

# Obiettivi per una gestione ottimale delle risorse sanitarie

*La salute è un valore importante e il medico deve anche diventare un decisore strategico per ottimizzare le risorse. Infatti, oggi gli viene chiesto non solo di curare il paziente, cioè fare la cosa giusta per un determinato paziente, ma anche di scegliere come utilizzare al meglio le risorse in modo da raggiungere gli obiettivi in un sistema in cui queste sono limitate. Fare scelte terapeutiche tra farmaci innovativi, a brevetto scaduto, generici rappresenta una sfida per arrivare all'obiettivo, cioè la salute del paziente*

**Angela Walmar**

**L**e patologie croniche rappresentano ancora oggi un tema critico e irrisolto a livello sanitario sia per la loro ricaduta in termini di gestione che in termini di risorse allocate. Tra di esse spiccano per l'impatto epidemiologico le patologie croniche cardiovascolari che costituiscono un onere finanziario pari a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva in tutta Europa.

Questi temi sono stati affrontati da un panel di esperti nel corso del convegno "Il valore della Salute – Obiettivi per una gestione ottimale delle risorse sanitarie nelle patologie croniche, Focus nell'area cardiovascolare", svoltosi a Roma il 18 febbraio 2012. I responsabili scientifici dell'evento sono stati i professori Francesco Fedele (Direttore della I Scuola di Cardiologia, Sapienza Università di Roma), Aldo Pietro Maggioni (Direttore Centro Studi ANMCO) e Giorgio Lorenzo Colombo (Docente di Organizzazione Aziendale Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Pavia - Scientific Director di SAVE, Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano).

Le linee guida ESC-ESH forniscono precise indicazioni circa le classi di farmaci da considerare di prima scelta anche in relazione alle caratteristiche dei pazienti e alla numerosità dei fattori di rischio e/o alla presenza di danno d'organo. Tra queste, i farmaci che agiscono sul sistema RAAS come gli ARB occupano un posto importante. Sono farmaci che in numerosi studi clinici si sono dimostrati

efficaci in pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra, microalbuminuria, disfunzione renale, insufficienza renale/proteinuria, pregresso ictus o IMA, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale ricorrente, retinopatia.

Un problema, che un interessante studio italiano ha fatto emergere nei pazienti con scompenso cardiaco cronico, è quello relativo alla prescrizione e ai dosaggi dei farmaci utilizzati. Lo studio ESC-HF Pilot Survey (Maggioni AP et al. *Eur J Heart Failure* 2010; 12: 1076-84) ha disegnato un quadro molto chiaro del tasso di applicazione delle linee guida inclusa la percentuale di soggetti nei quali si raggiunge la dose target suggerita delle terapie: ramipril, per esempio, ha una percentuale di uso del 50% ma una percentuale di dose target del 38.2%; candesartan ha una percentuale di uso del 34.7% e una percentuale di dose target del 28%, mentre sono soddisfacenti i tassi complessivi di prescrizione dei farmaci attivi sul sistema renina angiotensina aldosterone (RAAS) (88.5%).

## ► Perdita di brevetto: un'opportunità importante

Lo stato di salute della popolazione italiana andrà, nei prossimi anni, nella direzione di un progressivo invecchiamento, con conseguente aumento delle patologie cronicodegenerative che, inevitabilmente, assorbiranno una quantità crescente di risorse sanitarie pubbliche e private. In questo contesto la prossima

scadenza brevettuale di candesartan può rappresentare un'opportunità importante in grado di rispondere a due fondamentali esigenze: per il medico quella di mantenere l'appropriatezza prescrittiva e per il servizio sanitario il contenimento di una importante voce di spesa.

Uno studio recente ha tradotto gli outcome clinici del programma CHARM (Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity) in benefici economici. Nel programma CHARM sono stati inclusi pazienti con scompenso cardiaco di classe NYHA (n=7599) reclutati da 26 paesi, arruolati in tre trial (CHARM-Alternative, CHARM-Added, CHARM-Preserved) e randomizzati a ricevere candesartan (titolato secondo tolleranza a 32 mg/die) o a placebo.

I risultati del programma CHARM (Colombo GL et al, *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4: 223-34) hanno confermato che candesartan riduce la morbilità e la mortalità in pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione ventricolare (LVEF)  $\leq 40\%$  e  $>40\%$ . Il trattamento con candesartan ha determinato meno ricoveri in ospedale (6691 versus 7182 del placebo), meno decessi (886 versus

**Tabella 2**

**Studio CHARM: outcome economici**

TRIAL CHARM	Mortalità		Costo medio annuale		$\Delta$ efficacia	$\Delta$ costo	ICER, $\Delta$ costo/ $\Delta$ eff. (*)
	PI	Can	PI	Can			
Alternative	29.16%	26.16%	€ 2.686	€ 2.620	-3.00%	- € 66	Dominante
Added	32.39%	29.55%	€ 2.730	€ 2.638	-2.84%	- € 92	Dominante
Preserved	16.17%	15.65%	€ 2.020	€ 2.128	-0.52%	€ 108	€ 20.910,18
Overall	24.89%	23.30%	€ 2.412	€ 2.406	-1.60%	- € 5	Dominante

PI: Placebo; Can: Candesartan  
 ICER: Incremental cost-effectiveness ratio, rapporto incrementale di costo-efficacia  
 (\*) Dominante significa che il costo per LYQ non può essere calcolato in quanto candesartan si presenta più efficace e meno costoso vs gruppo placebo

945 del placebo) e un numero minore di giornate trascorse in ospedale per i pazienti ricoverati (25.2 versus 26.3 del placebo).

Ipotizzando una riduzione del prezzo di candesartan come conseguenza della scadenza brevettuale, la precedente analisi costo-efficacia (CEA) del 2008 è stata aggiornata per la stima dei costi. L'analisi economica relativa ai gruppi di pazienti dimostra che l'aggiunta di candesartan al trattamento convenzionale comporta una lieve riduzione del costo/die (tabella 1), anche considerando il costo aggiuntivo del farmaco. L'analisi costo-efficacia (CEA) indica un rap-

porto incrementale costo/efficacia favorevole a candesartan per la maggiore efficacia e il minor costo (ICER dominante) (tabella 2). Il programma CHARM ha dimostrato che il trattamento con candesartan si associa ad una sostanziale riduzione della percentuale di pazienti ricoverati per aggravamento dello scompenso cardiaco (senza aumento della lunghezza della degenza) e una riduzione dell'incidenza dei ricoveri (e dei giorni di degenza) per qualsiasi motivo. In conclusione, i risultati clinici ed economici del programma CHARM hanno importanti implicazioni per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco poiché l'impiego di candesartan in questi pazienti può portare, alla luce della sua scadenza brevettuale, una riduzione dei costi diretti della sanità.

**Tabella 1**

**Studio CHARM: outcome economici**

	CHARM-Alternative		CHARM-Added		CHARM-Preserved		CHARM-Overall	
	PI	Can	PI	Can	PI	Can	PI	Can
Ricoveri	3.80	3.44	3.67	3.09	2.90	2.66	3.36	2.97
Procedure cardiovascolari	3.56	3.28	3.81	3.68	2.64	2.72	3.25	3.17
Farmaco in studio	0.00	0.46	0.00	0.46	0.00	0.46	0.00	0.46
Totale	7.36	7.18	7.48	7.23	5.53	5.83	6.61	6.59

PI: Placebo; Can: Candesartan

[www.qr-link.it/video/0512](http://www.qr-link.it/video/0512)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code