

“INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ: LO STATO DELL'ARTE IN ONCOLOGIA”

Prof. Francesco Saverio Mennini

Research Director, Economic Evaluation and HTA (EEHTA)

CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma «Tor Vergata»

and

Institute for Leadership and Management in Health, Kingston University, London, UK

President Elect, SiHTA

Past President, ISPOR Italy Chapter, Rome

VALORE

Il valore non è coincidente con il prezzo,
.....l'utilità marginale che l'acquirente può ottenere dall'acquisizione del bene.

Farmaco?

Coniugare il **valore “terapeutico” del farmaco con il suo valore economico e sociale**, un esercizio cui sono chiamati i decisori del settore sanitario, i medici, gli operatori sanitari ma anche i pazienti, e tutti i decisori coinvolti (Min Economia, INPS, INAIL) .



Costo Opportunità

Necessario valutare i maggiori costi che il sistema sanitario e quello economico nel complesso sosterebbero in assenza dei farmaci efficaci correntemente disponibili.

La spesa sanitaria pubblica si attesterebbe su valori superiori o inferiori?

Quale impatto sul PIL?

Quale impatto in termini di costi per *informal care*?

Quale impatto sui DALYs?

**Patologie croniche non trasmissibili sono responsabili :
dell'89,3% dei decessi e dell'88,4% dei DALY**

Patologie non trasmissibili

Malattie cardiovascolari

Tumori

Disturbi neurologici

Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Malattie respiratorie

Malattie gastrointestinali

Malattie muscolo-scheletriche

Malattie dermatologiche

Disordini mentali

Malattie degli organi di senso

Tumori

Malattie cardiovascolari

Malattie dell'apparato muscoloscheletrico

Disturbi neurologici

Disordini mentali

Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Malattie degli organi di senso

Malattie gastrointestinali

Malattie respiratorie

Malattie dermatologiche

Spesa previdenziale per i primi cinque gruppi patologici per spesa

	2015 (val. in mln)		
	Assegno Ordinario di Invalidità	Pensioni di Inabilità	Totale
Tumori	€ 901	€ 414	€ 1.315
di cui:			
Mammella	€ 182	€ 35	€ 217
Trachea, Polmone, Bronchi	€ 72	€ 84	€ 156
Colon	€ 70	€ 30	€ 100
Prostata	€ 37	€ 33	€ 70
Stomaco	€ 28	€ 19	€ 47
Malattie del sistema circolatorio	€ 671	€ 43	€ 714
Turbe mentali, psiconevrosi, turbe della personalità	€ 315	€ 298	€ 613
di cui:			
Schizofrenia	€ 85	€ 117	€ 202
Malattie del sistema nervoso centrale	€ 396	€ 176	€ 572
di cui:			
Sclerosi Multipla	€ 63	€ 22	€ 85
Muscolo-scheletriche	€ 382	€ 12	€ 394
di cui:			
Artrite Reumatoide	€ 30	€ 1,5	€ 32
Spondilite Anchilosante	€ 8	€ 0,4	€ 8



Farmaci immunoterapici:

grandi aspettative della comunità scientifica, clinica e dei pazienti, per le importanti evidenze di efficacia.

 queste aspettative sono accompagnate da una diffusa preoccupazione per l'impatto economico



**Sostenibilità,
Disponibilità a Pagare
e Costo Opportunità**



lungosopravvivenza

alla luce dei promettenti risultati osservati anche nel lungo periodo e accompagnati da valori di sicurezza e tollerabilità molto più elevati che in passato,



considerare questi trattamenti non solo come un “costo” per il sistema socio-sanitario nel suo complesso (SSN, Spesa Sociale, INPS).

La neoplasia del polmone rappresenta **ancora oggi** la principale causa di mortalità per cancro.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 41.100 nuovi casi di tumore del polmone (71,5% uomini).

Il tumore polmonare si divide in:

- tumore a piccole cellule (SCLC) (10-15%)
- tumore non a piccole cellule (NSCLC) (85%), di cui:
 - ~70 % adenocarcinomi (fra cui gli Egfr e gli Alk mutati)
 - ~ 30 % squamosi

Il costo del tumore al polmone in Italia è stimato essere pari a circa 2,4 milioni di Euro tra costi diretti sanitari e costi indiretti e sociali ⁽¹⁾.

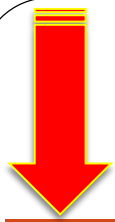
In termini previdenziali è importante sottolineare che il tumore al polmone è caratterizzato da un incremento sia degli AOI che delle PI ⁽²⁾.

(1) Luengo-Fernandez R. et al., Lancet Onc. 2013

(2) Mennini FS et al., 2018.

Tutto questo si traduce in un valore aggiunto economico e sociale importante, soprattutto in termini di riduzione della perdita di produzione.

Ma anche importante ritorno fiscale.




Valore clinico e accesso


Nuove Terapie stanno migliorando la speranza di vita.

Uno studio recente ha dimostrato come immunoterapia e chemio vs chemio(a 12 mesi):

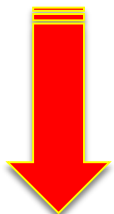
- Tasso di OS pari al 69,2% vs 49,4%
- 51% riduzione di morte
- 48% riduzione rischio progressione



Anche il NICE ha valutato la combinazione pembrolizumab e chemio un trattamento che > aspettativa di vita (*life extending end-of-life treatment criteria*).



riduzione perdita di produzione e conseguente riduzione dei costi associati (diretti ed indiretti)



nuovo **paradigma**

deve condurci verso una valutazione correlata alla globale strategia di controllo della specifica patologia neoplastica, con il conseguente superamento della **“mera”** logica del prezzo e dei silos budget a favore di una più completa valorizzazione della tecnologia.

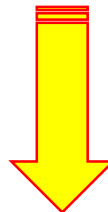
Occorrono regole e strumenti chiari che definiscano e tutelino l'innovazione.

Come fare?
Abbandonare Silos Budget
Big Data
BIM
PDTA

.....aggiornamenti continui

.....costo-efficacia ai fini di un PDTA

BIM all'interno di un PDTA



- *Accountability*: responsabilizzare i clinici mostrando l'impatto delle loro scelte terapeutiche
- *Enfatizzare* scelte cliniche supportate da LG che hanno (anche) un impatto sul budget
- *Mostrare* risparmi realmente ottenibili che possono essere investiti in terapie nuove e necessariamente personalizzate per questa tipologia di pazienti

- Riconsiderare Valore del Farmaco




- **Valutazione Economica del farmaco e HTA considerando:**
 - **Costi Diretti Sanitari**
 - **Costi Diretti non Sanitari (e informal care)**
 - **Costi Indiretti (Perdita produttività, Perdita Fiscale e Spesa Previdenziale)**

.....**ma anche**

- a) Dati (integrazione e collegamento banche dati e RWE)
- b) Abbandono del Silos Budget.
- c) BIM
- d) Effetto concorrenza

.....**Il meccanismo di “assessment” deve modificarsi di conseguenza**

Riuscire a disegnare percorsi assistenziali e di accesso alle cure tempestive (accompagnati da una puntuale stratificazione dei pazienti)

 permettere una riduzione tanto dei costi diretti quanto dei costi relativi alla spesa previdenziale, **senza dimenticare l'obiettivo fondamentale che è rappresentato dal miglioramento dello stato di salute dei pazienti.**

5. WTP

Per le tecnologie più impattanti (tanto dal punto di vista del prezzo che dell'efficacia), si dovrebbe ragionare in un'ottica di disponibilità a pagare del sistema (*Willingness to Pay – WTP*) tenendo in considerazione non solo la spesa farmaceutica (tanto a livello generale che Regionale e locale) **quanto tutto il percorso terapeutico (PDTA)** e le conseguenti riduzioni dei costi (Diretti ed Indiretti).

NEVER GIVE UP

Economic Evaluation and HTA (EEHTA)

Prof. Francesco Saverio Mennini

Research Director

Economic Evaluation and HTA (EEHTA), CEIS, Faculty of Economics, University of Rome «Tor Vergata»

Institute for Leadership and Management in Health, Kingston University London, UK

President Elect

SiHTA

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

f.mennini@uniroma2.it

Web: <http://www.ceistorvergata.it/area.asp?a=626>