



TECNICA FARMACEUTICA & COSMETICA

Sandro Siclari

In collaborazione con:

Roberto Adrower, Andrea Besozzi, Alessandro Crevani, Edoardo Lazzarini, Ioana Mansueto

Manuale dell'Informatore Scientifico del Farmaco

Una professione in evoluzione: identità, competenze e futuro

Gli autori		XI
Introduzione		XV
Capitolo 1	L'ISF nell'organizzazione aziendale	1
	1.1 Quante visite fanno gli ISF?	4
	1.2 Quanti sono gli ISF?	6
	1.3 Il dimensionamento della rete: quanti ISF servono davvero?	8
	1.4 L'ISF e i cicli promozionali	9
	1.5 Organizzazione aziendale	11
	1.6 Le altre funzioni aziendali nel territorio	15
	1.6.1 Medical Science Liaison (MSL)	15
	1.6.2 Field Market Access	16
	1.6.3 Il Product Specialist/ISF Specialist, il Field Trainer	18
	1.6.4 Il venditore in farmacia	18
	1.6.5 Clinical monitor o CRA	21
	1.6.6 Il Customer Marketing	22
	1.6.7 Capo Area	22
	1.7 Sales Force Effectiveness (SFE) e Commercial Excellence	23
Capitolo 2	Tipi di aziende nel farmaceutico	25
	2.1 Big Pharma	25
	2.2 Biotech	27
	2.3 Società dedicate a R&D	28
	2.4 Aziende italiane	28
	2.5 Consumer healthcare (CHC)	29
	2.6 Vaccini	31
	2.7 Equivalenti e biosimilari	31
	2.8 Emoderivati	32
	2.9 Gas medicinali	32
	2.10 Contract Selling Organization (CSO)	33
	2.11 CMO e CDMO	34
	2.12 Contract Research Organization (CRO)	34
	2.13 Settore veterinario/salute animale	35
	2.14 Settore dentale	35
Capitolo 3	Il sistema sanitario e gli stakeholder	37
	3.1 La spesa per la salute	38
	3.2 Ospedali	41

	3.2.1 Organizzazione ospedaliera	47
	3.2.2 La remunerazione degli ospedali: i DRG	49
	3.2.3 Case di Comunità e Ospedali di Comunità	50
	3.3 Assistenza domiciliare	51
	3.4 Professioni sanitarie	52
	3.4.1 Il Medico di Medicina Generale	54
	3.4.2 Specialisti	58
	3.5 Società scientifiche e KOL	62
	3.6 Associazioni di pazienti	63
	3.7 Distribuzione intermedia	64
	3.8 Farmacie e farmacisti	66
	3.8.1 Parafarmacie e corner	69
	3.8.2 Online	70
Capitolo 4	Quadro regolatorio	71
	4.1 Titolo di studio	72
	4.2 Definizione del compito	73
	4.3 Il comparaggio e i divieti promozionali	73
	4.3.1 Articolo 170 T.U.L.S. (Il medico)	74
	4.3.2 Articolo 171 T.U.L.S. (Il farmacista)	74
	4.3.3 Articolo 172 T.U.L.S. (L'azienda)	75
	4.3.4 I divieti promozionali nel Codice del Farmaco (art. 123 D.Lgs. 219/2006)	75
	4.3.5 Il rapporto tra comparaggio e art. 123	76
	4.3.6 Implicazioni operative per l'informatore scientifico del farmaco	77
	4.4 Documentazione al medico	77
	4.5 Campioni gratuiti di medicinali	78
	4.6 Organizzazione	79
	4.7 Accreditemento e regole regionali	80
	4.8 Il Codice deontologico di Farmindustria	86
	4.9 Un ruolo pubblico nell'informazione farmaceutica	87
	4.10 Settore veterinario	88
	4.11 Il Sunshine Act	89
Capitolo 5	Etica e compliance (di Edoardo Lazzarini e Sandro Siclari)	91
	5.1 Funzione compliance: perché usare al meglio questa risorsa	95
	5.2 Le 12 regole operative pratiche di tutela professionale dell'ISF	96
	5.3 Considerazione conclusiva	98
Capitolo 6	Contratti e inquadramento dell'ISF	99
	6.1 Dipendente o lavoratore autonomo?	99
	6.2 Agenzia monomandataria e plurimandataria	101
	6.3 Il contratto di opera	102
	6.4 CCNL Chimico Farmaceutico	103
	6.5 Il CCNL Commercio	105
	6.6 Il lavoro in somministrazione	105
	6.7 Retribuzioni	106
	6.8 La ricerca del lavoro	107
Capitolo 7	Il sistema incentivante (di Andrea Besozzi)	109

Capitolo 8	Formazione, aggiornamento e sviluppo di carriera	113
	8.1 Gli studi minimi	113
	8.2 Quali Master?	114
	8.3 Aggiornamento	115
	8.4 Sviluppo di carriera	115
	8.5 Il passaggio ai dispositivi medici	119
Capitolo 9	Lo sviluppo dei farmaci, le classi di rimborso, i prezzi	123
	9.1 Lo sviluppo e le fasi di studio dei farmaci	123
	9.2 Biologici e chimici	130
	9.2.1 Molecole piccole e grandi	131
	9.3 Evidence Based Medicine	131
	9.4 Farmacovigilanza	133
	9.5 L'AIC e le classi di rimborsabilità	135
	9.5.1 Le note e i registri AIFA	136
	9.6 Il prezzo dei farmaci	137
	9.6.1 Gli sconti	138
	9.6.2 Il ticket	139
Capitolo 10	Il mercato farmaceutico	141
	10.1 I dati OsMed	142
	10.2 Le statistiche di mercato per l'ISF	143
	10.2.1 I limiti di certi dati	146
	10.3 I dati IQVIA Italia	146
	10.4 Conclusioni	153
Capitolo 11	Marketing farmaceutico (di Ioana Mansueto)	155
	11.1 Il marketing farmaceutico	155
	11.2 Il Marketing Mix (4P) nel farmaceutico	156
	11.3 Posizionamento e USP	157
	11.4 Funnel e percorso decisionale del medico	158
	11.5 Multicanalità e omnicanalità	158
	11.6 Intelligenza Artificiale, marketing e informazione scientifica	159
Capitolo 12	Vendita e negoziazione (di Alessandro Crevani)	161
	12.1 L'informatore scientifico nella vendita moderna	161
	12.2 Strategia e tattica	164
	12.3 La negoziazione	168
	12.3.1 La negoziazione applicata al lavoro dell'Informatore Scientifico del Farmaco	171
	12.3.2 Negoziazione: tre distinzioni operative	172
	12.3.3 Le fasi di una negoziazione	173
	12.4 Psicologia della vendita	188
	12.5 Value-based selling: vendere valore, non farmaci	209
	12.6 Il ciclo decisionale del cliente	210
	12.7 Conclusioni	213
Capitolo 13	Comunicazione e visita medica (di Ioana Mansueto)	215
	13.1 Informazione e cultura del farmaco	215
	13.2 Comunicazione e relazione	216
	13.3 Tecniche di comunicazione	217
	13.3.1 Tecnica AIDA	217

	13.3.2	Tecnica CVB	218
	13.3.3	Tecnica del framing emozionale	218
	13.3.4	Modelli e approcci di comunicazione	220
	13.4	Applicazione alla visita medica	223
	13.5	Digital & Tech: gli strumenti che trasformano l'ISF	226
Capitolo 14		Account Planning (di Ioana Mansueto)	229
	14.1	Account Planning per una partnership di valore	229
	14.2	Approccio Agile nell'esecuzione dell'Account Planning	233
	14.3	AI ridisegna l'Account Planning nel settore farmaceutico	234
Capitolo 15		Gli studi clinici	235
	15.1	Come leggere e usare gli studi clinici	235
	15.2	Anatomia di un articolo scientifico	235
	15.3	Leggere i risultati senza ingenuità	236
	15.4	Valutare la qualità metodologica	236
	15.5	Generalizzabilità e limiti degli studi	237
	15.6	Confronto tra studi: come gestire le evidenze contrastanti	237
	15.7	L'uso degli studi nella visita medica	238
	15.8	Le fonti: dove trovare letteratura affidabile	238
	15.9	Conclusioni	239
Capitolo 16		Le gare ospedaliere	241
	16.1	Introduzione alle gare di appalto farmaceutiche	241
	16.1.1	Gare aperte e affidamenti diretti	242
	16.2	Principi generali delle gare farmaceutiche	243
	16.2.1	I principi di derivazione europea	243
	16.2.2	Principi nazionali	243
	16.2.3	Criterio di aggiudicazione	243
	16.2.4	Appropriatezza e continuità terapeutica	244
	16.3	La suddivisione in lotti	244
	16.3.1	Tipologie di lotti	244
	16.3.2	Principio di omogeneità dei lotti	244
	16.4	Aggiudicazione dei lotti	245
	16.5	Biosimilari e aggiudicazioni	245
	16.6	Conclusioni operative per l'ISF	246
Capitolo 17		La visita e la vendita in farmacia (di Roberto Adrower)	247
	17.1	Introduzione	247
	17.2	La dinamica della "comfort zone" nell'informazione scientifica	248
	17.3	Nel mondo VUCA e BANI cambiano i ruoli del farmacista e dell'ISF	250
	17.4	Conclusioni	261
Capitolo 18		Conclusioni	263
		Indice delle aziende citate	265
		Bibliografia	267

Dopo aver pubblicato due manuali, il primo dedicato al lavoro nell'industria farmaceutica e medicale, il secondo al marketing, nei quali la figura dell'Informatore Scientifico del Farmaco era già tratteggiata a grandi linee, ho sentito il bisogno di approfondirne le caratteristiche in modo più sistematico e completo. A questa convinzione si sono uniti i coautori che hanno contribuito con generosità a questo progetto, condividendo l'obiettivo di offrire uno strumento concreto a chi quella professione già la esercita o aspira a esercitarla. Da questo obiettivo comune nasce questo libro.

Il lettore cui ci rivolgiamo è, pertanto, sia chi si affaccia a questa carriera dopo gli studi universitari, sia chi la pratica già e desidera strutturare e approfondire le proprie conoscenze. Speriamo tuttavia di essere utili anche a chi, all'interno dell'organizzazione aziendale, ha necessità di comprendere meglio la funzione dell'informazione scientifica: dagli area manager al marketing, fino a tutte le figure che interagiscono con medici e farmacisti. L'ISF è una figura capace di fungere da ponte tra le aziende farmaceutiche e gli operatori sanitari, con risvolti sociali spesso ignorati o fraintesi dall'opinione pubblica, che raramente ne comprende il valore reale e tende a ridurre questi professionisti, e con loro l'intera industria farmaceutica, a semplici promotori di interessi commerciali. Questo libro vuole smentire quella lettura superficiale e restituire a questa professione la dignità che merita.

L'ISF, se esercitato con rigore e integrità, è un attore centrale nei processi di medicina partecipativa che caratterizzeranno sempre di più il futuro della salute. Terapia genica, editing genomico, vaccini a mRNA, immunoterapia CAR-T, i farmaci GLP-1, ricerca sulla longevità, l'intelligenza artificiale applicata alla diagnostica e

alla scoperta di farmaci: le rivoluzioni terapeutiche in corso richiedono una diffusione capillare e corretta della conoscenza scientifica, e chi fa informazione sul campo ha un ruolo insostituibile in questo processo.

Lo dimostra, tra i tanti esempi possibili, la storia delle statine: quando la scoperta del metabolismo del colesterolo valse il Nobel a Goldstein e Brown nel 1985, ci vollero anni prima che la consapevolezza del “rischio colesterolo” si diffondesse davvero tra i medici. L’informazione scientifica portata con professionalità ha contribuito in modo decisivo a colmare quel ritardo, e con esso a evitare una quota importante di morbilità e mortalità cardiovascolare.

Non intendiamo nascondere che l’informazione scientifica del farmaco sia finalizzata, in ultima analisi, a generare profitto per le aziende che investono in ricerca. Ma quei profitti, quando sono frutto di lavoro serio, vengono in larghissima parte reinvestiti in nuovi progetti, alimentando il circolo virtuoso dell’innovazione. Profitto e valore sociale, in questo settore, non sono in contraddizione.

Nel libro approfondiremo il quadro legislativo e regolatorio che disciplina la professione, codici deontologici, normative, con l’obiettivo non solo di descriverlo, ma di far comprendere come un comportamento corretto permetta di navigare fra le sfide etiche e i potenziali conflitti d’interesse. Tratteremo dei processi formativi, iniziali e continui, offrendo una guida pratica per chi vuole intraprendere questa carriera. Dedicheremo spazio all’evoluzione digitale della professione, webinar, e-detailing, piattaforme informative, e all’intelligenza artificiale, che sta ridisegnando trasversalmente tutti i processi aziendali in tutti i settori merceologici, e nel nostro caso avrà un impatto nella gestione delle reti di vendita, nella formazione, nell’analisi dei dati di mercato, nella relazione con gli operatori sanitari. Cercheremo di anticipare le competenze che il prossimo futuro richiederà.

Ripercorreremo anche la storia di questa figura in parallelo con quella dell’industria farmaceutica, tenendo presente il contesto economico e socioculturale in cui si è sviluppata.

Un’ultima ambizione: contribuire a una maggiore consapevolezza pubblica sul valore della corretta informazione scientifica, in un momento in cui anche le istituzioni, come AIFA, che a fine 2024 ha annunciato una propria piattaforma informativa, si muovono nella stessa direzione.

Questa professione, per chi tra noi l’ha vissuta in prima persona prima di approdare a ruoli di gestione e direzione, non è solo un mestiere. È stata una scuola. Questo libro è anche un omaggio a chi la esercita ogni giorno con serietà.

Ringrazio prima di tutto i coautori che hanno collaborato generosamente alla stesura di questo manuale, apportando, oltre al loro tempo, delle competenze ed esperienze preziose, senza le quali questo libro non avrebbe potuto vedere la luce:

Roberto Adrower, Andrea Besozzi, Alessandro Crevani, Edoardo Lazzarini, Ioana Mansueto.

Ringrazio sentitamente **Antonella Levante** e il suo team di IQVIA, in particolare **Valentina Piccoli, Valeria Rospetti** e **Valentina Tornelli**, per i preziosi dati di mercato che hanno reso possibile descrivere certe dinamiche.

Grazie anche ad **Angela Bianchi, Anna Maria Calvio, Omar Campanale, Monica Capredoni, Giorgio Castaldo, Barbara Ferrarese, Alessandro Ferri, Laura Lampugnani, Luisa Mirò e Giuseppe Pompilio** per i preziosi consigli.

Grazie al nostro editore, in particolare a **Marco Airoidi** e al suo team di Helyx, che ha reso possibile questo volume.

Maggio 2026,

Sandro Siclari

IL SISTEMA SANITARIO E GLI STAKEHOLDER

di Sandro Siclari

Anche se il nostro obiettivo primario, in questo manuale, è descrivere le opportunità e le caratteristiche del ruolo dell'ISF, riteniamo utile darvi una panoramica del più vasto ambiente della salute e degli stakeholder a questo collegati, soprattutto per chi si accinge, subito dopo gli studi, a intraprendere questa professione.

Se inseriamo al centro del nostro schema il paziente (a volte consumatore), come è giusto che sia, vediamo che l'offerta di prodotti e servizi correlati alla salute gli può arrivare infatti da una varietà di attori, che potremmo dire legati in maniera simbiotica, quasi a costruire un ecosistema di entità interdipendenti piuttosto che indipendenti, e che probabilmente verranno sempre più a condividere i dati sempre più ampi, oggi dispersi nel sistema da silos che non comunicano bene fra di loro.

Dovremmo quindi considerare anche ospedali, medici, infermieri, farmacie, laboratori di analisi, strutture che spesso sono il cliente primario per l'industria, e che per il paziente o consumatore sono il primo contatto che ha con il complesso mondo della salute, dato che i prodotti industriali gli arrivano da questi, e solo raramente direttamente dall'industria, oppure vengono utilizzati da chi gli fornisce certi servizi sanitari. Questi settori, di cui analizzeremo velocemente solo la parte che più ci interessa rispetto all'ISF, generano un enorme valore aggiunto, sia in termini qualitativi che quantitativi, assorbono milioni di lavoratori e una quota rilevante della spesa pubblica da una parte, mentre dall'altra contribuiscono in maniera notevole alla crescita del PIL.

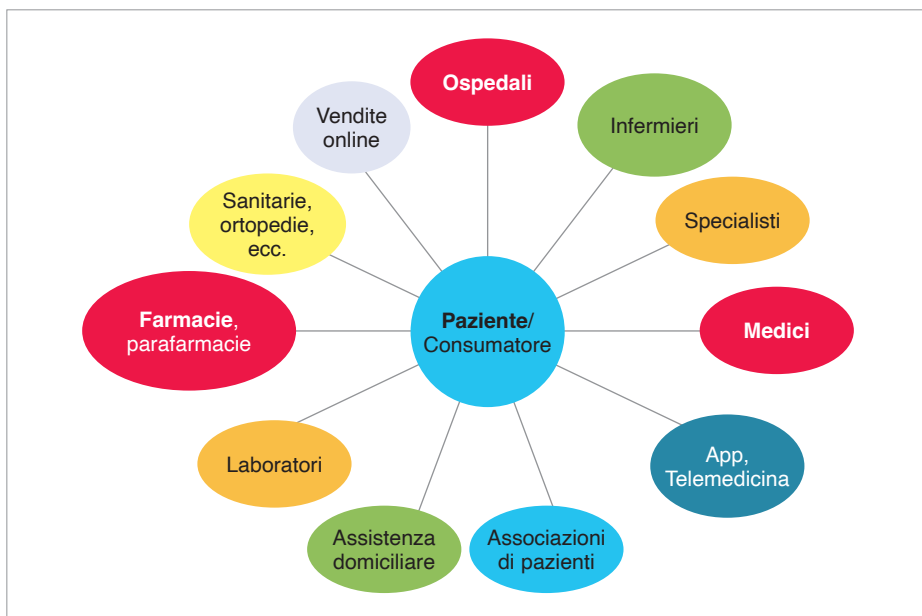


Figura 3.1 Un mondo complesso.

Come tutte le esemplificazioni, la figura sopra non mostra un aspetto importante, di cui noi dobbiamo sempre tenere conto, e cioè che questi attori sono spesso strettamente collegati fra di loro, come intuibile e come vedremo esaminandoli singolarmente. Inoltre, non ci mostra la comprensione che finalmente comincia ad affermarsi del concetto di “**one health**”, una salute, per riconoscere che la nostra salute **umana** non può esistere senza che siano allo stesso tempo preservate la salute **animale** e quella dell'**ambiente**.

3.1 LA SPESA PER LA SALUTE

La maggior parte della spesa per la salute in Italia è **pubblica**; sul totale di **185** miliardi di euro spesi nel 2024, quasi il 26%, ovvero **48 miliardi, sono spese private** (di cui fanno parte le spese definite *out-of-pocket*¹, che includono il cosiddetto *ticket*, ma anche le spese rimborsate da fondi e assicurazioni, che sono una parte molto piccola del totale) mentre il 74%, pari a **137 miliardi, sono spese pubbliche**. Le spese di cui parliamo includono tutto, farmaci, dispositivi medici, ma anche il costo del personale.

Una parte importante delle spese private, circa il 30%, è data da visite e prestazioni odontoiatriche, che il settore pubblico copre storicamente e in maniera

¹ Di tasca propria.

Il successivo art. 126, oltre a chiarire chi può avere la responsabilità di tale servizio, ci dice poi giustamente che l'azienda **verifica che gli informatori scientifici alle proprie dipendenze sono in possesso di una formazione adeguata e rispettino gli obblighi imposti dal presente decreto.**

4.7 ACCREDITAMENTO E REGOLE REGIONALI

A livello nazionale, non c'è nessun accreditamento o obbligo di registrazione degli ISF, il cui nominativo va semplicemente comunicato ad AIFA dalla vostra azienda, ma come sapete la sanità in Italia è regionalizzata, e quasi ogni regione ha legiferato in materia.

Molte richiedono pertanto che il nominativo degli ISF venga comunicato prima, e che venga fornito un tesserino di riconoscimento. Altre stabiliscono quante visite si possano fare in un anno, o inseriscono altre regole.

Fermo restando che vi invitiamo a consultare e verificare con attenzione tutte le regole relative alle regioni in cui operate, che possono cambiare in qualunque momento, vi riassumiamo qui di seguito i principali provvedimenti a noi noti al momento di andare in stampa, dove peraltro non abbiamo evidenziato gli obblighi e regole già esistenti a livello nazionale. Inoltre, va sempre verificato se una singola ASL o struttura ospedaliera abbia le sue ulteriori regole, che non riportiamo in questo manuale.

Da notare che ci sono diverse regioni che assoggettano alle medesime regole le attività relative ai dispositivi medici o al parafarmaco, che a livello nazionale non hanno alcuna disciplina; infine, prendiamo atto del favore di molti ISF alla istituzione dei registri regionali, visti come un passo verso la creazione di un albo o di un ordine professionale, cosa di cui naturalmente non c'è alcuna necessità reale, se non soddisfare il perenne bisogno umano di riconoscimento di status, in un contesto nazionale in cui le gilde e corporazioni medievali non vengono viste come un ostacolo al progresso economico.

Tabella 4.2 Disposizioni regionali in materia di informazione del farmaco.

Regione	Provvedimento	Regole
Abruzzo	Legge regionale 24 giugno 2025, n. 20	<ul style="list-style-type: none">• Obbligo di tesserino di riconoscimento e istituzione del registro regionale degli ISF.
Basilicata	DGR n. 724 del 03/12/2024	<ul style="list-style-type: none">• Obbligo di tesserino di riconoscimento.• Non è mai ammessa attività di informazione all'interno del blocco operatorio, dei reparti di degenza e negli ambulatori specialistici durante l'orario di visita dei pazienti.• Non è consentito altresì un contatto diretto tra l'informatore scientifico e il paziente.

Regione	Provvedimento	Regole
		<ul style="list-style-type: none"> • Non più di 5 visite per anno ai singoli medici. • Gli ISF svolgono la loro attività individualmente; la presenza del “capoarea” o di altre figure professionali non correlate all’attività di informazione scientifica è ammessa solo nel caso di ISF neoassunti e limitatamente ai 12 mesi successivi all’inizio dell’attività e/o per funzioni diverse dall’informazione scientifica. • Gli ISF non possono svolgere alcuna attività di tipo commerciale presso le farmacie, sia ospedaliere che aperte al pubblico (convenzionate).
Calabria	DGR 445/2006, Legge Regionale n. 13 del 14/04/2023 e DD n. 18560 del 11/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo di tesserino di riconoscimento e istituzione del registro regionale degli informatori del farmaco. • Non è ammesso lo svolgimento dell’attività di informazione medico scientifica all’interno dei reparti di degenza nonché negli ambulatori specialistici durante l’orario di visita dei pazienti a eccezione degli studi medici. • Gli ISF non possono svolgere alcuna attività di tipo commerciale presso le farmacie, sia ospedaliere che aperte al pubblico (convenzionate). • Viene stabilito in 5 € per visita e in 20 € all’anno il valore massimo di omaggi e gratuità. • Limite di 4 visite per medico.
Campania	Legge Regionale n. 8 del 27/06/2011	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo di tesserino di riconoscimento e istituzione del registro regionale degli ISF. • Non più di 6 visite per anno ai singoli medici ma discrezionalità del medico. • Presenza del capoarea o di altre figure professionali non correlate all’attività di informazione scientifica è ammessa soltanto nel periodo di dodici mesi dall’inizio dell’attività dell’ISF ovvero per funzioni diverse dalla informazione scientifica. • Gli ISF non possono svolgere alcuna attività di tipo commerciale presso le farmacie, sia ospedaliere che aperte al pubblico (convenzionate). • Gli ISF non possono chiedere al medico o farmacista informazioni sulle abitudini prescrittive dei medici e questi ultimi non possono fornire a terzi dati personali inerenti gli ISF e la loro attività. • Gli ISF trasmettono all’azienda sanitaria locale ogni singola reazione avversa da farmaci di cui dovessero venire a conoscenza. • Viene stabilito in 5 € per visita e in 20 € all’anno il valore massimo di omaggi e gratuità, vietati a livello nazionale se non di valore trascurabile.

CONTRATTI E INQUADRAMENTO DELL'ISF

di Sandro Siclari

L'ISF può collaborare con una azienda a vario titolo, non è detto che sia come dipendente, ben potendo essere quale agente o come collaboratore esterno. In questo capitolo passeremo in rassegna le forme principali.

6.1 DIPENDENTE O LAVORATORE AUTONOMO?

Certamente il contratto da dipendente è la forma preferita dalla stragrande maggioranza degli ISF, ma non sempre dalle aziende, per motivi esattamente opposti. La decisione di usare **lavoratori autonomi** (che possono avere due tipi diversi di contratto) oppure **dipendenti** interni come Forza Vendite, anche nelle aziende farmaceutiche, dipende da alcune variabili strategiche, economiche e operative. I principali motivi per cui un'azienda può scegliere l'una o l'altra soluzione sono:

- **Costo:** quando siamo dipendenti, vediamo il nostro stipendio netto, che è quello che ci serve effettivamente; volendo, possiamo andare a guardare il nostro lordo, che include contributi previdenziali e tasse che il nostro datore di lavoro paga per conto nostro. Ma quello che non vediamo è il costo totale che sopporta l'azienda, perché al nostro lordo deve aggiungere ulteriori contributi previdenziali, ben più sostanziosi di quelli che vediamo in busta paga, e accantonare il nostro TFR, o trattamento di fine rapporto, cui avremo diritto quando il nostro rapporto di lavoro si interrompe. Il risultato è che quello che riceviamo netto potrebbe essere anche meno della metà del costo totale all'azienda. Un collaboratore o un agente *in genere* viene remunerato con un costo totale molto inferiore rispetto al dipendente, e i costi aggiuntivi rispetto al lordo sono nulli o più contenuti, perché, se inquadrato con Enasarco, c'è anche in questo

caso qualcosa che assomiglia al TFR, si chiama FIRR, indennità di fine rapporto, ma nei contratti di consulenza normalmente non è previsto alcun pagamento aggiuntivo al termine del rapporto.

- **Costo fisso contro costo variabile:** dal punto di vista dell'azienda, un dipendente è un costo fisso, indipendentemente dai risultati; al contrario, un agente o un consulente è un costo variabile, che muta a seconda dei risultati.
- **Flessibilità:** per l'azienda è legalmente molto più facile interrompere un rapporto di collaborazione o di agenzia, mentre nel caso di un rapporto dipendente esistono delle procedure e vincoli di legge che lo rendono meno semplice e molto più costoso, beninteso in assenza di una giusta causa o di un provvedimento collettivo. Inoltre, mutare la zona di lavoro può avere implicazioni profonde sulla remunerazione, e anche qui è relativamente facile con un lavoro autonomo, molto più complicato per un dipendente.
- **Motivazione al risultato:** alcune aziende ritengono che un contratto di collaborazione o di agenzia eserciti una maggiore pressione sull'ISF affinché lavori di più e con maggiore orientamento al risultato, sia perché è meno sicuro, sia perché maggiormente o più esplicitamente legato ai risultati.
- **Stabilità:** una Forza Vendite composta da dipendenti è certamente più stabile e quindi più affidabile nel tempo. Inoltre, i dipendenti sentono più propria l'azienda, in maniera molto diversa dagli agenti o altri collaboratori.
- **Problemi legali:** non è infrequente il caso di lavoratori autonomi che hanno fatto causa alle loro aziende e hanno ottenuto il riconoscimento del contratto di lavoro subordinato; in tale contesto giurisprudenziale, non poche aziende decidono di non volere correre alcun rischio.

Ma ogni azienda opera in un mercato in cui ci sono altri operatori, per cui non ha totale libertà, o meglio, la sua legittima libertà di organizzarsi come meglio crede ha dei limiti posti dalla sua concorrenza; in altre parole, se una azienda farmaceutica adotta per la sua Forza Vendite un modello basato su dipendenti, è molto difficile per una azienda dello stesso genere e in concorrenza riuscire a creare una Forza Vendite di agenti che abbia un minimo di stabilità, perché potrebbe anche riuscire a farlo con ISF all'inizio della loro carriera, ma prima o poi questi verrebbero inesorabilmente attratti da un lavoro più sicuro, o almeno percepito come tale. Qual è la realtà? Che il modello dipendenti è adottato praticamente dalla maggioranza delle aziende con farmaci etici, e quello con agenti o collaboratori esterni viene utilizzato o da start-up con scarsi mezzi finanziari, o da chi ha non farmaci etici ma OTC o integratori, che richiedono spesso una certa dose di competitività commerciale, non richiesta né necessaria sull'etico; inoltre, la rete di agenti è il modello preferito anche da Big Pharma quando si tratta di visitare le farmacie, che richiedono un approccio diverso rispetto al medico.

Esistono poi altre differenze fra un dipendente, che è subordinato all'azienda, e deve seguire le direttive che gli vengono impartite, rispetto all'agente, che è un

IL MERCATO FARMACEUTICO

di Sandro Siclari

Per consentire al lettore di comprendere meglio il mercato e le sue dinamiche di mercato, riteniamo essenziale fare ricorso ad alcuni dei numerosi dati disponibili, pur con il rischio che vengano letti quando già sono superati. Ma almeno avrete una base di partenza; siamo inoltre consapevoli che i dati aggregati a livello nazionale per l'Italia presentano spesso dinamiche e valori che, in termini proporzionali, si discostano significativamente da quelli riferibili alle singole regioni e, ancor più, ai singoli territori di vendita, che nelle aziende di grandi dimensioni possono rappresentare una frazione minima del totale.

A tal fine ci avvaliamo di due fonti principali. La prima, liberamente accessibile, è il **Rapporto OsMed**, che AIFA pubblica annualmente e che invitiamo a consultare con attenzione, poiché in questo volume ne riportiamo solo pochi dati selezionati, e invece nelle sue oltre 800 pagine è denso di informazioni utili alla comprensione del nostro mercato di riferimento. La seconda fonte è rappresentata dai dati **IQVIA**, gentilmente concessi per questa pubblicazione dall'azienda che è il leader mondiale indiscusso nella raccolta e nell'analisi di dati e informazioni nel settore della salute e della consulenza alle industrie farmaceutiche, nonché partner di riferimento, di fatto quasi imprescindibile, per la maggior parte degli operatori di marketing farmaceutico, in particolare per coloro che, all'interno delle aziende, sono chiamati a elaborare informazioni utili a orientare le strategie e le attività operative.

10.1 I DATI OSMED¹

Iniziamo con la **spesa farmaceutica totale**, una delle maggiori componenti della spesa sanitaria totale (vedi Capitolo 3), che ammonta nel 2024 a **37,2 miliardi** di euro, in aumento del 2,8% rispetto al 2023. Il 72% di quella spesa è pubblica, e il 27,3% privata. Fra i 10,2 miliardi di euro di spesa privata, in diminuzione del 4,6% rispetto all'anno precedente, quella più irrazionale è la spesa per acquistare un farmaco di marca al posto del perfettamente valido generico, e ammonta a oltre un miliardo²; ma certamente anche nei quasi 3 miliardi spesi per farmaci da banco esiste un'ampia fascia di spreco, similmente derivante dalla scelta poco informata, ma comprensibilissima alla luce delle dinamiche del mercato Consumer Healthcare, di farmaci di marca al posto del loro equivalente.

Tabella 10.1 Composizione della spesa farmaceutica 2024³.

	Spesa (milioni)	Δ% 24-23	%
Spesa convenzionata netta <i>di cui ossigeno e vaccini</i>	7.959,8 65,7	3,4 -11,0	21,4 0,2
Distribuzione diretta classe A	2.920,6	4,6	7,8
Distribuzione per conto classe A	2.778,0	10,9	7,5
ASL, Aziende ospedaliere, RSA e penitenziari <i>di cui ossigeno e vaccini</i>	12.366,0 1.017,5	10,9 5,3	33,2 2,7
Importazioni	55,0	36,5	0,1
Galenici	37,2	14,8	0,1
Extra tariffa	681,6	3,2	1,8
Spesa pubblica	26.798,2	7,7	72,0
Ticket fisso	441,2	4,0	1,2
Quota prezzo di riferimento	1.060,7	0,4	2,8
A privato	1.650,5	-18,3	4,4
C con ricetta	3.652,0	-4,9	9,8
SOP OTC	2.992,0	1,7	8,0
Esercizi commerciali	363,8	-1,1	1,0
Spesa privata	10.160,2	-4,6	27,3
Sconti	273,4	-60,4	0,7
Totale	37.231,8	2,8	100

1 Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2024*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2025.

2 Vedi nella tabella la riga Quota prezzo di riferimento.

3 Vedi Tabella 1.1.1 OsMed.

COMUNICAZIONE E VISITA MEDICA

di Ioana Mansueto

13.1 INFORMAZIONE E CULTURA DEL FARMACO

Un'informazione scientifica del farmaco corretta ed efficace promuove una **“cultura del farmaco” etica e trasparente**, in quanto tale ha un **impatto sociale** molto rilevante, fornisce dati oggettivi e verificabili sul profilo del farmaco completi e conformi al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP), garantisce l'uso razionale e sicuro dei medicinali, migliora gli esiti clinici per pazienti e comunità, favorendo l'adesione terapeutica e prevenendo usi inappropriati che potrebbero causare effetti collaterali. Tutto questo a supporto di decisioni consapevoli e personalizzate da parte del personale medico, basate su evidenze scientifiche che contribuiscono alla tutela della salute pubblica riducendo rischi e sprechi.

L'impatto sociale generato dall'informazione scientifica del farmaco è attualmente misurato attraverso **indicatori** che valutano esiti sanitari, efficienza economica e qualità relazionale. Questi KPI derivano da linee guida Farmindustria, AIFA e studi settoriali, collegando le attività ISF a benefici per pazienti, SSN e società. Tra gli indicatori sociali più importanti attribuiti a uso razionale farmaci, grazie a informazione evidence-based, ci sono:

- **Indicatori sociali** (monitorati attraverso survey medici e dati real-world evidence):
 - » riduzione mortalità per patologie croniche (es. -35% in 20 anni);
 - » aumento sopravvivenza post-diagnosi tumori (+1 mln persone);
 - » aumento adesione terapeutica e uso appropriato (NNT - Number Needed to Treat).

- **Indicatori economici** (monitorati attraverso Indicatori Farmaceutici Farmindustria):
 - » generazione valore per il SSN: 3 € beneficio per 1 € investito in studi supportati da informazione scientifica, inclusi costi evitati ospedalieri;
 - » riduzione spesa pubblica per overuse (es. equivalenti/biosimilari) e ottimizzazione risorse.

Accanto agli indicatori sono spesso utilizzate delle **metriche** che servono principalmente a valutare l'efficacia delle interazioni tra informatori scientifici e medici, ottimizzando la qualità dell'informazione, la soddisfazione del target e l'impatto sulle prescrizioni appropriate.

- Net Promoter Score (NPS), soddisfazione medici su informazione ricevuta.
- Professional Effort Score (PES), facilità percezione benefici clinici.
- Frequenza visite/target - copertura e qualità interazioni ISF.
- Quota prescrizioni appropriate - correlazione post-visita.

Esse supportano decisioni data-driven per migliorare strategie di comunicazione, formazione e copertura territoriale, integrandosi con audit digitali e altre tipologie di osservatori indipendenti:

13.2 COMUNICAZIONE E RELAZIONE

La **comunicazione** è l'elemento centrale per la professione di Informatore Scientifico del Farmaco. Questa, per risultare efficace, deve avere un obiettivo, bisogna aver chiaro cosa dire, a chi dirlo, come dirlo e che mezzi usare. Non ultimo è necessario verificare l'efficacia della comunicazione attraverso un feedback.

Ogni comunicazione, inoltre, oltre a trasmettere il contenuto, implica un impegno tra le persone e definisce la natura della loro **relazione**. Oltre al messaggio, infatti, il ricevente accoglie anche altri aspetti che definiscono una relazione. Questo è definito da come si presenta la comunicazione, dal non verbale e dal contesto. È essenziale che ognuno sia consapevole del punto di vista dell'altro. Possiamo dire che, per una comunicazione efficace, è necessario porre attenzione alla relazione e questo porta a sottolineare l'importanza dell'**ascolto**.

Essere ascoltati è il primo bisogno di ogni interlocutore. Durante la visita, il medico desidera sentirsi compreso e rispettato nel proprio ruolo decisionale. L'ascolto attivo richiede presenza mentale, curiosità autentica e linguaggio di conferma (verbale e non verbale).

L'intelligenza emotiva ed empatia guidano l'efficace informazione scientifica come reale **partnership relazionale**, costruendo fiducia a lungo termine, fidelizzazione e prescrizioni appropriate per il beneficio del paziente.

13.3 TECNICHE DI COMUNICAZIONE

Le principali tecniche di comunicazione per l'informazione scientifica del farmaco si basano su evidenze cliniche, ascolto e personalizzazione, garantendo **interazioni etiche e persuasive** con medici e operatori sanitari. Qui di seguito una breve sintesi delle tecniche più utilizzate con qualche esempio pratico. Queste tecniche devono essere sempre applicate ancorandole a evidenze scientifiche e sempre coerentemente alle informazioni riportate nell'RCP di prodotto.

13.3.1 TECNICA AIDA

Sviluppato alla fine dell'800 negli Stati Uniti ma ancora valido, il modello AIDA (Attenzione, Interesse, Desiderio, Azione) guida la comunicazione persuasiva dell'ISF strutturando la visita medica in fasi sequenziali per catturare l'attenzione del medico e orientarlo verso scelte terapeutiche *evidence-based*. Questa tecnica serve a modellare il percorso cognitivo-affettivo del consumatore: dalla mera consapevolezza (Attenzione) all'adozione (Azione), passando per fasi psicologiche sequenziali (Interesse) e convinzione emotiva (Desiderio).

Vediamone un'applicazione pratica:

Tabella 13.1 Le fasi del modello AIDA.

Livello AIDA	Obiettivo	Applicazione
Attenzione	Apertura con un dato impattante	<i>Nel 2% degli NSCLC¹, la mutazione TARGET causa progressione rapida; il farmaco X ha ORR² 70% nello studio ABC".</i>
Interesse	Sviluppo di dettagli	<i>Nello studio di fase II ABC, ORR 70% pretrattati, con durata mediana 30 mesi anche sulle metastasi cerebrali, superando la chemioterapia standard.</i>
Desiderio	Beneficio emotivo	<i>I suoi pazienti TARGET+ guadagnano tempo prezioso – mesi senza progressione, qualità vita preservata, evitando tossicità chemioterapica – come nel caso clinico del sig. Rossi, stabile a 18 mesi.</i>
Azione	Chiusura dell'intervista	<i>Le vengono in mente pazienti con mutazione TARGET+ che potrebbero beneficiare di questo trattamento? Le lascio il materiale di supporto, nella prossima visita potremmo discutere insieme di dati personalizzati in base alla casistica di suo maggiore interesse.</i>

1 NSCLC, *Non-Small Cell Lung Cancer*, carcinoma polmonare non a piccole cellule.

2 In oncologia l'ORR o *Objective Response Rate* misura la percentuale di pazienti il cui cancro diminuisce dopo il trattamento.

La tecnica AIDA è particolarmente utile nell'informazione scientifica del farmaco perché struttura le interazioni degli ISF con i medici in un flusso persuasivo logico e sequenziale, massimizzando l'impatto educativo e comportamentale.

13.3.2 TECNICA CVB

La tecnica CVB (Caratteristica-Vantaggio-Beneficio) è stata formalizzata negli anni '70 e deriva dalla pubblicità del primo Novecento, che enfatizzava l'Unique Selling Proposition (USP)³, spostando il focus dalle caratteristiche tecniche del prodotto al **valore** per il cliente e si radica in psicologia della persuasione (Cialdini, 1984). In ambito farmaceutico è una delle tecniche più largamente utilizzata dall'informazione scientifica del farmaco.

Consiste nello strutturare il messaggio iniziando dalla descrizione della caratteristica fattuale, per poi passare al vantaggio clinico, e infine per chiudere con il beneficio per il paziente. Permette di rendere i dati memorabili e orientati al valore terapeutico.

Vediamone l'applicazione nella tabella sotto:

Tabella 13.2 Le fasi del modello CVB.

Livello CVB	Applicazione
Caratteristica	<i>Il Farmaco A è un inibitore orale selettivo di TARGET, approvato AIFA per NSCLC avanzato TARGET-positivo in linee successive, con dosaggio 100 mg/die.</i>
Vantaggio	<i>Nello studio ABC (di fase III), ha dimostrato tasso di risposta obiettiva (ORR) del 70% nei pretrattati con FARMACO B e 78% nei naïf, con durata risposta mediana 30 mesi e attività su metastasi cerebrali.</i>
Beneficio	<i>Per i suoi pazienti NSCLC TARGET+ (2% dei casi), prolunga la sopravvivenza libera da progressione (PFS), riducendo rischio recidiva e migliorando qualità vita – ritardando chemioterapia tossica – con profilo sicurezza gestibile (eventi G3/4 <10%). Come questo impatta la sua casistica con mutazione TARGET?</i>

La tecnica CVB è utile perché trasforma dati tecnici, argomentazioni logiche in messaggi concreti e patient-centered, facilitando la comprensione e l'adozione da parte dei medici.

13.3.3 TECNICA DEL FRAMING EMOZIONALE

Il framing emozionale (o affettivo), basato sulle teorie di Kahneman, Slovic e Damasio, si basa sulla presentazione di dati clinici attraverso cornici affettive per

³ Proposta unica di vendita, che identifica un singolo fattore distintivo di un prodotto o servizio rispetto ai suoi concorrenti.

LA VISITA E LA VENDITA IN FARMACIA

di Roberto Adrower

17.1 INTRODUZIONE

Questo capitolo prende avvio da una riflessione sul legame, solo apparentemente indiretto, tra la farmacia territoriale e l'informazione scientifica del farmaco, quasi a evocare un ideale passaggio di testimone che si è progressivamente compiuto nel tempo. La nascita dell'industria farmaceutica, con il conseguente trasferimento della produzione dei medicinali galenici dalle botteghe artigianali delle farmacie agli impianti industriali su larga scala, ha infatti reso necessaria una nuova figura professionale: uno specialista scientifico dedicato alla comunicazione, capace di trasmettere contenuti di farmacologia, dati clinici e risultati terapeutici in modo strutturato e conforme al quadro normativo.

In questa prospettiva, l'economista Riccardo Gallo dell'Università "La Sapienza" di Roma definisce tali figure come "missionari tecnologici", professionisti che interagiscono con le aziende offrendo una consulenza "porta a porta", caratterizzati da un elevato valore aggiunto per l'industria e da una profonda conoscenza del territorio, delle organizzazioni e delle persone.¹

Proprio la centralità delle "persone visitate" induce a porsi una domanda: è possibile attribuire all'Informatore Scientifico del Farmaco una rinnovata significatività operativa anche all'interno della farmacia territoriale, condividendo quella stessa missione tecnologica già esercitata verso altri interlocutori sanitari?

Per lungo tempo, chi ha operato, o opera tuttora nelle funzioni di marketing e comunicazione farmaceutica, ricorda il costante richiamo delle funzioni regolatorie: dal

1 https://www.editricesapienza.it/sites/default/files/6010_Industria_Italia_RASSEGNA_STAMPA.pdf

punto di vista legislativo, l'informazione scientifica rivolta al farmacista deve limitarsi alla presentazione e spiegazione del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP). Un'impostazione corretta sul piano normativo, che negli anni si è sedimentata anche nella prassi professionale dell'ISF, contribuendo a consolidare un modello di farmacista prevalentemente identificato come dispensatore del bene-farmaco.

Salvo le eccezioni rappresentate da ambiti quali l'integrazione alimentare, i dispositivi medici e diagnostici, i presidi medico-chirurgici, il nutraceutico, il cosmeceutico e i SOP/OTC, la funzione distributiva è rimasta centrale. Tuttavia, alla luce delle recenti evoluzioni normative, tra cui il modello della **farmacia dei servizi**, è lecito interrogarsi su quale ruolo possa assumere oggi, e nel prossimo futuro, il farmacista e, conseguentemente, su come possa evolvere il rapporto tra farmacia retail e informazione scientifica del farmaco.

In questo capitolo proveremo ad analizzare tale scenario e a proporre alcune ipotesi di lavoro coerenti con le trasformazioni in atto.

17.2 LA DINAMICA DELLA "COMFORT ZONE" NELL'INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Affinché l'ISF valuti possibili "oceani blu" inesplorati nel rapporto con il farmacista retail, abbiamo provato a comprendere meglio il meccanismo della "comfort zone" che in questi anni l'ISF ha sviluppato e metabolizzato seguendo le direttive aziendali.

La logica dell'ISF per i farmaci su prescrizione medica

- Informare il farmacista su un nuovo prodotto che l'ISF presenta al medico nella microarea della farmacia. Il farmacista viene sollecitato ad avere un piccolo stock (sell-in) per non essere "spiazzato" di fronte alle richieste di un paziente che si presenta con una prescrizione e non troverebbe il prodotto disponibile immediatamente.
- Visita di controllo periodica, per verificare se le promesse prescrittive del medico sono arrivate a buon fine, e se è avvenuto il sell-out al paziente.
- Per queste modalità l'RCP deve essere sempre a portata di mano.

Agente commerciale oppure ISF con funzione anche commerciale

- Si fa informazione sui prodotti equivalenti perlopiù a livello di politica di acquisti; si spendono parole su SOP e OTC, sugli integratori alimentari, oppure nella cosmeceutica, con un modello di comunicazione pubblicitaria rivolta a raggiungere il cliente della farmacia. In definitiva la comunicazione ISF/Farmacista assume una natura commerciale, legata alla politica degli acquisti e alla scontistica applicata.
- Il **copia-commissione** è lo strumento base di lavoro da portare sempre con sé.

Il Manuale dell'Informatore Scientifico del Farmaco è una guida completa e aggiornata per comprendere e svolgere con efficacia una delle professioni chiave dell'industria farmaceutica. Articolato in 18 capitoli e realizzato anche con il contributo di diversi esperti, il manuale affronta tutti gli ambiti essenziali della professione: il sistema sanitario e gli stakeholder, il quadro normativo ed etico, le tipologie di aziende farmaceutiche, i modelli contrattuali e retributivi, i percorsi di formazione e di carriera.

Ampio spazio è dedicato allo sviluppo del farmaco, alle classi di rimborso, alle dinamiche di prezzo, all'analisi del mercato e dei dati prescrittivi.

Particolare attenzione è poi riservata agli aspetti operativi: il marketing farmaceutico, le tecniche di vendita e di comunicazione, la visita medica, l'account management, le gare ospedaliere e le attività in farmacia, integrando gli strumenti digitali, le nuove modalità di interazione con l'azienda e i sistemi di incentivazione.

Il manuale si rivolge quindi sia a chi si avvicina alla professione sia ai professionisti esperti, essendo un riferimento pratico e aggiornato per affrontare con consapevolezza l'evoluzione del ruolo dell'informatore scientifico.

UN'OPERA UNICA SUL MERCATO ITALIANO, CHE COLMA UN VUOTO DELLA MANUALISTICA IN QUESTO SETTORE.

Sandro Siclari

Laureato in Giurisprudenza presso l'Università La Sapienza di Roma, ha poi conseguito un Master of Science in Business Administration presso la Boston University. Già marketing manager, direttore generale e amministratore delegato in aziende farmaceutiche e medicali multinazionali e italiane, è consulente di marketing, management e nella transizione di carriera. Su questi temi ha scritto vari articoli e pubblicato quattro libri.