

■ TERAPIA

Prevenzione cardiovascolare e inerzia terapeutica: il caso della ticlopidina

■ **Augusto Zaninelli**

Professore a contratto, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze

Nella prevenzione secondaria dell'ictus cerebrale l'impiego di clopidogrel viene considerato da tutte le principali linee guida internazionali una valida ed efficace opportunità terapeutica. A questa indicazione si affianca il suo impiego, ancora in monoterapia, nella prevenzione secondaria dell'infarto miocardico e, in associazione ad acido acetilsalilico, nelle sindromi coronariche acute rivascolarizzate o meno con impianto di stent. Clopidogrel infine trova un'altra importante applicazione nei pazienti con arteriopatia obliterante periferica, dove rappresenta il farmaco di prima scelta. Fin dall'iniziale disponibilità sul mercato di clopidogrel, sia negli USA sia negli altri paesi della Unione Europea, l'impiego clinico di ticlopidina ha visto una inesorabile caduta: cardiologi, neurologi, internisti e tutti gli specialisti vascolari insieme ai medici di medicina generale hanno presto riconosciuto la novità che clopidogrel costituiva. Non così è successo in Italia.

La recente abolizione del piano tera-

peutico, che circoscriveva la prescrizione del farmaco ad ambiti specialistici cardiologici per il trattamento di pazienti con sindrome coronarica acuta che avessero ricevuto o meno il posizionamento di stent coronarico, rappresenta una novità di grande importanza. Ciò, di fatto, rende clopidogrel un principio attivo finalmente disponibile, in tutte le indicazioni previste dalla scheda tecnica, per le prescrizioni a carico del SSN, da parte di tutti i medici.

► **Ticlopidina nella realtà clinica italiana**

Nella realtà prescrittiva del nostro Paese però si osserva la tendenza a continuare a utilizzare ticlopidina, farmaco gravato da problemi di tollerabilità e spesso associato a *compliance* inadeguata, piuttosto che la *best medical therapy* con clopidogrel suggerita dalle linee guida.

Di ciò si rende responsabile il problema dell'inerzia terapeutica, cioè l'atteggiamento di chi, pur nella consapevolezza che il paziente non

stia raggiungendo gli obiettivi del trattamento oppure stia assumendo una terapia obsoleta, non adotta gli interventi atti a risolvere il problema.

La problematica tollerabilità di ticlopidina comprende effetti collaterali legati a possibile insufficienza epatica e reazioni avverse ematologiche. I principali studi clinici randomizzati e controllati su ticlopidina evidenziano infatti la comparsa di neutropenia, talvolta di grado severo (incidenza complessiva del 2.4% e quella di neutropenia grave con agranulocitosi dell'0.85%), di porpora trombotica trombocitopenica, anemia aplastica, agranulocitosi pancitopenica e trombocitopenia. Per questi motivi i pazienti in trattamento dovrebbero essere regolarmente monitorati con periodici controlli dell'emocromo ogni 15 giorni almeno nei primi 3 mesi e delle transaminasi, cosa che di fatto, avviene in una piccola percentuale di casi.

Un altro fenomeno, che si registra in associazione alla terapia antiaggregante con ticlopidina, è quello della mancata assunzione di una

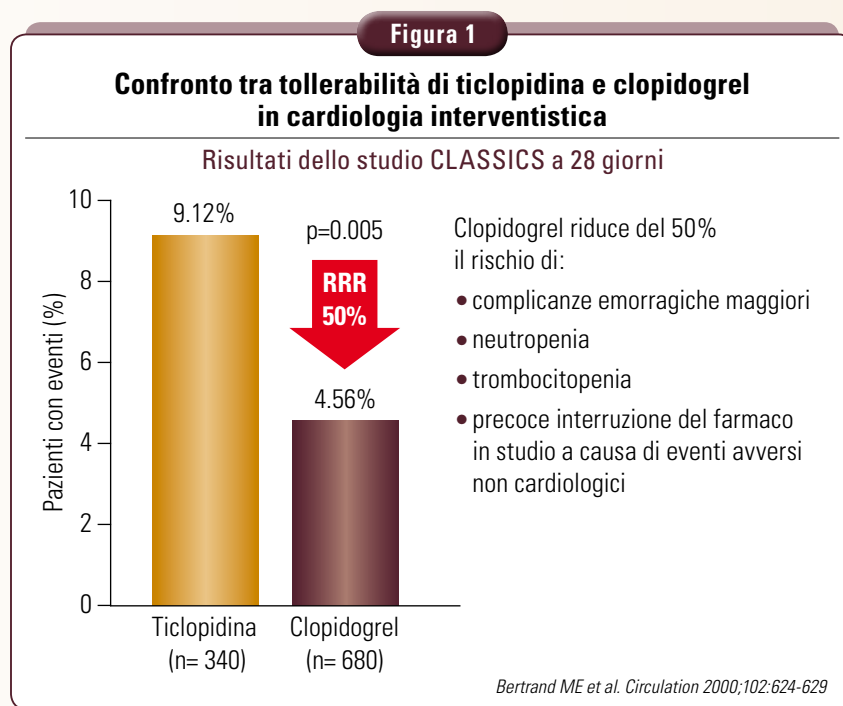
dose terapeutica adeguata. L'assenza di alternative terapeutiche ha per lungo tempo giustificato l'impiego di ticlopidina e ne ha minimizzato la percezione di pericolosità presso i medici i quali, comunque, nel tentativo erroneo di controllare la comparsa di questi effetti collaterali hanno frequentemente sotto dosato il farmaco. Il trattamento con ticlopidina prevede, infatti, la somministrazione di un dosaggio di 250 mg/die due volte al giorno (500 mg/die) mentre è ormai dimostrato che in Italia si prescrive a dosaggio ridotto - una sola compressa da 250 mg al dì - che inevitabilmente comporta una penalizzazione dell'efficacia stessa del trattamento.

► Inerzia terapeutica, cause e soluzioni

Molte possono essere le cause di inerzia terapeutica. Si va dalla sovrastima delle cure fornite e della loro reale efficacia, ritenendo di stare facendo il massimo e di essere aderente alle linee guida anche quando ciò non è, o che, anche in assenza di una precisa adesione alle indicazioni delle linee guida, i dosaggi e i farmaci prescritti siano realmente efficaci. Altre volte si giustifica l'assenza di un cambio o dell'intensificazione della terapia con motivazioni banali che riguardano il rapporto con il paziente, per esempio il timore che un cambio di terapia allontani il paziente, la mancanza di un tempo adeguato per gestire patologie croniche, per

giungere alla demotivazione, alla medicina difensiva o ad altre carenze culturali e organizzative. Le possibili soluzioni comprendono la formazione continua del medico, l'organizzazione del lavoro e dei sistemi di cura finalizzati alla gestione di patologie croniche, secondo le indicazioni delle linee guida, l'adozione di strumenti (meglio se elettronici e inseriti nelle cartelle cliniche) che allertino di fronte al problema e suggeriscano soluzioni adeguate, l'utilizzo di sistemi di *feedback* che forniscano una valutazione periodica e dinamica della propria *performance* (indicatori di processo e di esito delle cure), confrontabile con gli standard di cura. L'abolizione del piano terapeutico

di clopidogrel e l'ampliamento legislativo delle possibilità prescrittive possono rappresentare un utile strumento al superamento dell'inerzia terapeutica, e contribuire a una maggiore diffusione di un trattamento valido, efficace e meglio tollerato per la gestione di questi pazienti (figura 1).



www.qr-link.it/video/0113



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code