

Considerazioni farmacoeconomiche sul trattamento antipertensivo

Livia Tonti

Trattare l'ipertensione arteriosa conviene, anche sul piano economico. È però cruciale raggiungere gli obiettivi pressori e individuare il farmaco più adatto al profilo clinico individuale, perché, anche per risparmiare, l'importante è prevenire gli eventi e le complicanze

La scelta del trattamento antipertensivo richiede una serie di considerazioni che riguardano non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli economici, visto che si tratta generalmente di terapie da assumere a vita.

In generale, le ultime linee guida europee sottolineano come in pazienti a rischio alto, il trattamento dell'ipertensione arteriosa sia largamente costo-efficace: la riduzione dell'incidenza della malattia cardiovascolare e della mortalità associata a un efficace controllo pressorio compensa largamente il costo del trattamento (Linee guida ESH/ESC 2007). Il vantaggio riguarda anche i pazienti ipertesi giovani e a basso rischio, in cui lo scopo del trattamento non è prevenire un improbabile evento nei successivi pochi anni, ma piuttosto evitare l'insorgen-

za e/o la progressione del danno d'organo (Linee guida ESH/ESC 2007). Perché i risultati, in termini di beneficio clinico e quindi anche economico, siano apprezzabili, è però importante da una parte cercare di raggiungere gli obiettivi pressori indicati dalle linee guida e dall'altra individuare il farmaco, tra gli antipertensivi oggi disponibili, più adatto a migliorare il quadro di rischio cardiovascolare di ogni singolo caso.

Raggiungere gli obiettivi

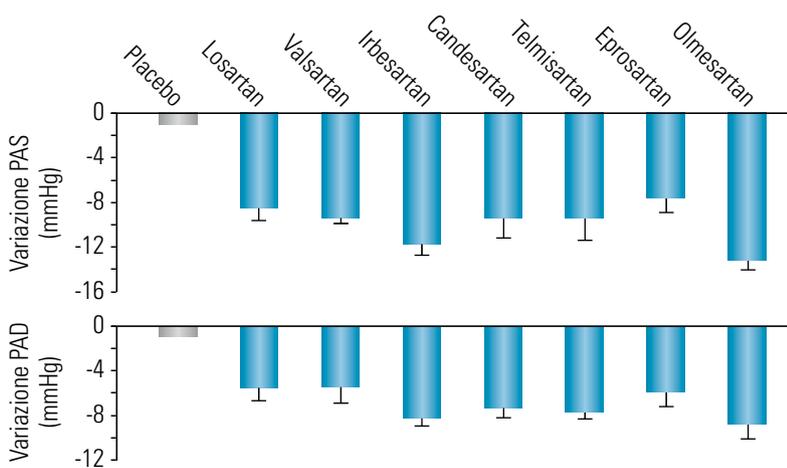
Diversi studi hanno valutato l'impatto clinico ed economico del raggiungimento dei target pressori nella popolazione ipertesa. Tra i più noti vi è lo studio di Hansson et al (*Blood Press*, 2002; 11: 35-45), condotto in alcuni Paesi europei tra cui l'Italia, che ha

stimato che nel nostro Paese si potrebbero prevenire ogni anno circa 95.000 infarti del miocardio, 155.000 casi di scompenso cardiaco e 184.000 ictus, con un risparmio globale di oltre 1.700 milioni di euro.

Confrontare il costo, e quindi la convenienza economica, dei diversi farmaci antipertensivi, è un'operazione più complessa. Il prezzo d'acquisto, unica componente facilmente quantificabile, costituisce infatti solo una parte del costo globale. Già nel 1994, uno studio di Hilleman et al, che aveva valutato i costi dei diversi antipertensivi utilizzati come prima scelta, aveva evidenziato come il costo globale del farmaco non sia proporzionale al costo d'acquisto, in quanto le altre voci che vi concorrono possono differire molto da farmaco a farmaco (*Clin Ther* 1994; 16: 88-102). I diuretici, ad esempio, pur avendo il prezzo d'acquisto più basso, hanno i costi supplementari più elevati (controlli intermedi, come visite mediche ed esami di laboratorio, e necessità di farmaci supplementari) facendo sì che il loro costo complessivo non differisca di molto da quello delle altre classi di farmaci. Una maggiore efficacia antipertensiva, secondo il modello di Framingham, è correlata a una maggiore capacità di prevenzione, suggerendo anche un maggiore abbattimento dei costi associati alla gestione degli eventi cardiovascolari. Su questa base, un'analisi di Simons realizzata sul territorio USA ha preso in considerazione diversi sartani, che come è noto differiscono tra loro sia in termini di efficacia antipertensiva che di durata nel tempo della loro azione (Fabia et al, *J Hypertens* 2007; 25: 1327-36) (figura 1).

Figura 1

Efficacia antipertensiva dei diversi sartani: una metanalisi



PAS: pressione arteriosa sistolica; PAD: pressione arteriosa diastolica

Fabia et al, 2007

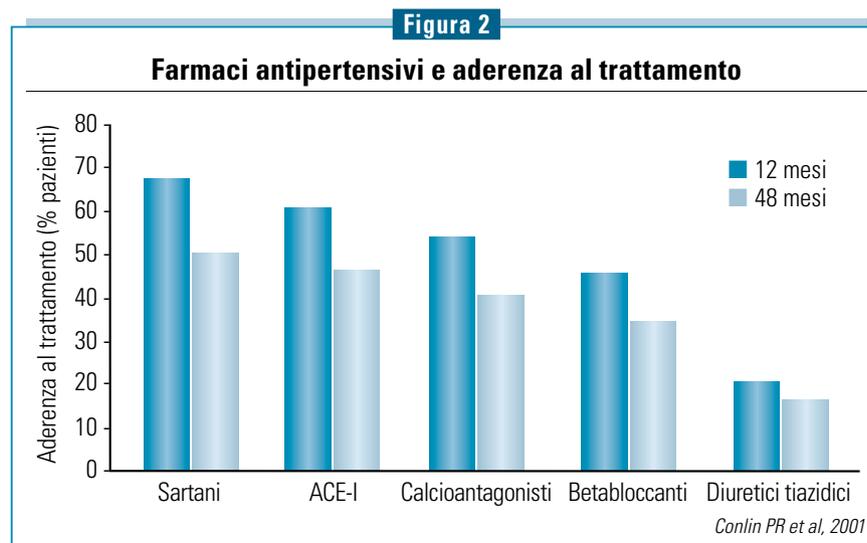
I risultati hanno suggerito come, proprio per la sua maggiore efficacia antiipertensiva, olmesartan presenti un profilo di maggiore costo-efficacia rispetto a losartan, valsartan e irbesartan (*Pharmacoeconomics* 2003; 21: 61-74). Bisogna inoltre considerare che una tra le principali cause di elevati costi è l'interruzione del trattamento e/o il cambiamento della terapia (Hughes et al, *J Hum Hypertens* 1998; 12: 533-7): i costi iniziali dei farmaci interrotti o sostituiti non sono infatti associati ad un miglioramento prognostico, per un non adeguato controllo della pressione arteriosa e per la mancata riduzione del rischio di eventi cardiovascolari.

Uno studio di Degli Esposti et al (*J Clin Hypertens* 2004; 6: 76-82) ha valutato i fattori principali che caratterizzano il corretto mantenimento della cura prescritta dal medico, e quindi il raggiungimento di un rapporto costo-efficacia favorevole. Lo studio, condotto nell'arco di un anno (2000), ha arruolato 14.062 ipertesi di nuova diagnosi a cui è stata prescritta una terapia con un farmaco di una delle principali classi di antipertensivi (diuretici, betabloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori, sartani). Ha sospeso o modificato la terapia entro pochi mesi oltre la metà della popolazione in esame, evidenziando un significativo spreco di risorse economiche. I principali motivi di cambiamento sono stati un inadeguato controllo pressorio e gli effetti collaterali.

Valutando le diverse classi di farmaci, alcuni studi hanno suggerito come le migliori garanzie di persistenza al trattamento siano date dai sartani. Uno studio di Conlin et al, svoltosi nel corso di 4 anni e che ha coinvolto oltre 15.000 ipertesi, ha mostrato come l'utilizzo di questi farmaci sia associato a una maggiore persistenza sia a 12 che a 48 mesi rispetto ad ACE-inibitori, calcioantagonisti, betabloccanti e diuretici tiazidici (figura 2).

■ Prevenire le complicanze

È inoltre molto importante considerare l'efficacia dei farmaci non solo in termini di riduzione della pressione arteriosa, ma anche di effetti



sulla prevenzione delle complicanze dell'ipertensione, la cui gestione porta ovviamente ad ulteriori spese sanitarie. Tutti gli antipertensivi oggi disponibili sono efficaci a ridurre la pressione arteriosa, ma i diversi farmaci presentano caratteristiche peculiari, rendendo perciò fondamentale scegliere il farmaco che sia più adatto ad ogni singolo caso.

Un esempio può essere rappresentato dalla capacità di protezione del danno d'organo. È noto che i bloccanti del sistema renina-angiotensina possono svolgere un ruolo prezioso in questo senso. Diversi studi con sartani hanno per esempio dimostrato che il loro utilizzo in pazienti ipertesi con nefropatia diabetica è associato a un rallentamento della progressione della malattia. Tali effetti sembrano superiori a quelli riscontrati con altri farmaci. Un'analisi farmacoeconomica dello studio IDNT, con un sartano, realizzata sul territorio italiano, ha dimostrato che, in una proiezione a 25 anni, questo approccio sarebbe associato a un guadagno di 7 mesi rispetto ad amlodipina e di 10 rispetto alla terapia standard. Questo corrisponderebbe a un risparmio di 13.550 euro vs amlodipina e di 8.000 euro vs la terapia standard. È stato stimato che trattare tutti i pazienti con nefropatia diabetica con un sartano potrebbe portare a un risparmio annuale di 150 milioni di euro, corrispondenti a una riduzione del 3% dei costi totali per la

gestione del diabete tipo 2 e a una riduzione dello 0,2% della spesa sanitaria nazionale (Ravera M et al. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: S44-S48).

■ Considerazioni conclusive

Di fronte a una diagnosi di ipertensione arteriosa il medico si trova davanti a due ordini di scelte: se iniziare una terapia antipertensiva e, se sì, quale terapia iniziare.

Gli aspetti farmacoeconomici sono attualmente tra i fattori che condizionano la scelta terapeutica. Secondo quanto riportato dalle più recenti linee guida europee, la terapia antipertensiva va iniziata, anche nei pazienti giovani a basso rischio, perché anche in questo caso risulta conveniente grazie principalmente alla prevenzione delle complicanze a lungo termine.

La scelta del trattamento farmacologico adatto al profilo clinico e ai fattori di rischio in ogni singolo caso, può consentire di ottenere non solo i maggiori benefici clinici, ma anche di operare un consistente risparmio, legato anche in questo caso alla prevenzione della progressione della malattia. L'esempio più chiaro può essere quello degli ARB, farmaci che presentano un costo a confezione tendenzialmente più elevato di altre classi, ma che, se utilizzati in particolari condizioni cliniche verso cui hanno mostrato un chiaro beneficio, possono permettere un forte abbattimento delle spese sanitarie.