

## L'impatto della fibrillazione atriale in Europa

Mantovani LG, Cozzolino P, D'Angiolella L et al  
*The burden of atrial fibrillation in the more populated European countries: perspectives from the GARFIELD-AF registry*

ESC Congress 2017, Barcellona, P4603

Mantovani LG, Cozzolino P, Ambrosio G et al  
*Global healthcare resource use in 39,670 patients with AF: perspectives from GARFIELD-AF*

ESC Congress 2017, Barcellona, P4594

**L**a fibrillazione atriale (FA) è la più comune e frequente aritmia cardiaca con un impatto rilevante sulla popolazione generale. Circa il 2% della popolazione mondiale e il 10% di chi ha più di 75 anni di età è affetto da fibrillazione atriale. In sostanza si stima che circa 8,8 milioni di persone ne siano affette in Europa, tra i 5 e i 6,1 milioni negli Stati Uniti, e 8 milioni in Cina.

Si stima inoltre che la sua prevalenza possa raddoppiare da adesso al 2050 anche in funzione del progressivo aumento di età della popolazione mondiale.

L'impatto economico e sociale della FA nei vari Paesi è particolarmente rilevante in funzione non solo dei costi sanitari diretti della malattia (farmaci, esami diagnostici, ricoveri), bensì anche di quelli legati alle più comuni patologie che si associano a questa aritmia, malattie anch'esse molto diffuse come ictus, scompenso cardiaco (di cui spesso sono causa favorente), ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, obesità, pneumopatie (a cui è spesso associata).

Nel corso del Congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC), svoltosi a Barcellona nel 2017, sono stati presentati i dati del registro internazionale GARFIELD-AF (Global Anticoagulant Registry in the Field-Atrial Fibrillation), il più grande registro prospettico continuo di pazienti con FA: 57.262 pazienti totali, di cui circa 52.000 prospettici (di nuova diagnosi), provenienti principalmente da Europa, Asia, America Settentrionale, America Latina e arruolati tra il 2010 e il 2016. Quattro sono state le caratteristiche principali del reclutamento:

1. cinque coorti sequenziali di pazienti prospettici di nuova diagnosi (per facilitare il confronto

fra periodi di tempo e descrivere l'evoluzione delle terapie e degli esiti);

2. sedi di ricerca selezionate casualmente all'interno di gruppi di istituti di cura della FA nazionali, scelti in maniera rappresentativa;
3. arruolamento di pazienti idonei a prescindere dalla terapia per eliminare potenziali bias di selezione;
4. dati di follow-up raccolti per un minimo di 2 e un massimo di 8 anni successivi alla diagnosi per creare un database completo di decisioni terapeutiche ed esiti nella pratica clinica quotidiana.

Il registro, finalizzato principalmente alla valutazione della terapia anticoagulante nella FA, ha consentito la raccolta di dati interessanti di economia sanitaria che hanno confermato il grande impatto sulla spesa sanitaria dei vari Paesi con oneri finanziari, economici ed umani differenti in relazione alle varie aree geografiche e con una distinzione derivante anche dai differenti sistemi sanitari delle nazioni coinvolte.

Alcune delle relazioni hanno riguardato il peso delle comorbidità che si associano alla FA, soprattutto insufficienza cardiaca congestizia (20,6%), cardiopatia ischemica cronica (19,9%), pregressi episodi di sindrome coronarica acuta (9,4%), ipertensione arteriosa (77,5%), sovrappeso/obesità (71%), diabete mellito (21,7%), insufficienza renale cronica moderata-grave (10,4%). Importante anche il peso dell'ictus (di cui la FA insieme all'ipertensione arteriosa rappresenta la principale causa favorente), che seppure non ha rappresentato la principale causa di mortalità di tutta la popolazione (solo il 5% di tutte le cause note di decesso) è la più frequente ed importante causa di invalidità.

Interessante è stata l'osservazione di un maggior utilizzo dei farmaci anticoagulanti, progressivamente nei 5 anni dello studio (dal 57,4% al 71,2%), con un incremento sensibile e rilevante dei nuovi anticoagulanti orali diretti (NAO o DOAC) dal 4,2% al 43,1%, con una prescrizione però minore nei pazienti più gravi e complessi, non sempre dipendente dalle comorbidità associate.

I dati riportati dal professor Mantovani, dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, insieme a colleghi dell'Università di Perugia ed altri ricercatori internazionali impegnati nel progetto, hanno evidenziato il differente peso economico della FA nei 5 Paesi europei maggiormente



popolati nel primo anno dalla diagnosi (Italia, Francia, Gran Bretagna, Germania, Spagna). Nel Regno Unito e in Germania i costi annui per paziente sono risultati più elevati rispetto agli altri Paesi; le cure ambulatoriali, in proporzione ai costi totali, passano dal 9,4% dell'Italia al 25,1% della Spagna e le spese per i ricoveri ospedalieri dal 63,9% della Spagna all'83,7% dell'Italia.

Mantovani insieme ai suoi colleghi conclude che la FA ha un grande impatto sulla spesa sanitaria dei vari Paesi e che, sulla base di dinamiche di popolazione, l'attuale peso economico e umano è destinato a crescere in futuro. La variabilità osservata nei cinque Paesi europei dipende probabilmente dalle pratiche di rimborso del sistema sanitario e non dalle differenze nelle caratteristiche cliniche dei pazienti e nel tipo dei trattamenti. Il miglioramento dei risultati sui soggetti più giovani avrebbe un notevole impatto in termini di costi sociali.

Mantovani ha anche valutato l'utilizzo delle risorse sanitarie in 39.670 pazienti provenienti da 35 differenti Paesi con un'analisi prospettica. Sono stati registrati 402,3 contatti medici ogni 100 anni-paziente, con una media di 4 contatti medici per paziente all'anno. Più elevato è stato l'impiego di risorse sanitarie in Europa e in America Settentrionale (432 e 544 contatti medici per 100 anni-paziente), inferiore quello in Asia (344) e America Latina. Le differenze geografiche nella quantità e tipo di trattamenti erogati potrebbero essere correlate, secondo gli autori, alla diversità di disponibilità dei vari servizi e dei modelli di organizzazione delle cure. Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare il sito <http://www.garfieldregistry.org>. ■ CA

## Che ne sarà dell'NHS con la Brexit? Tre possibili scenari

Fahy N, Hervey T, Greer S et al

*How will Brexit affect health and health services in the UK? Evaluating three possible scenarios*

Lancet 2017; 390: 2110-2118

### INTRODUZIONE

L'uscita dall'Unione Europea (UE) è indubbiamente una delle più grandi sfide che il Regno Unito si trova ad affrontare. Il futuro è particolarmente incerto se si considera anche che le elezioni del 2017 hanno lasciato il governo con una minoranza in Parlamento. L'impatto potenziale sulla salute e sull'assistenza sanitaria sarà significativo poiché influenzerà le autorizzazioni per le immissioni in commercio dei medicinali, l'occupazione del personale dell'UE nelle università e nel servizio sanitario inglese, il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini dell'UE nel Regno Unito.

Nella loro indagine Fahy e colleghi utilizzano la struttura per blocchi definita dall'OMS per valutare gli effetti della Brexit sulla salute e sull'intero servizio sanitario nazionale inglese (vedi Figura a pag. 8). In particolare gli autori prendono in considerazione tre possibili scenari: una Brexit 'morbida' (accesso al mercato unico con alcune restrizioni alla libera circolazione delle persone), una Brexit 'rigida' (accordo di libero commercio come quello attualmente esistente fra UE e Canada) e una Brexit fallimentare (accordo che si basa sulle regole imposte dall'Organizzazione Mondiale del Commercio - WTO).

### VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE

Gli autori hanno identificato vari argomenti di interesse legati alla salute e hanno definito un punteggio che individua in che modo vi saranno degli effetti in ambito sanitario a seguito della Brexit e le caratteristiche di tali effetti (sostanzialmente invariato, positivo, moderatamente negativo, decisamente negativo).

### Forza lavoro impiegata in sanità

La forza lavoro è sicuramente un fattore molto sensibile agli effetti della Brexit, soprattutto