

# “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**

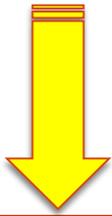
**Past President, ISPOR Italy Chapter, Rome**

# 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
<b>Tumori</b>	€ 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
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>	€ 671	€ 43	€ 714
<b>Turbe mentali, psiconevrosi, turbe della personalità</b>	€ 315	€ 298	€ 613
di cui:			
Schizofrenia	€ 85	€ 117	€ 202
<b>Malattie del sistema nervoso centrale</b>	€ 396	€ 176	€ 572
di cui:			
Sclerosi Multipla	€ 63	€ 22	€ 85
<b>Muscolo-scheletriche</b>	€ 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 <sup>(1)</sup>.

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

(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.

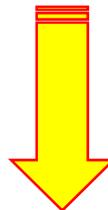
Occorrono regole e strumenti chiari che definiscano e tutelino l'innovazione.

**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](mailto:f.mennini@uniroma2.it)

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