Sta cambiando l’approccio terapeutico delle cure primarie al paziente ultraottantenne?

Data 29 luglio 2018
Categoria scienze_varie

Secondo i dati di una recente pubblicazione inglese, sembrerebbe di sì; ma è tutto oro quel che riluce?

In questo studio (1) prospettico di coorte che aveva lo scopo di stimare i trend delle prescrizioni di antitrombotici dal 2001 al 2015 per pazienti ultraottantenni, usando i dati delle cure primarie raccolti di routine per 215.550 pazienti inglesi selezionati, sono state stimate la prevalenza e l’incidenza delle prescrizioni di farmaci antipiastrinici e anticoagulanti per ogni anno per cinque indicazioni cliniche. Si è potuto rilevare che in Gran Bretagna la prescrizione di terapie antitrombotiche per pazienti > 80 anni è significativamente aumentata nel periodo considerato; in particolare l’aumento più consistente è stato osservato per i farmaci anticoagulanti nei pazienti con fibrillazione atriale con tassi di prevalenza aumentati di cinque volte da circa il 10% nel 2001 al 46% nel 2015 (p per il trend < 0,001).
I tassi di prescrizione del warfarin nei pazienti anziani con trombosi venosa sono aumentati dal 13% nel 2001 al 21% nel 2015 (p per il trend < 0,001) I tassi di prescrizione del clopidogrel in pazienti > 80 anni con trombosi venosa sono aumentati dallo 0,4% nel 2001 al 10% nel 2015 (p per il trend < 0,001) Si può quindi concludere che l’uso di farmaci antitrombotici è aumentato dal 2001 al 2015 in pazienti ultraottantenni per diverse indicazioni cliniche.

Commento di Enzo Pirrotta

Dai dati presentati così come da una spannometrica analisi dei piani terapeutici italiani per i Nuovi Anticoagulanti Orali appare evidente che il lavoro di implementazione delle Linee Guida ha prodotto un buon risultato considerando che i medici hanno recepito l’importanza del messaggio: ” non puoi non fare” insito nelle evidenze di tipo I grado A , tanto che nella prescrizione consigliano una terapia EBM a tutte le età. Sono costretto a rilevare come lo stesso non possa dirsi per la deprescrizione (2), cioè quel processo sistematico di identificazione e “discontinuazione” di farmaci o regimi farmacologici in circostanze in cui evidenti o potenziali effetti negativi ne superino i benefici correnti e/o potenziali, tenendo conto degli obiettivi di cura, del livello di funzionamento, della aspettativa di vita, dei valori e preferenze del singolo paziente. Mi riferisco alla riluttanza o diffidenza con cui ancora oggi il medico accoglie il suggerimento contenuto nelle linee guida ESC 2013 per l’ipertensione arteriosa per cui si può sospendere il trattamento antiipertensivo in un anziano fragile. Si evidenzia quindi un primo problema nel cambiamento, spesso autoreferenziale, dell’ approccio terapeutico all’ultraottantenne. L’impulso al fare derivato dall’adesione ad una evidenza IA, in Italia tra l’altro favorito dalla legge Gelli -Bianco sulla responsabilità professionale, rischia di far dimenticare al medico il vecchio principio del primum non nocere! Senza considerare un altro rischio, evidenziato da una personale rivalutazione dei nostrani piani terapeutici relativi all’utilizzo nella fibrillazione atriale dei NOAC, quei farmaci, cioè, con il trend prescrittivo più elevato in questo studio inglese. L’evidenza IA con cui le vigenti Linee Guida ESC per la fibrillazione atriale raccomandano l’utilizzo di un NOAC non può riguardare tutta la popolazione ma deve ritenersi valida per pazienti con le caratteristiche della popolazione arruolata dai trials di registrazione. In questo senso va considerato il richiamo a valutare, prima della prescrizione, le controindicazioni e/o a correggere i fattori reversibili di rischio per sanguinamento. Insomma, in questo processo di cambiamento, viviamo la schizofrenia per cui perseguiamo una terapia sartoriale (terapia medica ragionata) per l’adulto e rischiamo di prescrivere una terapia una terapia monopolisticamente acritica (terapia medica ragionevole) nell’anziano. Insomma, nell’attesa che, secondo i processi della logica hegeliana, si trovi una sintesi tra tesi e antitesi, teniamo fermo il principio che si va affermando del diritto alla cura ad ogni età. Sulle modalità di cura, invece seguiamo il manzoniano consiglio : “adelante, con juicio”, o meglio, “adelante , si puedes!”

Bibliografia

1.Dregan A. Long-term trend in antithrombotic drug prescriptions among adults aged 80 years and over from primary care: a temporal trend analysis using electronic health records Ann. Epidemiol. 2018; 28:440-446

2.Scott IA Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. JAMA Internal Medicine, 2015;175(5):827-34.