TERAPIA ANTICOAGULANTE:

ASPETTI DI ECONOMIA SANITARIA

Paolo Corradini

Roma,13 Giugno 2014

Azienda USL 9 Grosseto
Servizio Sanitario della Toscana

“Disclosure”:

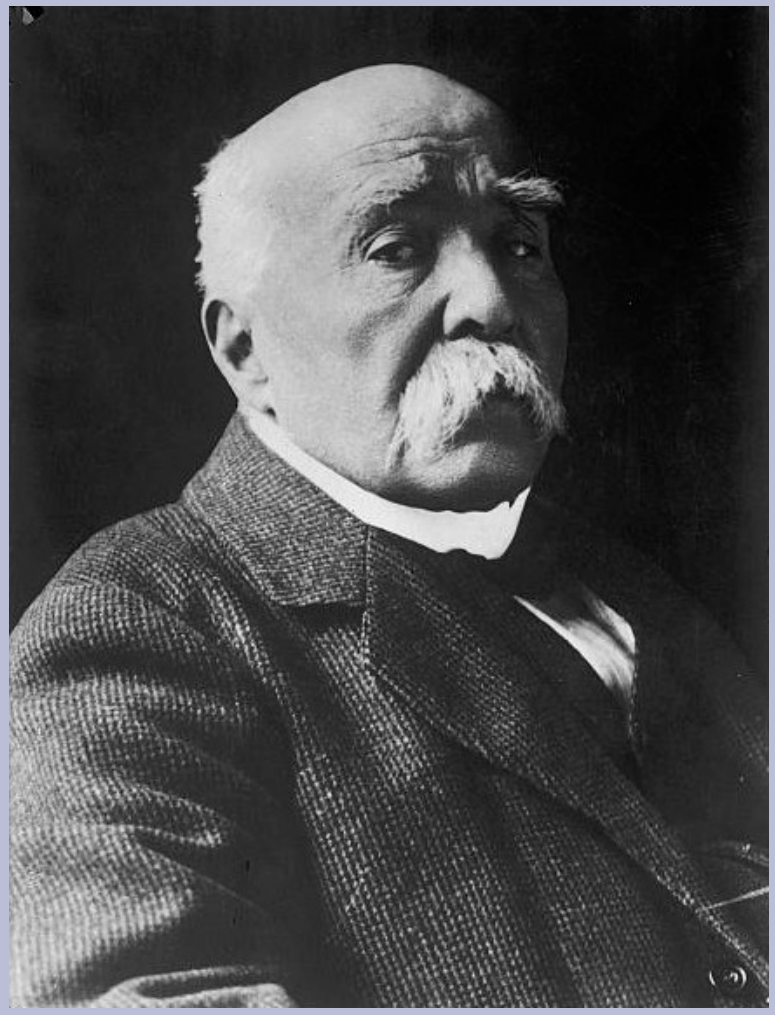
- Non esistono potenziali conflitti di interesse in questa Relazione.

-Non sono un Economista Sanitario !



“LA GUERRA E' COSA TROPPO SERIA PER LASCIARLA FARE AI MILITARI”

(G.Clemenceau)



PROVIAMO AD INIZIARE DALLE CONCLUSIONI SCIENTIFICHE RELATIVE AI NUOVI FARMACI ANTICOAGULANTI...



	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban[a]	Rivaroxaban
Bio-availability	3–7%	50%	62%[17]	66% without food Almost 100% with food
Prodrug	Yes	No	No	No
Clearance non-renal/renal of absorbed dose (if normal renal function; see also Section 8)	20%/80%	73%/27%[18]	50%/50%[9]	65%/35%
Liver metabolism: CYP3A4 involved	No	Yes (elimination; minor CYP3A4 contribution)[19]	Minimal (<4% of elimination)	Yes (elimination)
Absorption with food	No effect	No effect	6–22% more[20]	+39% more[21]
Intake with food recommended?	No	No	No official recommendation yet	Mandatory
Absorption with H2B/PPI	−12–30%[22–24]	No effect	No effect	No effect[21,25]
Asian ethnicity	+25%[24]	No effect	No effect[20]	No effect
GI tolerability	Dyspepsia 5–10%	No problem	No problem	No problem
Elimination half-life	12–17 h[23]	12 h	9–11 h[9]	5–9 h (young) 11–13 h (elderly)

[a]No EMA approval yet. Needs update after finalization of SmPC.

L'UTILIZZO DI UN NAO COMPORTA VANTAGGI IN TERMINI CLINICI E DI ECONOMIA SANITARIA,

NONOSTANTE UN PIU' ALTO COSTO DIRETTO DEL FARMACO .

QUESTO VANTAGGIO DERIVA PRINCIPALMENTE DAL NUMERO DI ICTUS RISPARMIATI NEGLI ANNI

INFATTI, OLTRE ALL'EFFICACIA, LA MANEGGEVOLEZZA CONSENTE DI CURARE UN MAGGIOR NUMERO DI PAZIENTI RISPETTO AI DICUMAROLICI

QUESTE AFFERMAZIONI DERIVANO DA DIVERSI E CONCORDANTI DATI SPERIMENTALI ED ANALISI DI ECONOMIA SANITARIA

(Non si registrano fino ad oggi significative ricerche con esiti negativi o interpretazioni controverse)



Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Cost-Effectiveness of Dabigatran Compared With Warfarin for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation

James V. Freeman, MD, MPH; Ruo P. Zhu, BA; Douglas K. Owens, MD, MSc; Alan M. Garber, MD, PhD; David W. Hutton, PhD; Alan S. Go, MD; Paul J. Wang, MD; and Mintu P. Turakhia, MD, MAS

Ann Intern Med 2011;154:1-11

SST Azienda USL 9 Grosseto
Servizio Sanitario della Toscana

Cost-effectiveness of dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in UK patients with atrial fibrillation

Anuraag R Kansal,[1] Sonja V Sorensen,[1] Ray Gani,[2] Paul Robinson,[2] Feng Pan,[1] Jonathan M Plumb,[3] Martin R Cowie[4]

SST Azienda USL 9 Grosseto
Servizio Sanitario della Toscana

Heart 2012;98:573-578

Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways 2012; 13(3): 105-115

Budget impact analysis resulting from the use of dabigatran etexilate in preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation in Italy

ORIGINAL RESEARCH

Francesco Saverio Mennini [1,2], Sergio Russo [1], Andrea Marcellusi [1,3]

[1] CEIS Sanità (CHEM – Centre for Health Economics and Management), Faculty of Economics, University of Rome "Tor Vergata", Italy

[2] Department of Accounting and Finance at Kingston University, London, UK

[3] Department of Statistics, University of Rome "La Sapienza", Italy

SST Azienda USL 9 Grosseto
Servizio Sanitario della Toscana

ORIGINAL ARTICLE

Apixaban or Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Knee Replacement

ORIGINAL ARTICLE

Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation

Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after knee replacement (ADVANCE-2): a randomised double-blind trial

Lancet 2010; 375: 807–15

ORIGINAL ARTICLE

Apixaban in Patients with Atrial Fibrillation

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 DECEMBER 23, 2010 VOL. 363 NO. 26

Apixaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Hip Replacement

ORIGINAL ARTICLE

Oral Apixaban for the Treatment of Acute Venous Thromboembolism

ORIGINAL ARTICLE

Apixaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis in Medically Ill Patients

ORIGINAL ARTICLE

Apixaban for Extended Treatment of Venous Thromboembolism

PERCHE' ALLORA QUESTE CONCLUSIONI NON POSSONO AUTOMATICAMENTE TRASFERIRSI NELLA VITA REALE?



PERCHE' IN UN SISTEMA
A “RISORSE LIMITATE”
SI PONE
UN PROBLEMA DI
SOSTENIBILITA'
PER OGNI NUOVO IMPEGNO



L'ECONOMIA SANITARIA CONSENTE UNA VALUTAZIONE A PIU' DIMENSIONI

(Efficacia Clinica, Vantaggio per il Paziente, Analisi dei Costi anche indiretti, Sostenibilita')



VALUTAZIONI IN ECONOMIA SANITARIA

MINIMIZZAZIONE DEI COSTI

COSTO-EFFICACIA

COSTO-UTILITA’

COSTO-BENEFICI

I COSTI IN ECONOMIA SANITARIA

COSTO DEL FARMACO

COSTO DELLA CURA

COSTO DELLA MALATTIA

E' BEN PERCEPITO DA TUTTI IL PROBLEMA LEGATO AL COSTO DIRETTO DEL FARMACO

(Tipica Valutazione di Costo- Minimizzazione)

IL NOSTRO SISTEMA DI BILANCIO SANITARIO NON CONSENTE FACILMENTE DI COMPUTARE I VANTAGGI ECONOMICI DI UN MINOR COSTO PREVISTO DELLA MALATTIA,

UTILIZZANDOLI PER SOSTENERE L'INIZIALE MAGGIOR COSTO DEL FARMACO.

IN PRATICA PER SOSTENERE IL COSTO DI UN NUOVO FARMACO

(PUR IN PRESENZA DI ANALISI POSITIVE DI COSTO-EFFICACIA, COSTO-UTILITA' E COSTO-BENEFICIO)

ABBIAMO DUE POSSIBILITA':

IN PRATICA NELLA NOSTRA REALTA' E' NECESSARIO TROVARE RISORSE ALL'INTERNO DEL FINANZIAMENTO GIA' DISPONIBILE,

EVITANDO TAGLI LINEARI
E
RIALLOCANDOLE CORRETTAMENTE

E’ PERO’ ANCHE NECESSARIO PENSARE E PREDISPORRE STRUMENTI (ANCHE DI BILANCIO) CHE CONSENTANO DI VALORIZZARE I RISPARMI DEL RIDOTTO COSTO DI MALATTIA NEL TEMPO,

CREANDO COSI’ UN CIRCOLO VIRTUOSO IN TERMINI DI ECONOMIA SANITARIA


GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE