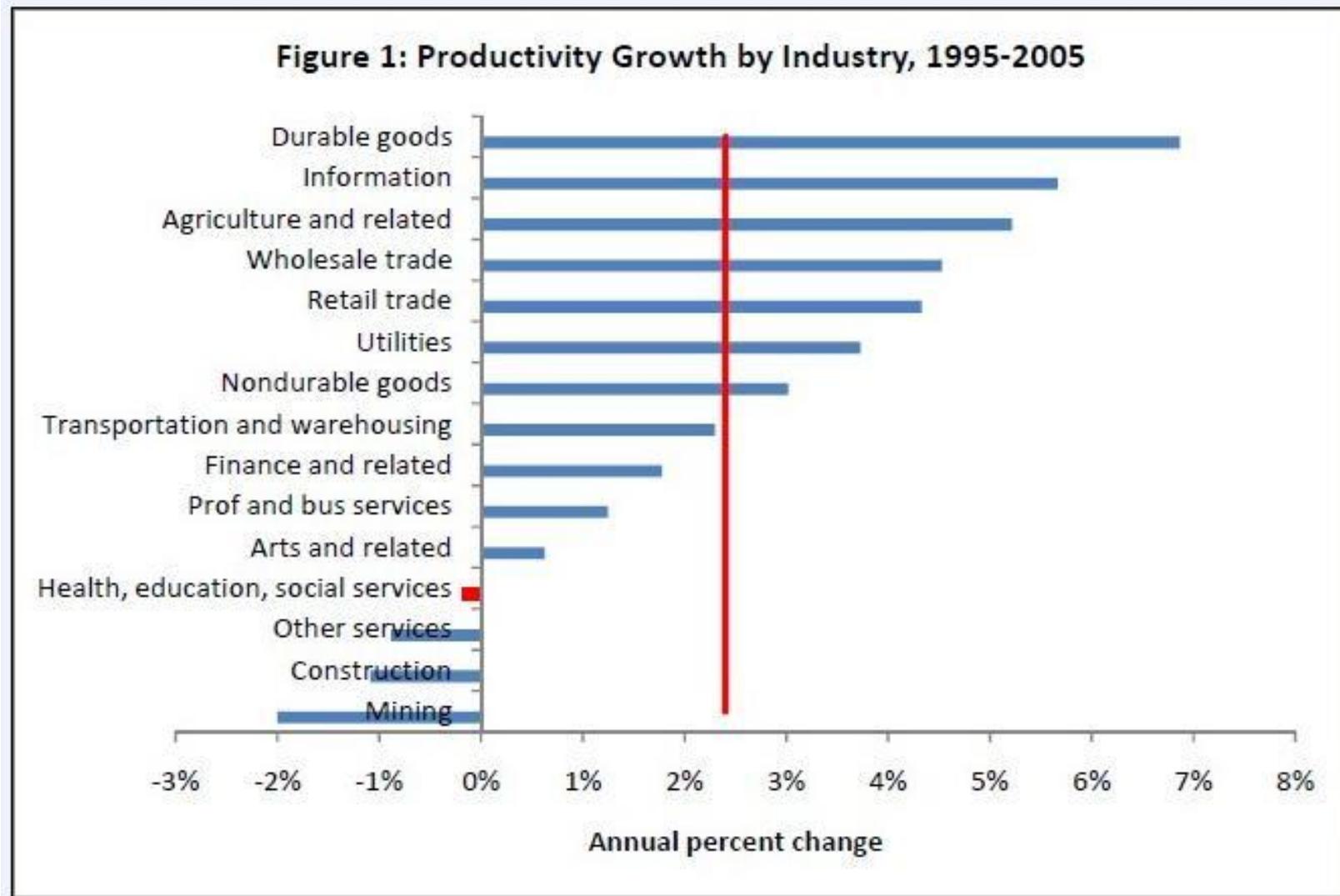
***Sostenibilità dei servizi  
sanitari o evoluzione  
dei bisogni e dei costi ?***

Vita media più lunga

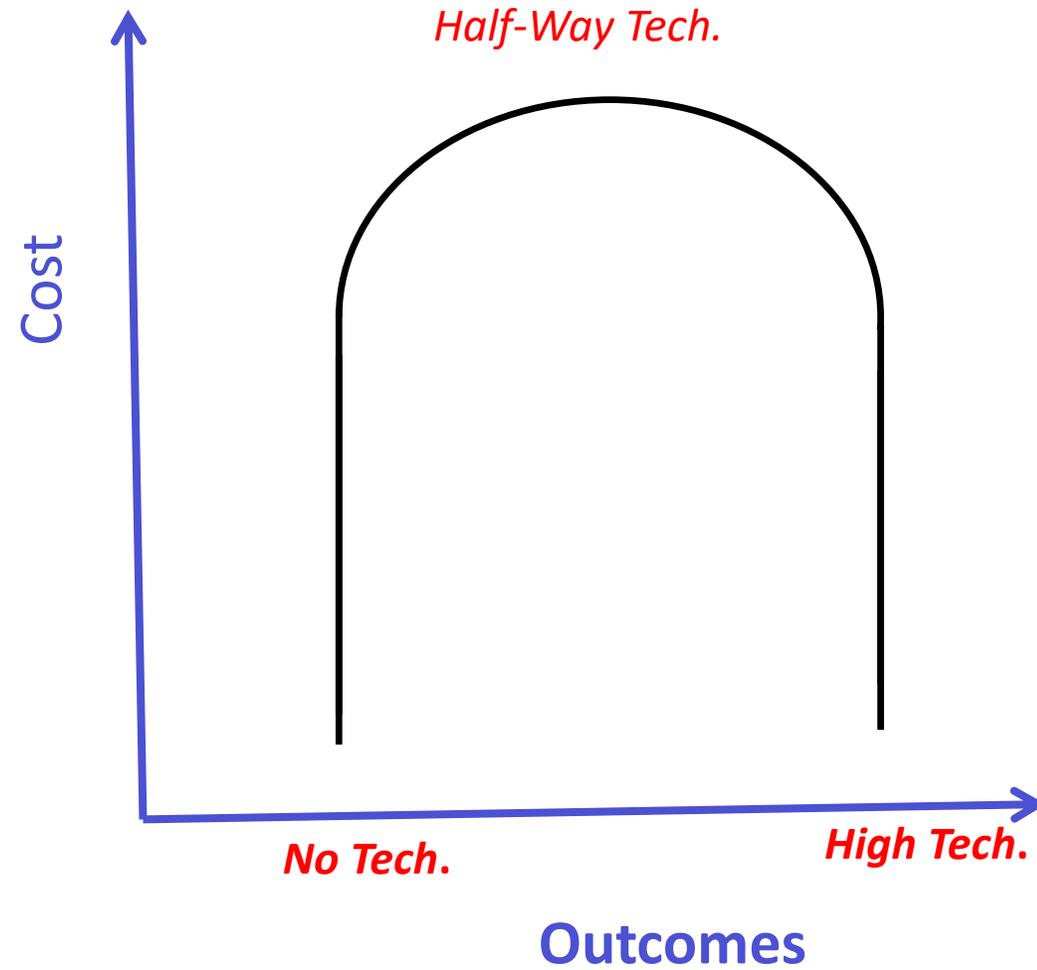
Transizione epidemiologica delle malattie

Sviluppo economico degli stati

# La malattia di Baumol



# *Types of technologies*



**Table 7. Public health care spending as % of GDP – projections with the technology effect disappearing by 2060**

	2007	2010	2020	2040	2060	Change 2007-2060	difference from AWG reference scenario
BE	7,6	8,1	9,7	12,9	14,1	6,5	5,3
BG	4,7	4,8	5,4	6,8	7,5	2,8	2,0
CZ	6,2	6,5	7,7	10,7	12,4	6,2	4,0
DK	5,9	6,3	7,8	10,2	11,1	5,2	4,2
DE	7,4	7,9	9,7	13,3	14,6	7,2	5,4
EE	4,9	5,0	5,7	7,4	8,6	3,6	2,4
IE	5,8	6,2	7,4	10,2	12,1	6,3	4,5
EL	5,0	5,2	6,2	8,5	9,6	4,7	3,3
ES	5,5	5,9	7,0	9,8	11,2	5,6	4,0
FR	8,1	8,7	10,4	13,7	14,9	6,8	5,5
IT	5,9	6,3	7,5	10,2	11,1	5,3	4,2
CY	2,7	2,9	3,4	4,6	5,4	2,7	2,1
LV	3,5	3,5	3,9	5,1	5,7	2,3	0,9
LT	4,5	4,6	5,2	6,9	7,9	3,4	2,3
LU	5,8	6,1	7,1	9,6	10,6	4,8	3,6
HU	5,8	6,0	7,0	9,5	11,0	5,2	4,0
MT	4,7	5,2	6,7	10,4	12,8	8,1	4,8
NL	4,8	5,1	6,4	8,6	9,3	4,5	3,5
AT	6,5	6,9	8,5	11,6	12,8	6,3	4,8
PL	4,0	4,2	4,9	6,6	7,6	3,6	2,6
PT	7,2	7,7	9,3	12,4	14,3	7,1	5,2
RO	3,5	3,6	4,1	5,6	6,7	3,2	1,8
SI	6,6	6,9	8,2	11,3	12,7	6,1	4,2
SK	5,0	5,1	6,1	8,5	10,0	5,1	2,8
FI	5,5	5,9	7,2	9,7	10,5	5,0	4,1
SE	7,2	7,6	9,0	11,5	12,6	5,4	4,6
UK	7,5	8,0	9,5	13,0	14,9	7,4	5,4
NO	5,6	6,3	8,0	11,5	13,3	7,6	6,3
EU27	6,7	7,1	8,5	11,6	13,0	6,3	4,8
EU15	6,9	7,3	8,8	11,9	13,3	6,4	4,9
EU12	4,7	4,8	5,6	7,6	8,9	4,2	2,9

Source: European Commission, EPC

**Table 8. Public health care spending as % of GDP – projections with the technology effect disappearing over 30 years**

	2007	2010	2020	2040	2060	Change 2007-2060	difference from AWG reference scenario
BE	7,6	8,1	9,5	11,4	11,8	4,1	2,9
BG	4,7	4,8	5,3	6,2	6,4	1,7	1,0
CZ	6,2	6,5	7,7	9,6	10,4	4,2	2,0
DK	5,9	6,3	7,6	9,1	9,3	3,3	2,4
DE	7,4	7,9	9,5	11,7	12,1	4,7	3,0
EE	4,9	5,0	5,7	6,7	7,3	2,3	1,1
IE	5,8	6,2	7,2	9,1	10,1	4,2	2,5
EL	5,0	5,2	6,1	7,5	8,0	3,1	1,7
ES	5,5	5,9	6,9	8,7	9,3	3,8	2,1
FR	8,1	8,7	10,2	12,1	12,4	4,3	3,1
IT	5,9	6,3	7,4	9,0	9,2	3,4	2,3
CY	2,7	2,9	3,4	4,1	4,5	1,8	1,2
LV	3,5	3,5	3,9	4,6	4,8	1,4	0,0
LT	4,5	4,6	5,1	6,2	6,6	2,2	1,0
LU	5,8	6,1	7,0	8,5	8,9	3,1	1,9
HU	5,8	6,0	7,0	8,6	9,3	3,5	2,3
MT	4,7	5,1	6,6	9,3	10,7	6,0	2,7
NL	4,8	5,1	6,3	7,6	7,8	2,9	2,0
AT	6,5	6,9	8,3	10,3	10,7	4,2	2,6
PL	4,0	4,2	4,9	5,9	6,4	2,4	1,4
PT	7,2	7,7	9,1	11,1	12,1	4,9	3,0
RO	3,5	3,6	4,0	5,1	5,7	2,2	0,8
SI	6,6	6,9	8,1	10,1	10,6	4,0	2,1
SK	5,0	5,1	6,0	7,7	8,4	3,5	1,2
FI	5,5	5,8	7,1	8,6	8,8	3,3	2,4
SE	7,2	7,6	8,8	10,2	10,5	3,3	2,5
UK	7,5	8,0	9,4	11,6	12,5	5,0	3,0
NO	5,6	6,3	7,9	10,3	11,4	5,7	4,4
EU27	6,7	7,1	8,4	10,3	10,8	4,1	2,6
EU15	6,9	7,3	8,7	10,6	11,1	4,2	2,7
EU12	4,7	4,8	5,6	6,8	7,5	2,8	1,5

Source: European Commission, EPC

# Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship

This article was published in the following Dove Press journal:

ClinicoEconomics and Outcomes Research

29 May 2013

[Number of times this article has been viewed](#)

Corinna Sorenson<sup>1,2</sup>  
Michael Drummond<sup>2,3</sup>  
Beena Bhuiyan Khan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LSE Health, London School  
of Economics and Political

---

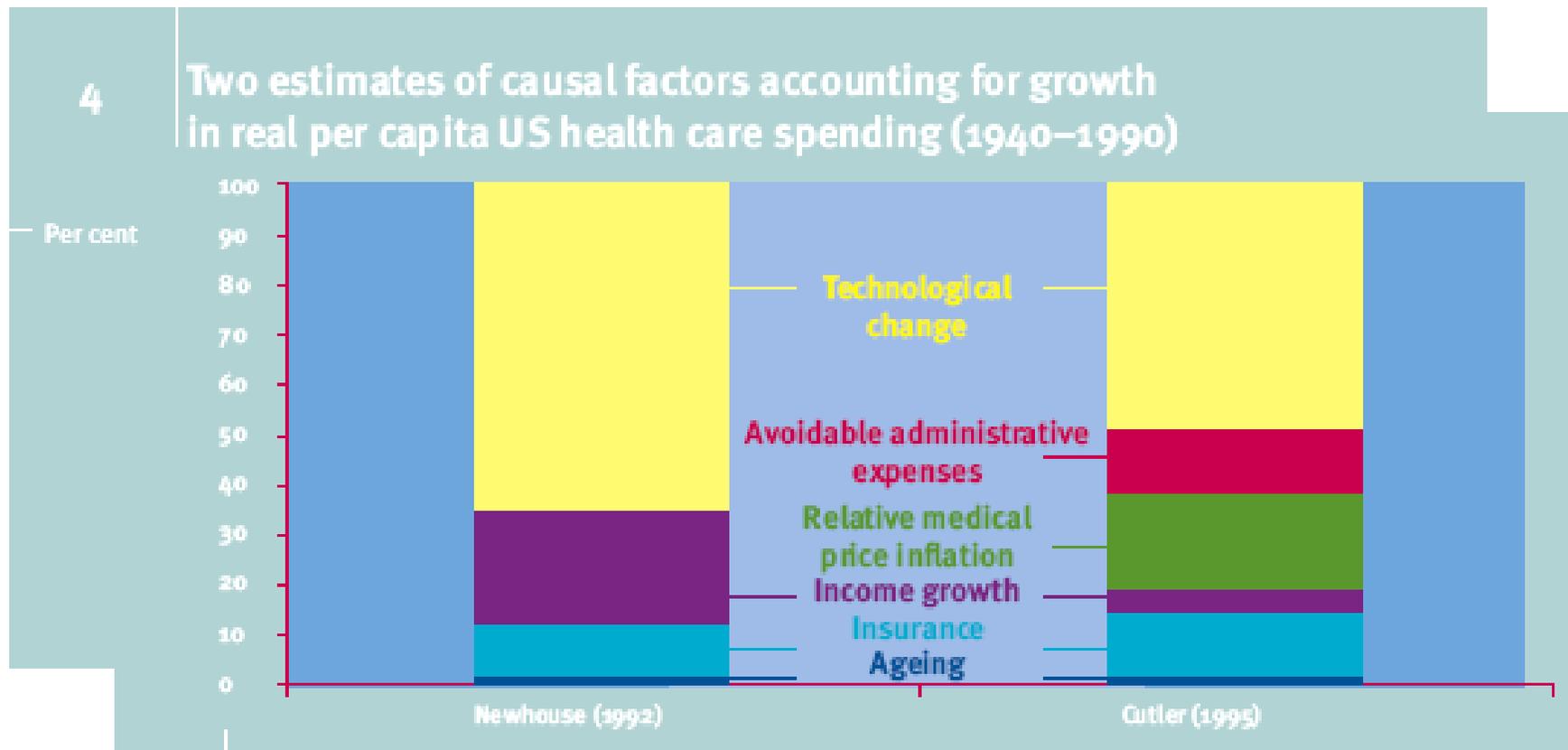
**Abstract:** Health care spending has risen steadily in most countries, becoming a concern for decision-makers worldwide. Commentators often point to new medical technology as the key driver for burgeoning expenditures. This paper critically appraises this conjecture, based on an analysis of the existing literature, with the aim of offering a more detailed and considered analysis of this relationship. Several databases were searched to identify relevant literature. Various

**Table 3** Contributions of selected factors to growth in health care spending

	Di Matteo <sup>15</sup>	Jones <sup>16</sup>	Pricewaterhouse Coopers <sup>7</sup>	Smith et al <sup>19</sup>	Peden and Freeland <sup>17</sup>	Cutler <sup>9</sup>	Newhouse <sup>10</sup>
Life expectancy/aging	~9%	*	15%**	2%	6%–7%	2%	2%
Administrative costs	*	*	15%***	3%–10%	*	13%	*
Changes in financing	*	*	*	10%	4%–5%	10%	10%
Personal income growth	9%–20%	*	*	11%–18%	14%–18%	5%	<23%
Health care prices	*	*	18%	11%–22%	*	19%	*
Technology	~65%	50%–75%	25%	38%–62%	70%–75%	49%	>65%

**Notes:** \*Not estimated; \*\*included aging, but also “front page treatments” (ie, media coverage drives demand for expensive treatment), increased preventive and diagnostic activity, and consumers moving away from less expensive managed care products; \*\*\*included government mandates (including new mandated benefits) and federal and state regulatory requirements.

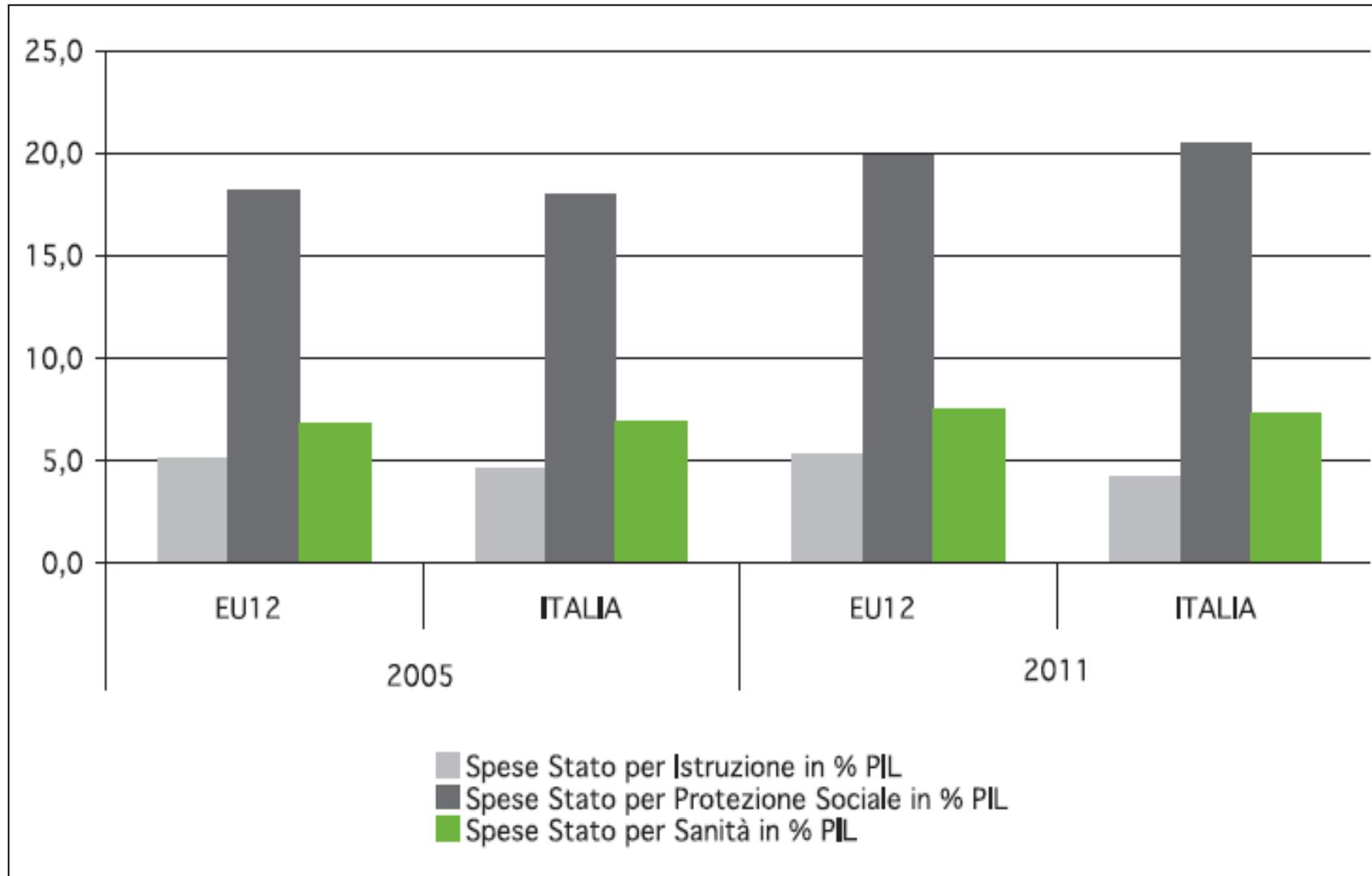
# Technological push

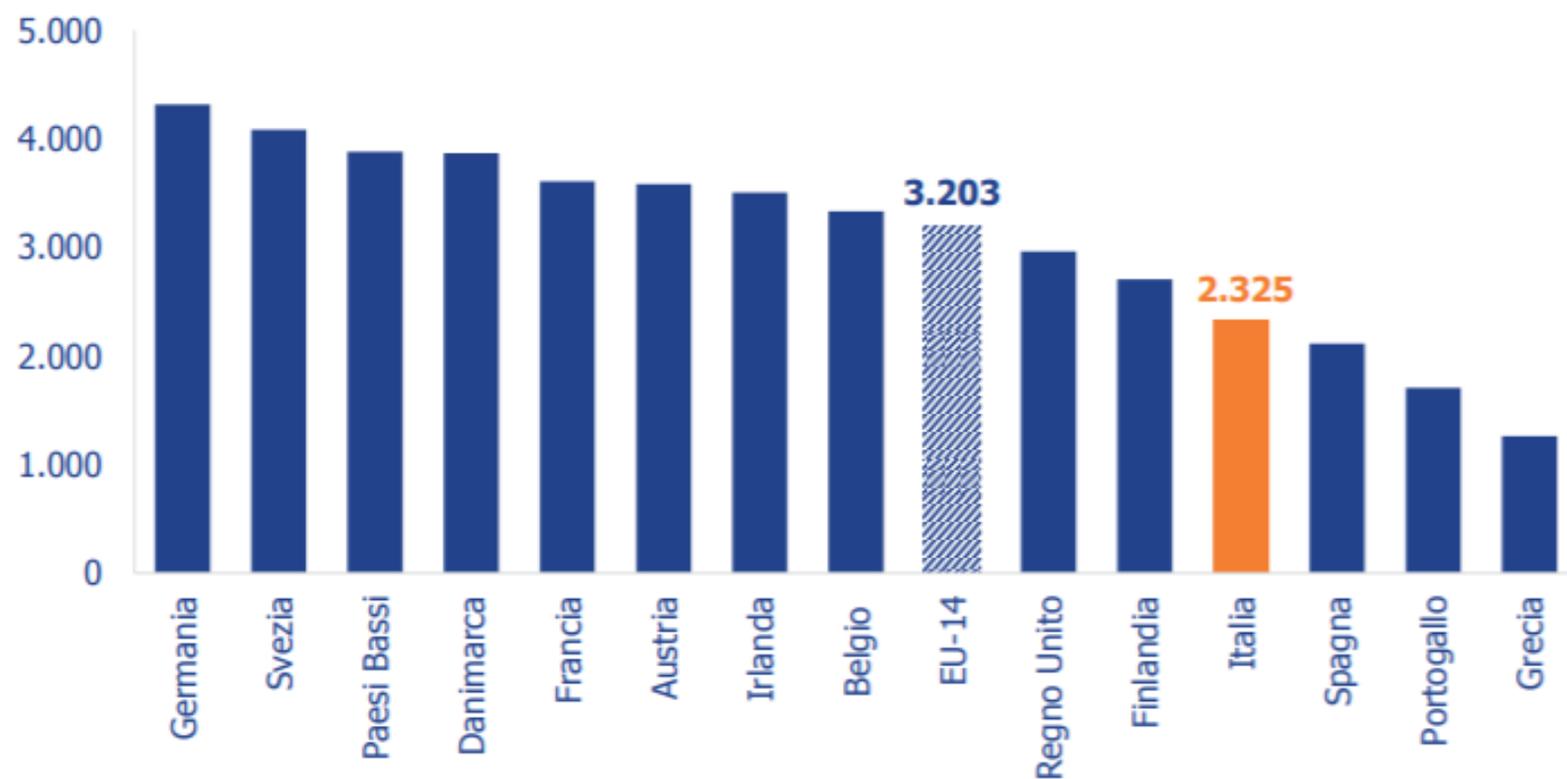


**Il SSN è in crisi di finanziamento non di  
sostenibilità**

**SITUAZIONE PEGGIORATA  
CON GLI ULTIMI  
PROVVEDIMENTI**

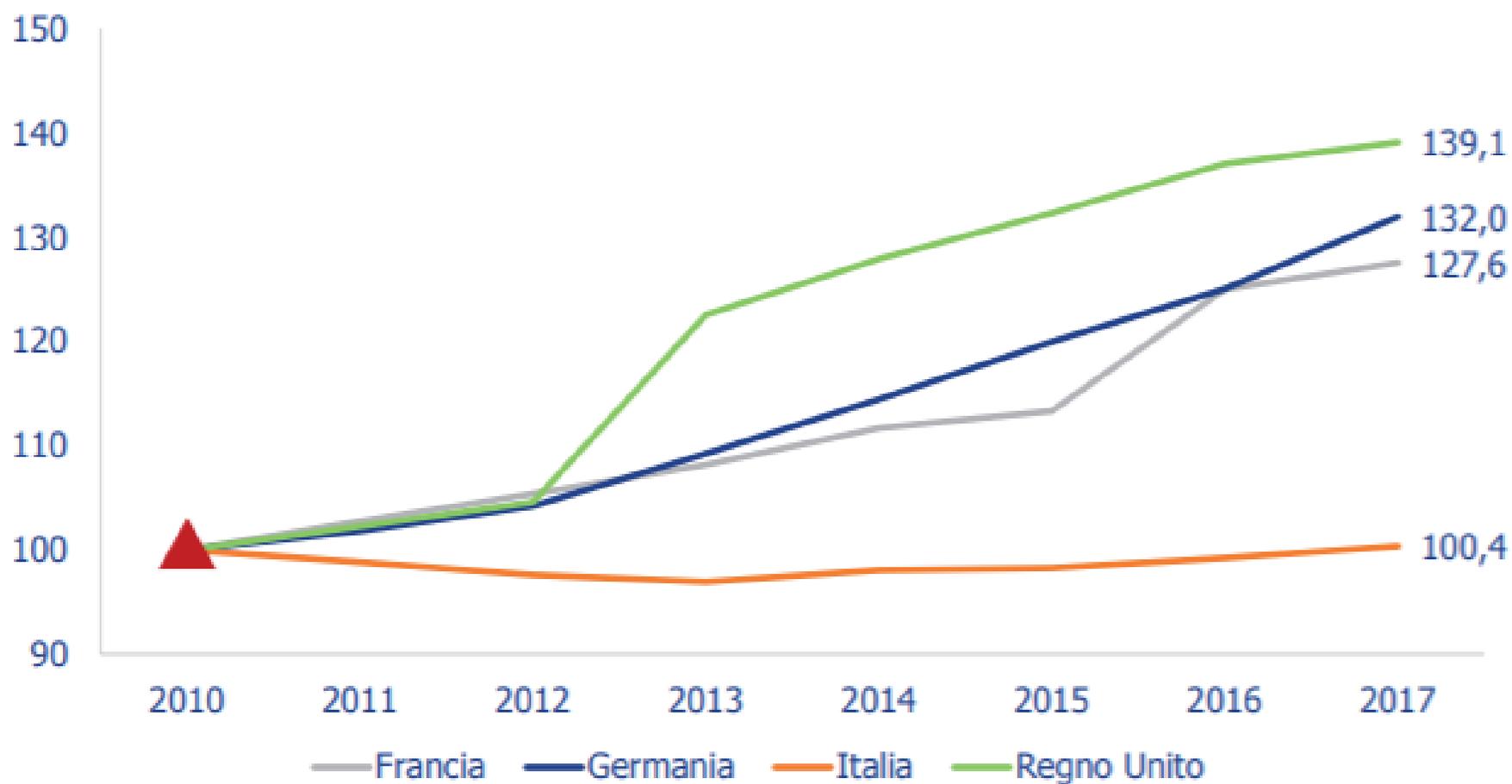
## Spese dello Stato per funzione Valori in % del PIL, anni 2005 e 2011





**Figura 5.** Spesa sanitaria pubblica pro capite nei Paesi EU-14 (euro a parità di potere d'acquisto), 2017

Fonte: *The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2018*



**Figura 6.** Spesa sanitaria pubblica in Italia, Francia, Germania e Regno Unito (2010=100), 2010-2017

*Fonte: The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2018*

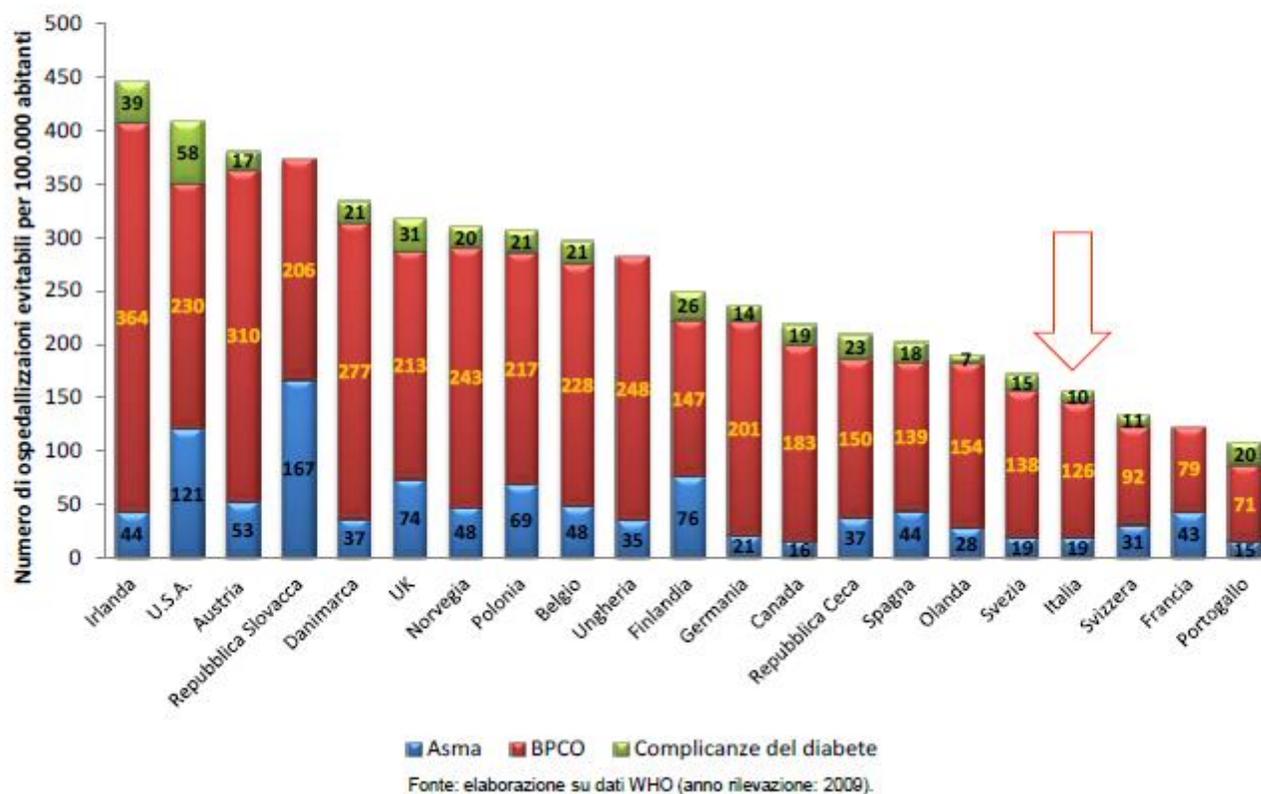


## La sostenibilità del SSN

- **Sistema tradizionalmente “sobrio”**
  - ✓ Spesa procapite e rispetto al PIL sotto la media UE
  - ✓ Tasso di crescita della spesa contenuto
  - ✓ Disavanzo quasi azzerato
- **Buon posizionamento anche in termini indicatori di appropriatezza ed equità**

## La sostenibilità del SSN

Confronto internazionale: appropriatezza (ospedalizzazioni evitabili per 100.000 ab.)





## Trasformazione della geografia dei servizi

- Profonde modifiche nei mix di ambiti di cura, già in atto
  - ✓ Forte riduzione dei ricoveri per acuti
  - ✓ Trasformazione dei servizi di ricovero a ciclo diurno in prestazioni ambulatoriali complesse
- Implica una ulteriore riduzione dei PL, coerente con il nuovo standard nazionale di 3 PL per acuti/000 ab. → ma come conseguirla?
  - ✓ Trasformazione dei piccoli ospedali periferici
  - ✓ Applicazione di tagli lineari
- Richiede azioni complementari di sviluppo di servizi alternativi!

**27** lug  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

**DAL GOVERNO**

## Sanità, dal 2000 la spesa per i dipendenti è crollata del 22% rispetto alle uscite totali del Ssn. Lo certifica la Ragioneria

di *r.tu.*

### TAG

Spesa sanitaria

PDF

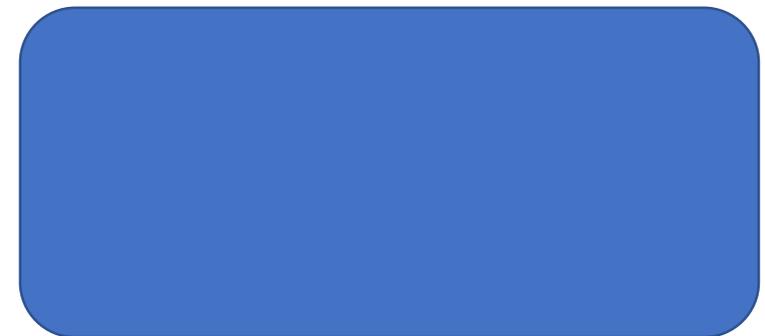
[Il rapporto della Ragioneria sulla spesa sanitaria](#)

OBIETTIVI DALLA REGIONE ALLE  
AZIENDE SBILANCIATI SUI  
RISULTATI ECONOMICI PIU' CHE DI  
SALUTE

INVESTIAMO POCHE RISORSE IN  
INNOVAZIONE E SUI NUOVI  
FARMACI

## I FALSI MITI

OBIETTIVI DI EQUILIBRIO  
ECONOMICO A SILOS PIUTTOSTO  
CHE PER PERCORSI INTEGRATI



---

anni	CONV	AO senza fondi	FNO	FO e alto costo	totale farmaci	var% anno precedente
2015	525,00	758,60	74,00	22,00	1.379,6	
2016	504,60	822,00	41,30	23,50	1.391,4	0,9%
2017	491,40	885,00	32,00	47,00	1.455,4	4,6%
2018	474,00	921,00	41,00	82,40	1.518,4	4,3%

---

incremento spesa per farmaci 2015-2018 138,8

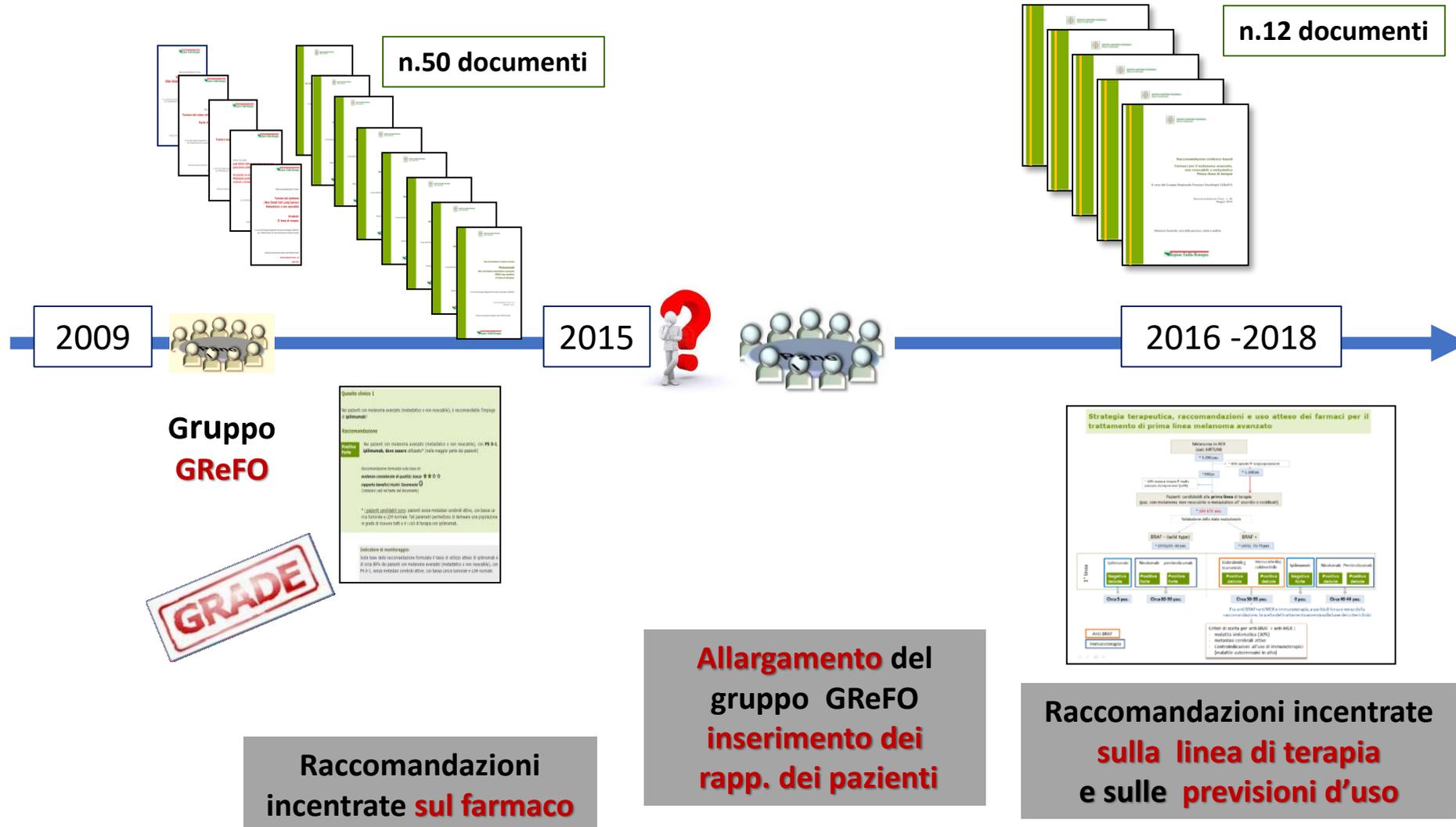
---

<b>FSR</b>	<b>fondo innovativi (non oncologici)</b>	<b>fondo innovativi oncologici</b>	<b>totale finanziamento incluso fondi</b>	<b>var%</b>
8.114.097.101	36.000.000		8.150.097.101	
8.172.307.513	36.000.000		8.208.307.513	0,7%
8.305.743.070	41.000.000	41.000.000	8.387.743.070	2,2%
8.366.241.027	41.000.000	41.000.000	8.448.241.027	0,7%
<b>incremento finanziamento FSR 2015-2018</b>			<b>298.143.926</b>	

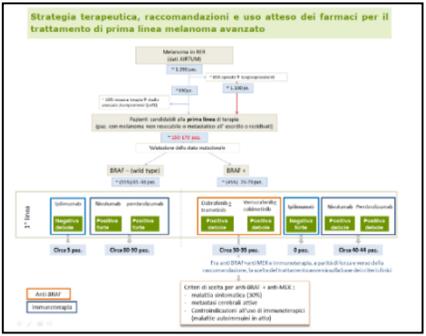
# Come è stato gestito l'accesso ai farmaci oncologici ed onco ematologici dal 2009 ad oggi

- ▶ attivando un processo condiviso, trasparente e ripetibile, basato sulle prove di efficacia;
- ▶ programmando il fabbisogno;
- ▶ favorendo la concorrenza, a parità di efficacia e sicurezza;
- ▶ monitorando i comportamenti prescrittivi.

# Come è stato gestito l'accesso ai farmaci oncologici ed onco ematologici dal 2009 ad oggi

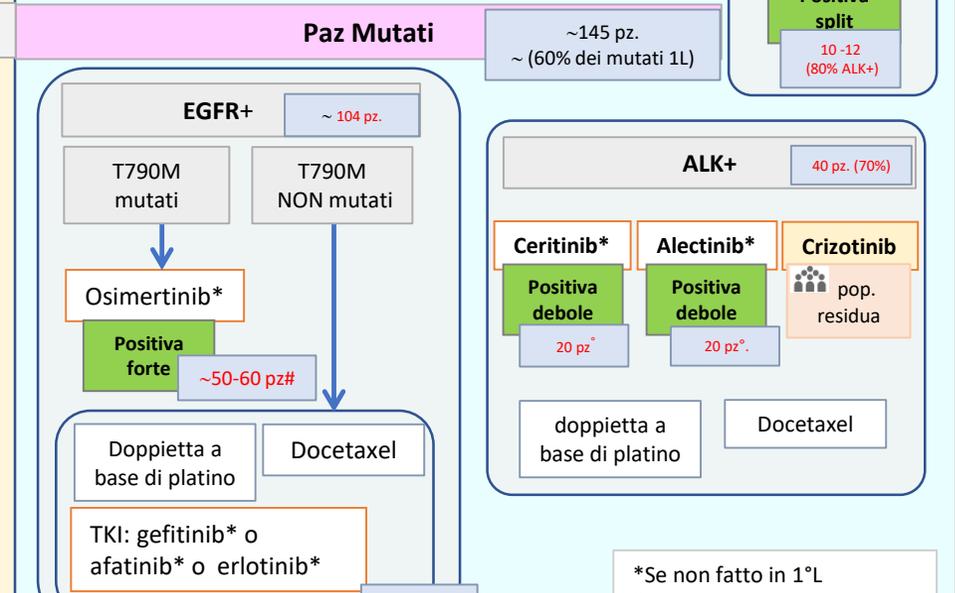
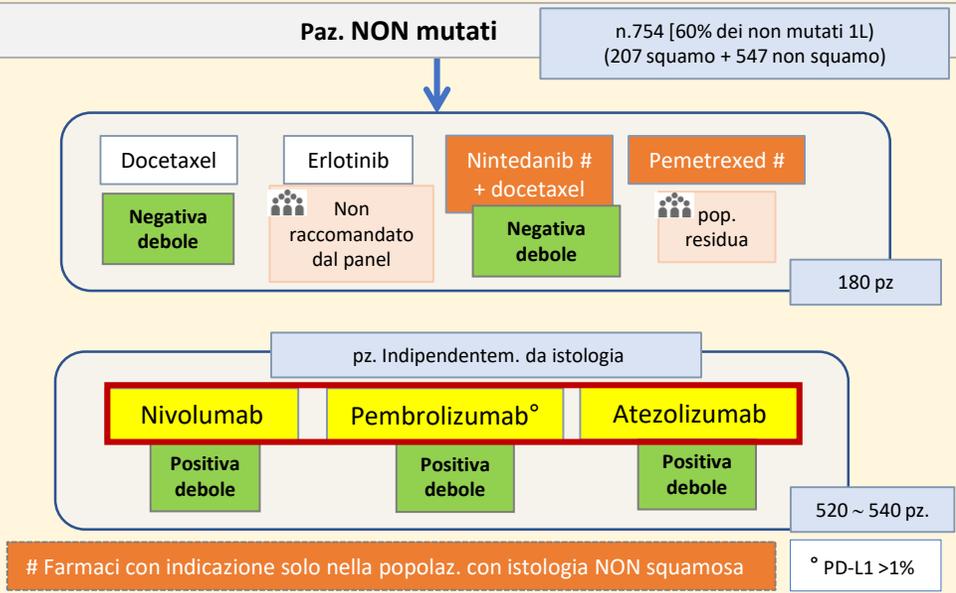
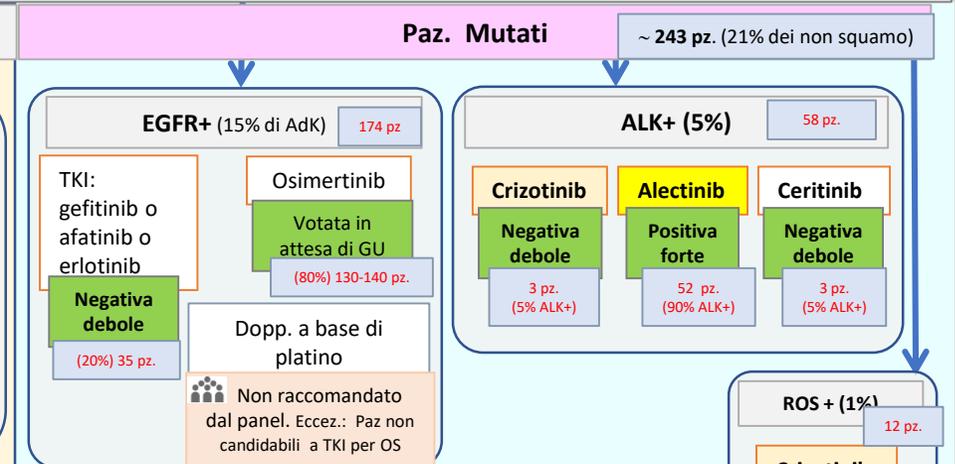
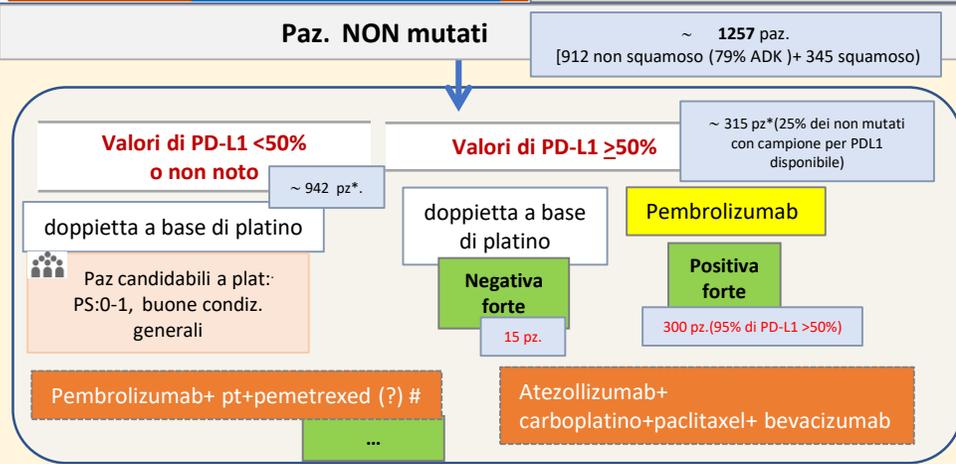


**Grande Grigio 1**  
 No pazienti con metastasi visibili (metastasi a non resecabili), e raccomandabile Terapia di Supporto.  
**Raccomandazione**  
 No pazienti con metastasi visibili (metastasi a non resecabili), con PS 0-1, **glimepiride, deve essere rifiutato** (solo maggior parte dei pazienti).  
**Indicazioni di monitoraggio**  
 Solo base della raccomandazione formata il base di follow-up di almeno 1 a 2 anni. Da questo momento vengono monitorati a non resecabili, con PS 0-1, senza metastasi visibili, con base unica tumorale e con follow-up.



## **IN COLLABORAZIONE CON I CLINICI SI DEFINISCONO:**

- ▶ l'uso appropriato dei nuovi farmaci o delle nuove indicazioni  
(posto in terapia, raccomandazioni, linee di indirizzo)**
- ▶ la strategia di diffusione/implementazione**
- ▶ gli indicatori d'uso atteso, il monitoraggio**
- ▶ ...e quando possibile si concorda di considerare, nella scelta, anche il rapporto costo/beneficio/opportunità**



# Farmaci con indicazione solo nella popolaz. con istologia NON squamosa

° PD-L1 >1%

L'immunoterapia in seconda linea solo se non è stata fatta in prima (pembrolizumab). Panel ritiene che i pazienti non trattati con chemioterapia a base di platino in prima linea siano candidabili alla miglior chemioterapia disponibile tenendo conto dell' istotipo e delle condizioni cliniche del paziente

\*Se non fatto in 1°L

# numero di pz in considerazione della prevalenza attuale

Immunoterapia, dopo la target therapy e dopo la miglior chemioterapia disponibile (se tollerata)

Pazienti con **Malattia metastatica - stadio IV** [(~ 60% (NSCLC)] candidabili alla **1° linea di terapia** (es.: PS:0-1, pz amb., etc)

~ 1500 pz.

**Squamoso**

~ 23% (NSCLC st IV) → 345 pz

**NON Squamoso**

~ 77% (NSCLC st IV) pz.1155

**Pazienti mutati 1° linea**

~ 243 pz. (21% dei non squamo)

**EGFR+** (15% di AdK)

174 pz

**ALK+** (5%)

58 pz.

**ROS 1 + (1%)**

12 pz.

TKI: gefitinib o afatinib o erlotinib

**Negativa debole**

35 pz. (20%)

**Osimertinib**

Votata in attesa di GU

130 -140 pz. (80%)

Doppietta a base di platino



Non racc. dal panel  
Eccezione: Paz non candidabili a TKI per OS

**Crizotinib**

**Negativa debole**

3 paz. (5% ALK+)

**Alectinib**

**Positiva forte**

52 paz. (90% ALK+)

**Ceritinib**

**Negativa debole**

3 paz. (5% ALK+)

**Crizotinib**

**Positiva split forte/debole**

10 -12 pz. (80% ALK+)

**Pazienti mutati dopo una prima linea di terapia**

~ 145 pz. (60% dei mutati 1L)

**Squamoso**

~ 207 pz [23% (NSCLC st IV in 2° linea 900)]

**NON Squamoso**

~693 pz [77% (NSCLC st IV, in 2° linea 900)]

**EGFR+**

~ 104 pz.

**ALK +**

~ 40 pz.

T790M NON mutati

T790M mutati

**Osimertinib\***

**Positiva forte**

~ 50-60 pz. (per i prevalenti)#

Paz. in prog a TKI 1-2 gen. e presenza mutazione T790 M

**Ceritinib\***

**Positiva debole**

20 pz#

**Alectinib\***

**Positiva debole**

20 pz#

**Crizotinib**



pop. residua

doppietta a base di platino

TKI: gefitinib\* o afatinib\* o erlotinib\*

Docetaxel

~ 40 - 50 pz.

\* Se non fatto in 1°L

# il numero considera i prevalenti



Immunoterapia, dopo la target therapy e dopo la miglior chemioterapia disponibile (se tollerata)

# Come vengono formulate le raccomandazioni

## Quesito clinico

Nei pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK), è raccomandabile il trattamento in prima linea con **alectinib**?

## Raccomandazione: Alectinib

**Positiva  
forte**

Nei pazienti adulti con tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), in stadio avanzato, positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK), **alectinib** in prima linea di terapia **deve** essere utilizzato

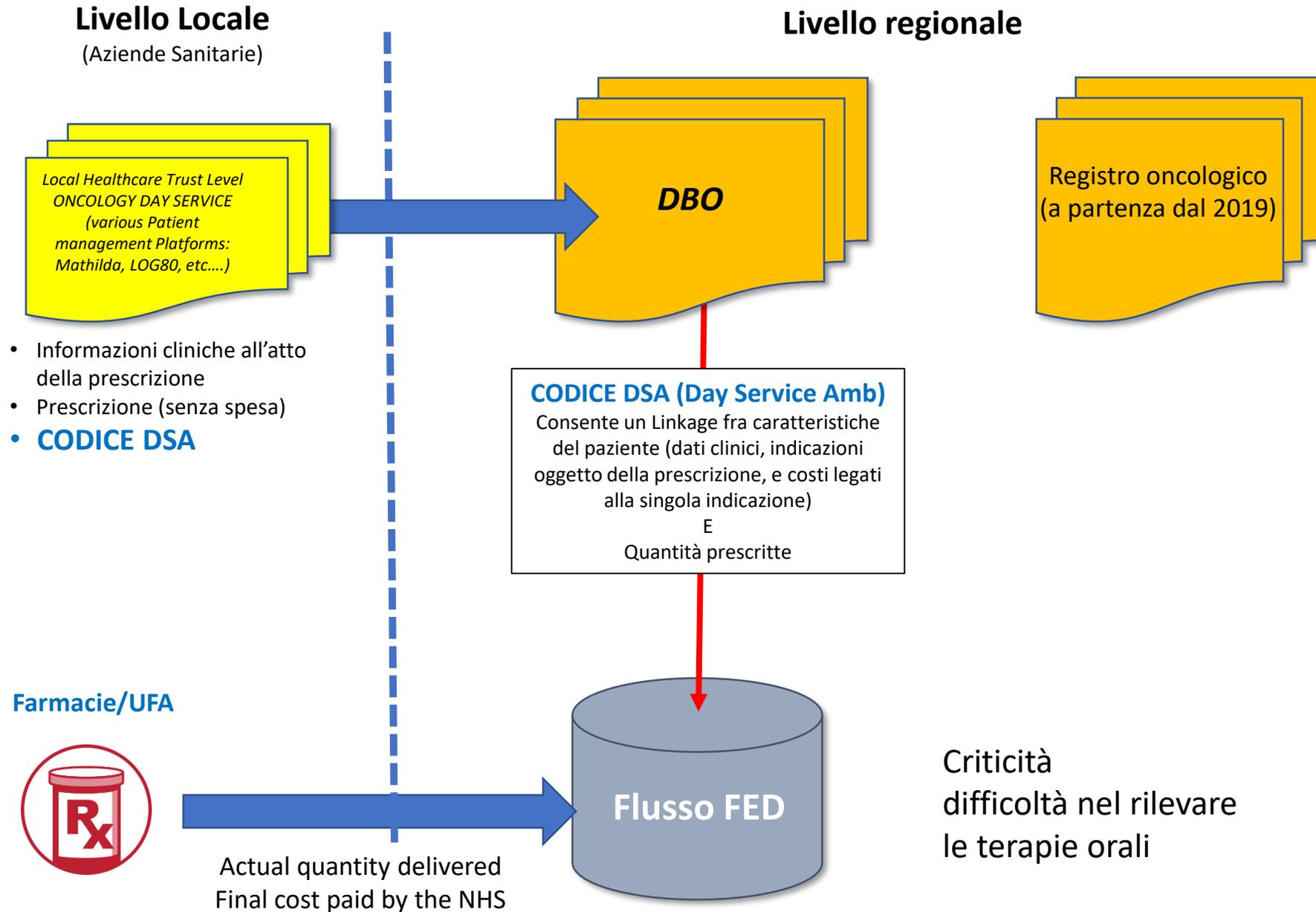
*Raccomandazione formulata sulla base di:*

**evidenze considerate di qualità: moderata** ★★☆☆

**rapporto benefici/rischi: favorevole** 😊

(Votazioni vedi nel testo del documento)

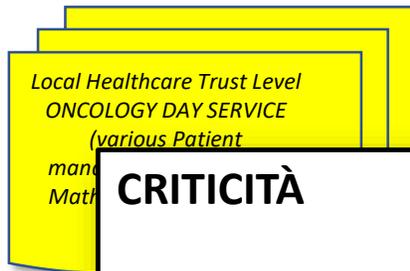
# DB oncologico



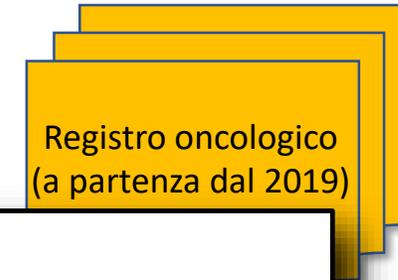
# DB oncologico

## Livello Locale

(Aziende Sanitarie)



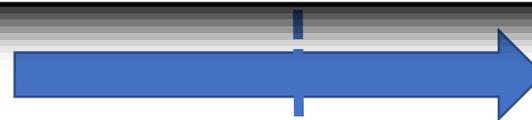
## Livello regionale



### CRITICITÀ

- Inform della
- Presc
- **COD**
- Vengono inseriti solo i pazienti trattati (mancano i pcndidabili non trattati per cui non può essere definito un registro)
- Non può essere usato a scopo di audit clinico, ma per programmare la spesa
- I farmaci oncologici orali sono attualmente rilevati solo nel 20%
- Ci sono problemi di trasferimento dei dati dal data base locale al DBO
- Non è ancora possibile produrre un report completamente affidabile

Farmac



Actual quantity delivered  
Final cost paid by the NHS



**Flusso FED**

criticità  
difficoltà nel rilevare  
le terapie orali

COSA EVITARE

## Avastin-Lucentis, il caso diventa europeo: risparmi per milioni di euro con "l'off-label"

Differenze macroscopiche di prezzo tra i due farmaci oftalmici. La Francia vuole imitare l'Italia e l'Associazione industrie farmaceutiche chiama in causa la Ue. La questione dei costi sanitari e quella della sicurezza dei pazienti. Nuove indicazioni terapeutiche

di MAURIZIO PAGANELLI



DIVENTA un caso europeo la vicenda del farmaco per degenerazione maculare senile Lucentis (costo 902 euro, ma effettivo con gli sconti di circa 600 euro a fiala e della sua "alternativa" 10 o 30 volte più economica, Avastin, un anti-cancro usato off-label, cioè fuori dalla sue specifiche indicazioni terapeutiche e non autorizzato per uso oftalmico: dopo la maxi multa dell'Antitrust italiano (180 milioni di euro, appena pagati dalle due aziende Novartis e Roche per evitare di pagare interessi, in attesa delle decisive sentenze Tar a fine

Sei qui: [Home Page](#) / [Informazioni sui farmaci](#) / [Consulta la Rivista](#) / [Anno 2014](#) / [Numero 2 del 2014](#) /  
[Il caso Avastin® - Lucentis®](#)

## Il caso Avastin® - Lucentis®



**Anna Maria Marata**  
Area Valutazione del Farmaco, Agenzia Sanitaria e Sociale  
Regionale - Coordinatore Commissione Regionale farmaco

**Nicola Magrini**  
Area Valutazione del Farmaco, Agenzia Sanitaria e Sociale  
Regionale

**Anna Maria Marata**

## NELLO STESSO NUMERO DELLA RIVISTA

La rondine che fa  
primavera

Fidaxomicina

Nitisinone

Pirfenidone

Tadalafil  
nell'ipertrofia  
prostatica benigna

Asplenia e  
complicanze  
infettive

# Comportamenti regolatori regionali "disvalue based": un case report

Comportamenti regolatori regionali "disvalue based": un case report ▼

Una ragionevole durata dei **diritti su un farmaco** tutela gli investimenti necessari per la **ricerca** e la **produzione** ed assicura il profitto alla azienda produttrice. In un sistema liberale, "profitto" non è una parolaccia, ma la chiave per nuovi progressi della Società: la storia lo testimonia oltre ogni ragionevole dubbio. Esistono però le distorsioni: sembrano episodiche, ma rischiano di erodere la credibilità dell'assunto. Veniamo al punto. Alla scadenza del brevetto, il costo dei farmaci generici o dei biosimilari è nettamente inferiore

Un caso da poco censito rovescia i paradigmi. Si tratta di un'amministrazione regionale che, in controtendenza, decide improvvisamente di accogliere i "suggerimenti" di una grande azienda e imporre (con obiettivi di budget vincolanti e penalizzazione sui mancati risultati) l'adozione di una **formulazione sottocute** di un farmaco di marca, sbarrando la strada all'imminente utilizzo del biosimilare e rinunciando a qualche decina di milioni di euro di risparmio. Si tratta di un fatto accaduto da poco, nel quale le parti si sono invertite: gli oncologi, spesso ritenuti dagli amministratori troppo "sensibili" ai condizionamenti delle industrie che li "coccolano", avevano resistito alle lusinghe ed attendevano l'arrivo del biosimilare, convinti di esercitare bene il loro ruolo di governo clinico: per i pazienti e per il Sistema. La Regione, talora ritenuta dagli oncologi troppo sensibile alle esigenze dei bilanci, folgorata sulla via di ... (Damasco? Non esattamente...) faceva proprie le considerazioni di un'azienda produttrice; le inseriva in una Delibera (con parole analoghe a quelle rinvenibili nei pieghevoli del marketing aziendale) e le "impondeva" ai professionisti. Lo faceva incurante delle difficoltà, presenti e future, nel garantire a tutti l'**innovazione di valore** che sempre più spesso arriva al letto del paziente.

AIOM e CIPOMO si sono mosse tempestivamente, attraverso i Coordinamenti regionali, e gli oncologi di quella regione hanno dimostrato una commendevole compattezza (e serietà): la delibera della Giunta Regionale è stata modificata ed il rischio, per il momento, superato.

Restano alcune considerazioni che meritano una riflessione nazionale:

- un salto di qualità nel rapporto con le Istituzioni da parte dell'industria, attraverso una ricerca orientata al marketing che influenza non più singoli professionisti, ma la programmazione regionale;
- la disintermediazione professionale su argomenti ad elevata complessità: nel caso in questione né AIOM né CIPOMO erano stati interpellati prima, pur essendo attivi diversi tavoli regionali sulla questione farmaci ad alto costo;
- valorizzazione da parte delle aziende di iniziative evolute di marketing (assumendone i costi) piuttosto che difendere il mercato attraverso politiche di riduzione del prezzo unitario.

A Trieste si dice: "*no xe mai un mal che no sia un ben*": questo episodio renderà più facile per gli oncologi di quella regione sostenere le proprie richieste di incremento dei budget

COSA FARE

**E SE LA PRIMA RICETTA PER CONCILIARE  
INNOVAZIONE E SOSTENIBILITA' FOSSE CHE  
LA RICERCA SIA PARTE INTEGRANTE DELLE  
ATTIVITA' ISTITUZIONALI NEL SSN E SIA SVOLTA IN  
PERCENTUALE IMPORTANTE CON RISORSE  
PUBBLICHE ???**



## LE POLITICHE D'ACQUISTO DEI DISPOSITIVI MEDICI

### LA STRADA MIGLIORE PER CONIUGARE SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE

quotidianosanità

Con il contributo  
incondizionato di  ASSOBIOMEDICA

segui **quotidianosanità.it**



twitter



facebook



feed



newsletter



archivio



Tweet



Condividi



G+



Condividi 25



stampa

## Alla Stato-Regioni il Piano nazionale di ricerca sanitaria 2017-2019. Stabilite le interazioni tra tutti gli attori di ricerca

*Il PNRS presenta le linee programmatiche su cui orientare la ricerca sanitaria nazionale del (e per il) Ssn. Il documento individua gli elementi d'interesse del ministero della Salute, la strategia nazionale di specializzazione intelligente su cui Amministrazioni centrali - ministeri della Istruzione, Università e Ricerca*

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



### ALTEMS

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA  
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

Master Universitario di I livello

## Management delle Imprese Biomediche e Biotecnologiche

Sede didattica: Roma

Iscrizioni entro il 18 dicembre 2017

ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
**182-2009**



Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale



Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# **La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale**

**Principi generali e indirizzi operativi  
per le Aziende sanitarie  
dell'Emilia-Romagna**



# Il programma Ricerca e Innovazione dell'Emilia Romagna

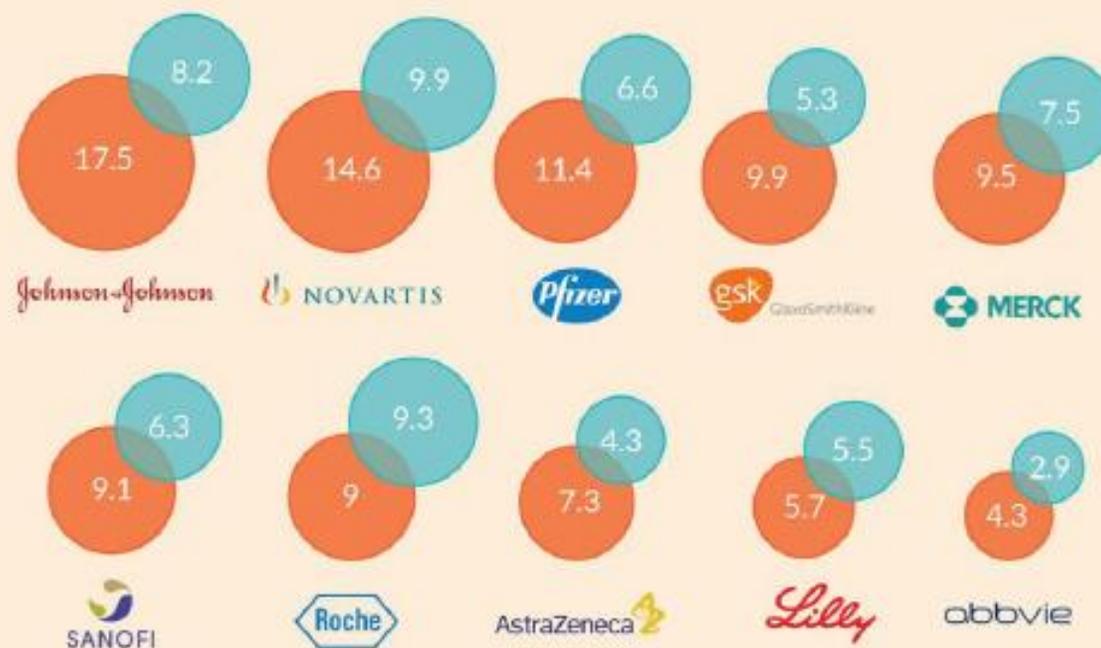
*Alessandro Liberati*

*Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna*

*PRI E-R Bologna, 15 Novembre 2004*

## Le aziende farmaceutiche spendono (in media) più in marketing che in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci

HOW MUCH DOES BIG PHARMA SPEND ON:  
SALES & MARKETING vs. RESEARCH & DEVELOPMENT

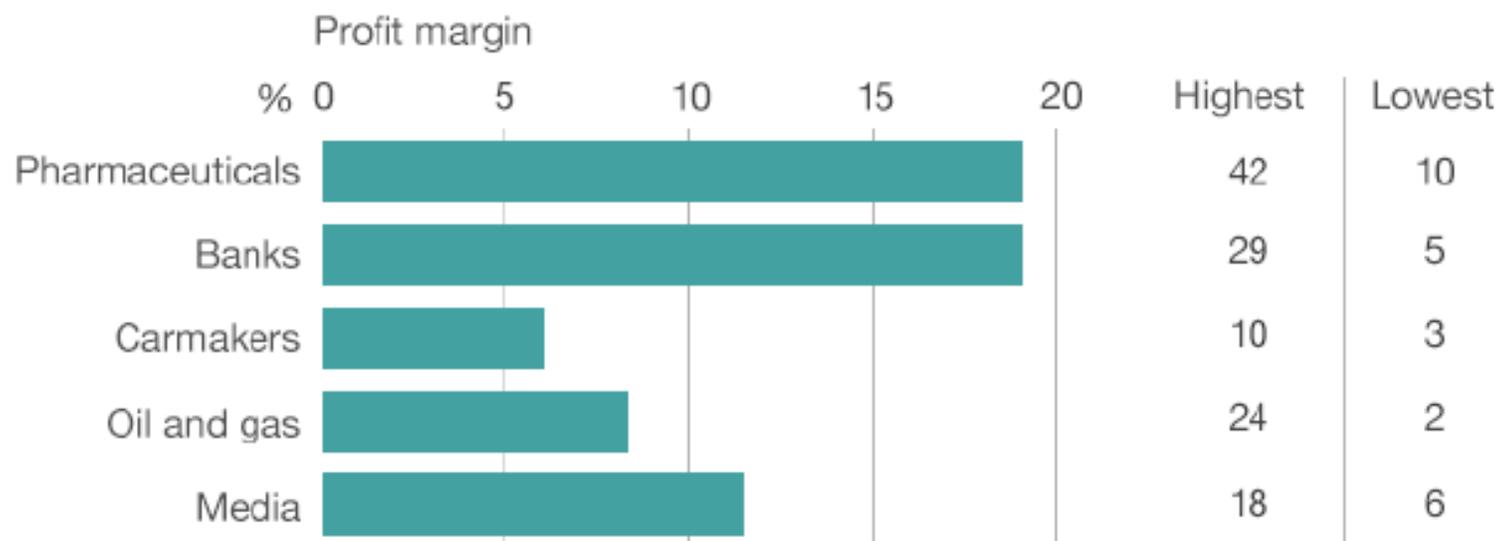


IN US \$ BILLION, FOR 2013

[https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/02/11/big-pharmaceutical-companies-are-spending-far-more-on-marketing-than-research/?utm\\_term=.aafdad32870c](https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/02/11/big-pharmaceutical-companies-are-spending-far-more-on-marketing-than-research/?utm_term=.aafdad32870c) – fonte\_GLOBALDATA

# Di cosa stiamo parlando

Average profit margins of five main industrial sectors, 2013



Note: Highest/lowest profit margins achieved by an individual company

Source: Forbes

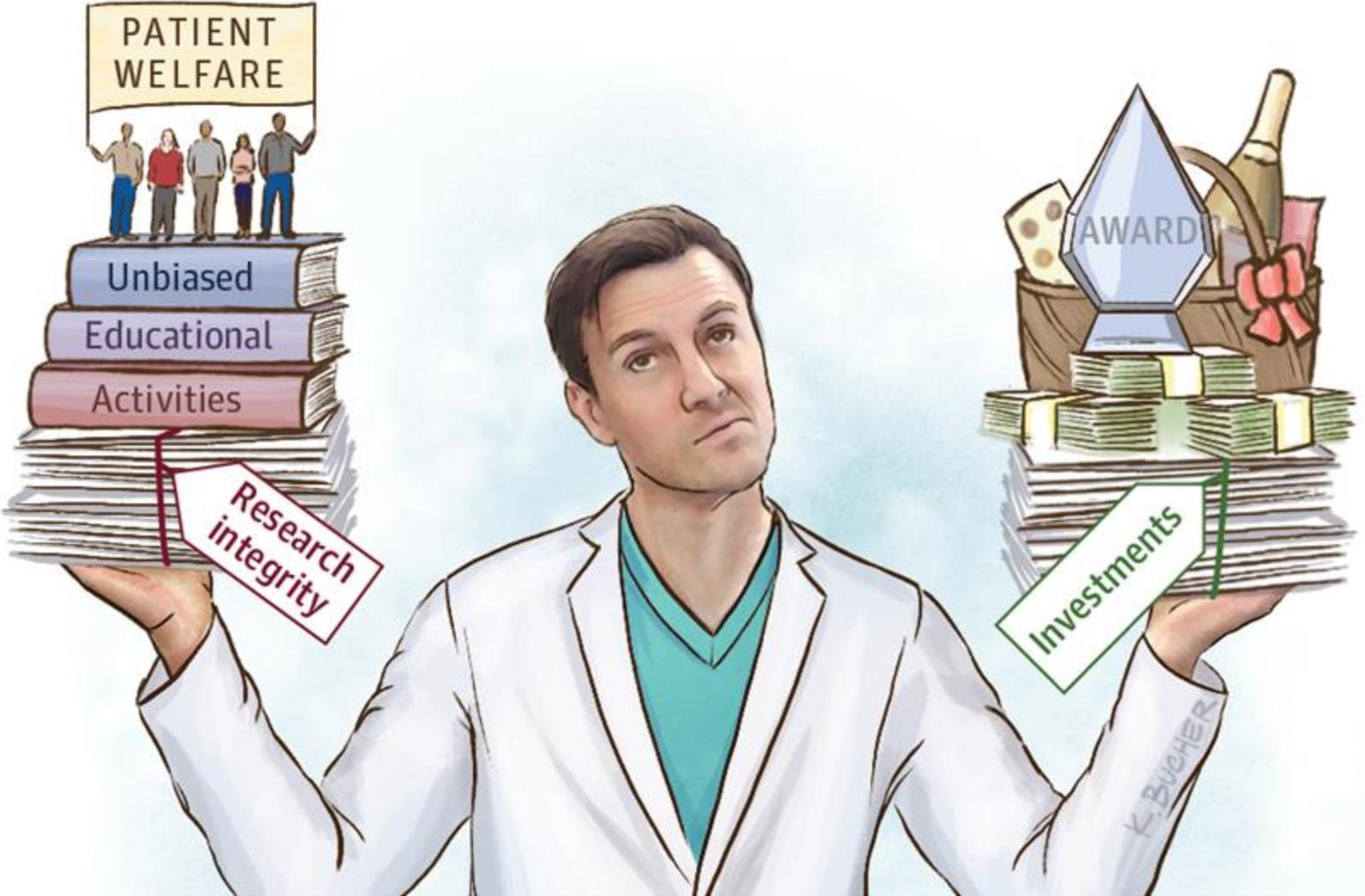
- Margine di profitto medio attorno al 20%



*People facing life threatening illness have a right to expect that research into their illness will address the uncertainties that matter most to them. Unfortunately, this is not always the case, as Alessandro Liberati (1954-2012) † describes in this editorial, first published in The Lancet, building on his own experience as a patient ...*

Clinical research is motivated by several factors. Some are more defensible than others, but most clinical researchers would state that their research is intended to improve healthcare effectiveness and safety. There are examples where patients have succeeded in influencing what gets studied,[2,3] but these are exceptions.

Integrità piuttosto che indipendenza



# Biomedical research: increasing value, reducing waste

*\*Malcolm R Macleod, Susan Michie, Ian Roberts,  
Ulrich Dirnagl, Iain Chalmers, John P A Ioannidis,  
Rustam Al-Shahi Salman, An-Wen Chan, Paul Glasziou*

In *The Lancet*, we now present a Series of five papers about research (figure). In the first report, Iain Chalmers and colleagues<sup>20</sup> discuss how decisions about what research to fund might be based on questions that are relevant to users of research. Next, John Ioannidis and colleagues<sup>21</sup> consider improvements in the appropriateness of research design, methods, and analysis. Rustam Al-Shahi Salman and colleagues<sup>22</sup> then turn to issues of efficient research regulation and management. Next, An-Wen Chan and colleagues<sup>23</sup> examine the role of fully accessible research information. Finally, Paul Glasziou and colleagues<sup>24</sup> discuss the importance of unbiased and usable research reports. In these papers, we set out some of the most pressing issues, recommend how to increase value and reduce waste in biomedical research, and propose metrics for stakeholders to monitor the implementation of these recommendations.

