

La prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale: studi di costo-efficacia

Solomon MD, Ullal AJ, Hoang DD et al

Cost-effectiveness of pharmacologic and invasive therapies for stroke prophylaxis in atrial fibrillation

J Cardiovasc Med 2012; 13: 86-96

L'ictus cerebrale è una delle affezioni mortali, ma talora anche soltanto invalidanti, tra le più diffuse nei Paesi industrializzati. Si calcola un'incidenza di circa 700.000 ictus all'anno negli Stati Uniti con un costo stimato complessivo (comprendente costi diretti e indiretti) per tale patologia sempre negli Stati Uniti di circa 40,9 miliardi di dollari nel 2007. La fibrillazione atriale, una tra le più comuni aritmie cardiache, è ritenuta responsabile del 15% di questo elevato numero di ictus.

Come è noto, esistono precise e efficaci raccomandazioni per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con fibrillazione atriale. Queste raccomandazioni comprendono soprattutto misure farmacologiche, note e fortemente validate da studi e esperienza clinica, e anche presidi non farmacologici di tipo chirurgico o procedure di

emodinamica, di uso più limitato, ma che destano sempre più interesse con il passare degli anni. Le misure farmacologiche si basano sulla somministrazione dei 'farmaci anticoagulanti orali', antagonisti della vitamina K (warfarin e acenocumarolo) molto efficaci, utilizzati da moltissimi anni e di basso costo, ma poco maneggevoli, degli 'antiaggreganti piastrinici' (come acido acetilsalicilico - ASA, ticlopidina, clopidogrel), meno efficaci e utilizzabili nei pazienti con profilo di rischio trombotico più basso, e dei nuovi 'inibitori orali diretti della trombina e del fattore X attivato' (dabigatran, rivaroxaban, apixaban), che grazie a recenti studi comparativi positivi di efficacia e tollerabilità si stanno affacciando nella pratica clinica, suscitando grande interesse.

I presidi non farmacologici più utilizzati sono rappresentati dall'esclusione chirurgica dal circolo dell'auricola per legatura o escissione, dalla sua legatura per via percutanea e dall'impianto endovascolare di device di occlusione atriale. Anche l'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale, ripristinando il ritmo sinusale, viene considerata un altro presidio efficace indiretto per la prevenzione dell'ictus.

In un articolo pubblicato sul *Giornale Italiano di Cardiologia* sono stati identificati e analizzati

Lavoro e salute: il caso degli infermieri

Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN

Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs

AJN 2012; 112 (2): 30-38

La qualità dell'assistenza e la performance degli infermieri dipendono da formazione e competenze, tipo di struttura, organizzazione del lavoro e ambiente e cultura lavorativa. Lo studio di Letvak e dei suoi collaboratori aggiunge un quinto fattore: 'la salute degli infermieri'. Capita con una certa frequenza, soprattutto tra chi lavora in turno (ma non solo), di recarsi al lavoro anche quando si sta male (è il fenomeno del 'presenzialismo', indagato in questo studio). I motivi sono: senso del dovere, non lasciare il turno scoperto, evitare problemi ai colleghi. Sembra che

questo comportamento non sia da premiare, perché aumenta i rischi per i pazienti.

È piuttosto ovvio pensare che se ci si reca al lavoro con patologie che causano dolore o problemi importanti (non solo di salute), la produttività può diminuire: si riduce la performance, cala l'attenzione (si è concentrati su altro), quindi può aumentare il numero di errori. Nel lavoro di Letvak vengono analiticamente valutati gli aumenti di rischio (+18% di cadute e +18% di errori di terapia per ogni punto in più di 'presenzialismo'; dati controllati per età, esperienza lavorativa, lavoro per turni, tipo di contratto, etc) e ovviamente anche dei costi.

I risultati di questo tipo di studi, utili per centrare l'attenzione su un fenomeno, vanno analizzati con spirito critico. Innanzitutto va considerato il tipo di contratto di lavoro degli infermieri del North Carolina: l'assenza di alcuni benefici previdenziali può spingere le persone a recarsi al lavoro anche quando sarebbero rimaste a casa; forse nel nostro Paese le motivazioni e la spinta ad andare ugualmente a lavorare sono diverse.

undici studi clinici che si sono occupati del problema della costo-efficacia di queste differenti misure per la profilassi dell'ictus cerebrale legato alla fibrillazione atriale, non tralasciando valutazioni di elevato impatto che comprendono non solo la sopravvivenza libera da eventi, ma anche la qualità di vita e gli anni di vita guadagnati aggiustati per la qualità di vita (QALY), introducendo nel confronto tra due diverse misure il concetto del cosiddetto 'ICER', che rappresenta la differenza in QALY tra due diverse terapie divisa per la differenza dei costi ed espressa in dollari per QALY, al fine di valutare se i nuovi trattamenti messi a confronto possano essere non soltanto più efficaci, ma anche più economici.

Nell'annoso confronto tra ASA e anticoagulanti orali (TAO) gli studi esaminati hanno confermato ciò che era già noto per quanto riguarda la diversa efficacia: la TAO è più costo-efficace nei pazienti con rischio tromboembolico medio o elevato, l'ASA in quelli con rischio basso, considerando anche l'età dei pazienti e il rischio di sanguinamenti.

Più complesso invece il discorso per quanto concerne la valutazione di costo-efficacia dei nuovi anticoagulanti, in particolar modo del dabigatran, quello oggi più conosciuto, con l'a-

nalisi di alcuni sottostudi dell'ampio trial RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy). Da questo trial è emerso che anche tale parametro è legato alle differenze dimostrate dai due dosaggi testati del dabigatran (110 mg due volte al dì con pari efficacia rispetto a warfarin, ma ridotto rischio di sanguinamenti; 150 mg due volte al dì con più elevata efficacia antitrombotica e analogo rischio di sanguinamenti), con la necessaria considerazione non solo della diversa efficacia e del minor rischio emorragico, ma anche della valutazione dei minori costi di gestione della terapia e del possibile miglioramento della qualità di vita, venendo meno i periodici controlli di laboratorio della coagulazione.

Viene infine riportato un solo studio del 2006 sulla costo-efficacia dei presidi non farmacologici, che confronta l'ablazione transcateretere in atrio sinistro (come metodica indiretta di prevenzione dell'ictus) con una terapia successiva al ripristino del ritmo sinusale di alcuni mesi con warfarin e poi con ASA, rispetto a una terapia medica antiaritmica, senza conclusioni significative nella differenza di trattamento. Sulle nuove metodiche di occlusione e escissione dell'auricola sinistra si è, invece, ancora in attesa di studi. ■ CA

La domanda che non si sono posti gli autori è se sia preferibile avere in servizio una persona con una ridotta performance lavorativa a causa di problemi di salute o un sostituto "perfettamente sano", ma che non conosce i pazienti e il reparto. I calcoli fatti partono apparentemente dal presupposto che la sostituzione avvenga con un collega di pari esperienza e conoscenze. Se dovessero rimanere a casa tutti gli infermieri che non operano al massimo della performance abituale, l'effetto per i servizi (e per i pazienti) sarebbe devastante. E se dovessero essere sostituiti da personale esterno al reparto, il rischio per i pazienti sarebbe probabilmente più elevato. Rimane comunque il fatto che se si è in servizio con una delle patologie indagate nello studio (lombalgia e depressione, ma gli stessi risultati si otterrebbero forse anche con influenza, dolori mestruali, cefalea in-



tensa, etc), la performance lavorativa diminuisce compromettendo la sicurezza dei pazienti.

Come risolvere il problema?

È relativamente più semplice intervenire sui problemi cronici (per esempio, modificando le mansioni o facendo utilizzare attrezzature che limitino lo sforzo fisico a chi ha mal di schiena). Il messaggio principale, in particolare per i responsabili dei servizi infermieristici è che avere il turno coperto da un infermiere che non sta bene non deve far tirare un sospiro di sollievo perché il turno è coperto, ma deve indurre ad attivare interventi di sostegno (quali e come, dipende dalla situazione e dal problema) per ridurre il rischio per i ricoverati.

Paola Di Giulio

Università degli Studi di Torino

e Istituto di Ricerche Mario Negri, Milano