

guente maggiore autonomia finanziaria e organizzativa, nonché maggiore capacità di indebitamento sul mercato privato) e l'apertura del mercato dei servizi sanitari a erogatori privati indipendenti.

Sebbene l'aspetto più importante della riforma in atto consista nell'adozione di una nuova modalità di pagamento dei fornitori, analoga al sistema italiano per DRG, ciò che ha generato maggiori controversie riguarda il più diretto coinvolgimento dei privati nell'erogazione di prestazioni a carico del NHS al fine di aumentare la capacità produttiva dell'intero sistema.

Da un lato c'è chi sostiene che il maggiore ricorso a erogatori privati costituisca l'inizio di una massiccia privatizzazione del settore dell'offerta di servizi sanitari in Gran Bretagna, dall'altro chi ritiene che gli erogatori privati stiano effettivamente contribuendo a ridurre in maniera consistente le liste d'attesa del NHS. Il rischio, tuttavia, è che i privati riducano sì le liste d'attesa, ma siano orientati a selezionare la casistica, trattando i casi relativamente più semplici, con minori patologie concomitanti; lasciando al settore pubblico la casistica più complessa.

Un altro cambiamento previsto dal governo britannico e che sta suscitando polemiche riguarda l'introduzione di forme di competizione nel mercato dell'offerta di cure primarie attraverso modelli organizzativi che stanno cambiando il tradizionale assetto delle cure primarie, come quello che prevede la collaborazione di più GPs nella fornitura diretta dell'assistenza primaria.

Sul *BMJ* si esaminano le implicazioni di questa possibile riforma, evidenziando come l'introduzione di una maggiore competizione nel settore delle cure primarie potrebbe aumentare i costi per il sistema, esacerbare le ineguaglianze fra gli assistiti e ridurre, per esempio, la qualità dell'assistenza per i pazienti che presentano più patologie concomitanti. Più in generale, si osserva come l'iniezione di competizione non sembra costituisca una panacea e come, a differenza della Gran Bretagna, in Germania e negli Stati Uniti si stia andando nella direzione opposta, sperimentando forme di regolazione del settore delle cure primarie.

Monica Fiorini

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna

Costo-efficacia dei betabloccanti nello scompenso cardiaco

Di Stasi F, Scalone L, De Portu S, Menditto E, Mantovani LG

Cost-effectiveness analysis of bisoprolol treatment for heart failure

Italian Heart Journal 2005; 6: 950-955

La terapia con i farmaci betabloccanti, assai utilizzati in ambito cardiologico nel trattamento di varie condizioni patologiche come cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, aritmie, fino ad alcuni anni fa riconosceva una decisa controindicazione nelle situazioni di scompenso cardiaco, in quanto si riteneva che l'azione inotropica negativa (di depressione della contrattilità muscolare cardiaca) provocasse un peggioramento significativo dell'insufficienza cardiaca.

Al contrario negli ultimi anni, alla luce di un'importante revisione dei principi di trattamento dello scompenso cardiaco che hanno rivalorizzato concetti di azione terapeutica di modulazione neuromorale rispetto a una stimolazione della forza contrattile del muscolo cardiaco, è stato riconosciuto alle sostanze ad azione betabloccante un ruolo importante nella cura di questa condizione morbosa. Questi farmaci, aggiunti alla terapia standardizzata dello scompenso (diuretici, ACE-inibitori, digitale), si sono dimostrati in grado di ridurre i sintomi, ma soprattutto di migliorare la sopravvivenza, il numero di successivi ricoveri e la qualità di vita. Per la verità a non tutti i farmaci betabloccanti è stata riconosciuta questa efficacia, ma esclusivamente a carvedilolo, metoprololo, bisoprololo e più recentemente nebivololo. Numerosi sono stati gli studi internazionali condotti a supporto di tali ipotesi che hanno ormai determinato l'inserimento a pieno diritto di questo trattamento nelle linee guida più diffuse.

Uno studio recente, noto come CIBIS II (Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II), ha dimostrato l'efficacia di bisoprololo nella riduzione della mortalità per tutte le cause nei malati con scompenso (end-point primario) e della mortalità per cause cardiovascolari, numero di ospe-

dalizzazioni per tutte le cause e per cause cardiovascolari. Alla luce della grande diffusione che lo scompenso cardiaco sta avendo a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della maggiore efficacia dei trattamenti della fase acuta della cardiopatia ischemica, patologia in grado di determinare nel tempo lo sviluppo di insufficienza cardiaca, questi dati hanno indotto ad ipotizzare che la terapia con bisoprololo possa determinare una riduzione della spesa sanitaria nel campo della patologia cardiovascolare.

In un numero recente dell'*Italian Heart Journal*, organo ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, è stato pubblicato quello che può essere considerato il primo studio italiano di farmacoeconomia inteso a valutare l'impatto economico della terapia con bisoprololo in soggetti con scompenso cardiaco in classe NYHA III e IV e con riduzione della frazione di eiezione all'esame ecocardiografico pari o in-

feriore a 35%. Sono stati utilizzati i dati dello studio CIBIS II e sono stati calcolati i costi della terapia farmacologica, dei ricoveri collegati, delle visite mediche necessarie per la titolazione del trattamento (come costi aggiuntivi del trattamento con bisoprololo) e del risparmio in termini di riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni per tutte le cause e per cause cardiovascolari.

La riduzione del numero di ricoveri complessivi nel gruppo in terapia con bisoprololo è stata del 28% e per cause cardiovascolari del 30%; considerando che i ricoveri rappresentano la principale componente dei costi relativi allo scompenso, è stato calcolato che nell'attuale sistema sanitario nazionale italiano, nell'arco di 1,3 anni, periodo di osservazione dello studio, il risparmio netto di costi per 1000 pazienti trattati poteva essere calcolato in 320.718 euro. Considerando inoltre che al termine del periodo di osservazione si evidenziava un numero di

Scompenso cardiaco con normale frazione di eiezione: l'interesse dei clinici

Liao L, Jollis JC, Anstrom KJ et al

Costs for heart failure with normal vs reduced ejection fraction

Arch Intern Med 2006; 166: 112-118

Quando ci si interessa dello scompenso cardiaco si è soliti fare riferimento a quella condizione in cui l'attività contrattile del muscolo cardiaco viene alterata e depressa al punto che l'azione di pompa del cuore non è più in grado di assicurare il necessario apporto di sangue agli organi centrali e ai tessuti periferici, determinando quei segni e sintomi di insufficienza di circolo ben noti al clinico.

È questa probabilmente la condizione più frequente di scompenso cardiaco, conosciuta come scompenso sistolico e caratterizzata all'esame diagnostico strumentale principale, l'ecocardiogramma, da una riduzione della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro.

Esiste però un'altra condizione di scompenso cardiaco nota come scompenso diastolico, in cui non si ha una

significativa riduzione della contrattilità globale del ventricolo sinistro e quindi non è presente una riduzione della frazione di eiezione all'ecocardiogramma, caratterizzata invece da un'alterata distensibilità della camera ventricolare con un'anomalia della funzione di riempimento. Anche questa presenta un aspetto ecocardiografico particolare, con un quadro di flusso transmitralico alterato, in cui le velocità di flusso nel riempimento del ventricolo sinistro attraverso la valvola mitrale sono invertite nelle loro componenti precoce e tardiva o comunque alterate. Il quadro clinico e sintomatologico è sostanzialmente simile nelle due condizioni e di solito non esistono né segni né sintomi che siano caratteristici dell'una o dell'altra forma, così come accertamenti diagnostici e terapia non presentano sensibili differenze.

Secondo alcuni studi lo scompenso diastolico, che è più frequente e tipico nell'età avanzata, sarebbe caratterizzato da una minore presenza di comorbilità, da una prognosi lievemente migliore (minore incidenza di mortalità) e minore aggressività nel trattamento.

Date queste differenze, è stato ipotizzato un differente impatto economico delle due condizioni con un maggiore impiego di risorse per lo scompenso sistolico, anche

pazienti vivi nel gruppo in trattamento superiore di 55 unità ogni mille pazienti, con un numero di anni di vita guadagnata di 36 e che non erano stati presi in considerazione i costi indiretti correlati alla maggiore gravità della patologia nei soggetti non trattati con il betablocante (come, per esempio, ore lavorative perse per malattia e mancanza di produttività nella percentuale di pazienti professionalmente occupati), il rapporto di costo-efficacia della terapia con bisoprololo è risultato certamente favorevole con un significativo risparmio di spesa per il sistema sanitario nazionale. I risultati di questo studio, che potrebbero essere estrapolati anche per l'utilizzo di altri farmaci betablocanti nello scompenso, dovrebbero essere analizzati anche da chi si occupa di una corretta allocazione delle risorse economiche nella politica sanitaria e suggerire un utilizzo più estensivo di questa terapia ancora oggi parzialmente sottoutilizzata nella pratica clinica. ■ CA

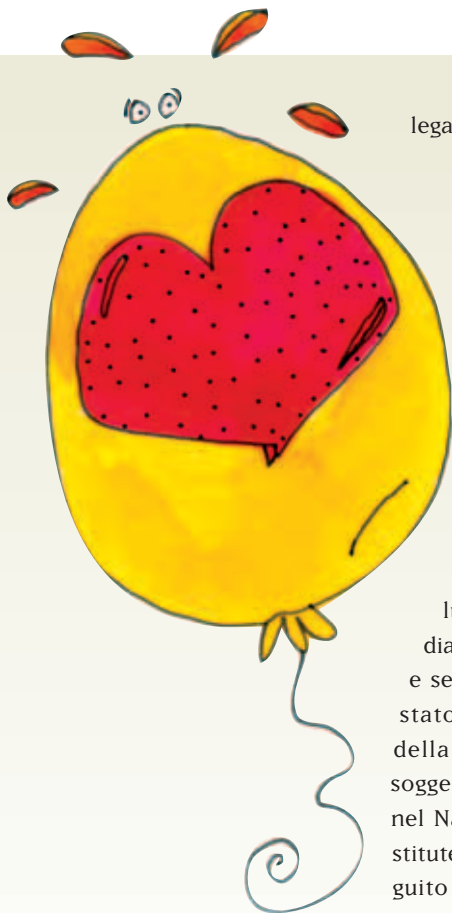
I costi della salute negli Stati Uniti: Medicare e l'analisi costo-efficacia

Neumann PJ, Rosen AB, Weistein MC

Medicare and cost-effectiveness analysis

N Engl J Med 2005, 353: 1516-1522

È ben noto che la spesa sanitaria degli Stati Uniti sia di gran lunga la più elevata nel mondo. Il dato più impressionante è senza dubbio il suo inarrestabile ritmo di crescita: tra il 2001 e il 2002 è cresciuta del 9,3% (il picco più alto negli ultimi dieci anni) e negli anni successivi del 7,7% (2002-2003) e del 7,5% (2003-2004); le proiezioni dal 2004 al 2014 ci dicono che il ritmo di crescita si attesterà tra il 7 e il 7,5% (con un incremento in termini reali – ovvero depurato dell'inflazione – intorno al 5%)¹. Nel 2014, secondo le stime del Center for Medicare e Medicaid Service, la



legato a un maggiore ricorso a terapie intensive e maggior numero di visite mediche e ricoveri, elementi che sembrano oggi rappresentare alcuni tra i più importanti determinanti dei costi di una patologia così diffusa come è quella considerata.

Uno studio americano, che ha preso lo spunto dalle considerazioni qui esposte, riporta un'accurata analisi della differenza dei costi nel medio-lungo periodo tra scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione e senza ridotta frazione di eiezione. È stato esaminato un ampio campione della popolazione statunitense (4549 soggetti) arruolato tra il 1992 e il 1998 nel National Heart, Lung and Blood Institute Cardiovascular Health Study, seguito per un periodo medio di 5 anni, che ha evidenziato in seguito ad esame

ecocardiografico la presenza di ben 495 soggetti con insufficienza cardiaca e normale frazione di eiezione e di 386 soggetti con frazione di eiezione depressa.

Ci si attendeva una minore spesa sanitaria complessiva nel gruppo con normale frazione di eiezione anche alla luce di una migliore prognosi clinica in questi pazienti. Invece, sebbene i costi nella fase acuta siano stati superiori tra i soggetti con FE alterata per un maggiore ricorso a ricoveri in terapia intensiva cardiologica, maggiore numero di visite, maggiore utilizzo di procedure diagnostiche come ecocardiografia e cateterismo cardiaco destro, la spesa sanitaria complessiva nel periodo di osservazione fino a 5 anni è risultata sostanzialmente uguale nei due gruppi di individui con scompenso cardiaco.

Queste conclusioni sottolineano l'interesse crescente dei clinici nei confronti di una patologia (l'insufficienza cardiaca con normale frazione di eiezione) sempre più frequente nella popolazione di età avanzata e forse in passato sottostimata, i cui risvolti terapeutici ancora non sufficientemente chiariti, necessitano di ampi studi multicentrici, così come quelli che sono stati finora condotti in discreto numero per le condizioni cliniche caratterizzate dalla bassa frazione di eiezione. ■ CA