

Journal e riguarda l'attività di una grossa organizzazione sanitaria operante nel Nord della California (denominata Kaiser Permanente) la quale assicura – attraverso l'opera di numerosi specialisti e medici di base – l'assistenza ad oltre tre milioni di cittadini. In questo contesto, diversi incentivi sono stati utilizzati nel corso degli ultimi 10 anni, tutti mirati al miglioramento di importanti obiettivi di salute fra cui il controllo della pressione arteriosa e della glicemia o lo screening della retinopatia diabetica e del cancro della cervice uterina. Periodicamente, in base al raggiungimento degli obiettivi previsti o alla individuazione di nuove necessità di salute, gli incentivi vengono rimossi da un determinato settore e destinati ad altre priorità. Cosa è successo in questi casi? Gli autori dello studio non hanno avuto difficoltà a dimostrare – nella fattispecie per lo screening della retinopatia diabetica e del cancro della cervice uterina – che la sospensione degli incentivi economici si accompagna inevitabilmente ad una netta flessione quantitativa dei livelli di prestazione, anche se in certi casi è stato possibile documentare un successivo recupero degli standard originari all'atto della reintroduzione degli incentivi stessi. Per entrare in maggiori dettagli, l'eliminazione degli incentivi era associata ad una riduzione dei livelli di performance del 3% all'anno per lo screening della retinopatia e dell'1,6%/anno per il cancro della cervice (figura a pag. 9).

Se confermati, i risultati di questo studio, piccolo ma significativo, devono indurre a riflettere sia i medici sia gli amministratori della salute. Qualora infatti si decida legittimamente di spostare risorse da un settore all'altro si deve essere consapevoli che l'attenzione e l'impegno dedicati dai medici all'obiettivo originario possono – almeno temporaneamente – subire una battuta d'arresto. In questi casi, come suggeriscono gli autori, potrebbe essere utile provvedere ad una riduzione graduale degli incentivi piuttosto che ricorrere a tagli bruschi ed indiscriminati. Un continuo e attento monitoraggio delle prestazioni attraverso gli indicatori di qualità diviene comunque indispensabile, anche per individuare a priori un livello accettabile di flessione della qualità di un servizio, oltre il quale prendere in considerazione l'eventuale reintroduzione dell'incentivazione economica. ■ GB

Anticoagulanti orali: quale aderenza alla terapia?

Fang MC, Go AS, Chang Y et al

Warfarin discontinuation after starting warfarin for atrial fibrillation

Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010; 3: 624-631

I principali fattori predisponenti gli eventi ischemici cerebrali come ictus e TIA sono l'ipertensione arteriosa e soprattutto la fibrillazione atriale. È noto infatti che la fibrillazione atriale (FA), una delle aritmie cardiache più frequenti e diffuse, comporta un aumento del rischio relativo di incidenza di ictus pari a circa il 20% rispetto a soggetti con ritmo sinusale.

Per la prevenzione dell'ictus in pazienti con FA fortunatamente al momento si dispone di una terapia sicura, convalidata nel suo impiego ormai da molti anni, di costo relativamente contenuto e di efficacia elevata. L'utilizzo degli anticoagulanti orali, principalmente warfarin e acenocumarolo, antagonisti specifici della vitamina K, utilizzati in terapia da più di 50 anni, ha dimostrato in vasti studi clinici controllati un'efficacia nella prevenzione degli eventi ischemici cerebrali in corso di FA particolarmente elevata, difficilmente comprovata da altri trattamenti anche in altri ambiti e pari a circa il 60%.

Come noto, i principali effetti collaterali che comportano un rischio relativo della cura sono rappresentati dagli eventi emorragici, più frequentemente sanguinamenti minori, decisamente rari quelli maggiori (fra cui il più temibile è l'ictus emorragico) soprattutto se si ottiene un buon controllo del range terapeutico dell'INR (International Normalized Ratio), attraverso un semplice e diffuso esame di laboratorio per valutare l'attività protrombinica ed il grado di coagulazione ottenuto.

Al fine di ottimizzare i risultati di tale terapia nel rapporto rischio-beneficio, si è oggi in grado di selezionare i pazienti con FA non valvolare (cioè in assenza di malattia valvolare cardiaca o presenza di protesi, che comporta sempre un alto rischio) in base al singolo indice di rischio di ictus (elevato >6% annuo, medio 2-6% e basso <2%) sulla base di un punteggio semplice e ormai diffuso (CHADS₂) che prevede la valu-



tazione di alcuni fattori in grado di elevare tale rischio (presenza di scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, età superiore a 75 anni, diabete mellito, pregresso ictus o TIA) e di prescrivere quindi un trattamento più efficace con un rischio contenuto (anticoagulanti orali con INR titolato fra 2 e 3) o meno efficace con rischio ancora più basso (antiaggreganti piastrinici, soprattutto acido acetilsalicilico).

Nonostante siano ampiamente confermate efficacia e sicurezza e nonostante i possibili vantaggi derivanti dal facile utilizzo del calcolo di rischio con il CHADS₂, è noto che quasi il 50% dei pazienti con FA candidati all'uso di terapia con anticoagulanti orali (TAO) non riceve in pratica tale trattamento per svariati motivi: eccessivo timore di effetti collaterali, difficoltà di gestione di una cura che necessita regolari controlli ed aggiustamenti posologici, incapacità al mantenimento costante di INR terapeutico, ri-

schio emorragico individuale elevato, complessa gestione della terapia a causa di numerose interferenze con alimenti ed altri farmaci, sottostima del rischio effettivo.

Tali pazienti assumono spesso soltanto una terapia meno efficace con antiaggreganti piastrinici o più raramente nessun trattamento preventivo per l'ictus. Alla base della non assunzione della TAO vi è comunque non soltanto la mancata prescrizione da parte del medico o la non accettazione da parte del paziente, ma anche la sospensione del trattamento iniziato, anch'essa determinata da diverse motivazioni.

I medici ed epidemiologi della University of California (San Francisco) e del Massachusetts General Hospital di Boston nel loro studio hanno sottolineato che quasi il 25% dei soggetti con FA in trattamento con anticoagulanti ne sospende l'assunzione entro un anno dall'inizio, nonostante la bassa incidenza di eventi emorragici che ne possono aver determinato l'interruzione. Fortunatamente fra questi sono più frequenti quelli con un indice di rischio meno elevato, valutato con il punteggio CHADS₂, quelli di età meno avanzata (prevalentemente al di sotto di 65 anni), e quelli che presentano un peggior controllo del rapporto terapeutico di anticoagulazione valutato con INR, con maggiori oscillazioni di tali valori di attività protrombinica normalizzata al di fuori del range in successivi controlli di laboratorio.

Sembra si possa affermare che il trattamento venga più frequentemente sospeso in quei pazienti nei quali il beneficio atteso risulterebbe comunque inferiore rispetto a quello atteso in pazienti con una migliore aderenza, a causa di un più basso livello di rischio o per un peggior controllo dei livelli terapeutici ottimali.

Sono comunque in arrivo novità decisamente interessanti nel campo della terapia anticoagulante con l'introduzione di nuove sostanze, come ad esempio gli inibitori orali diretti della trombina, che in recenti autorevoli studi hanno dimostrato elevata efficacia e sicurezza di impiego nel campo della prevenzione dell'ictus cerebri, con schemi di terapia semplici e senza necessità di monitoraggio continuo della coagulazione, minori interferenze con farmaci ed alimenti, che potrebbero forse rivoluzionare uno scenario terapeutico complesso, fermo ormai da alcune decine di anni. ■ CA