

Commento ai dati definitivi dell'indagine SICOA-SIMG sull'uso delle statine nella pratica clinica della medicina generale e della cardiologia ospedaliera - Parte prima

Andrea Poli

Dipartimento di Scienze Farmacologiche - Università degli Studi - Milano

Iniziamo con questo primo articolo, a cui ne seguiranno altri due, ad analizzare le risposte fornite dai medici coinvolti nella nostra indagine e che abbiamo cercato di riunire in argomenti affini tra loro.

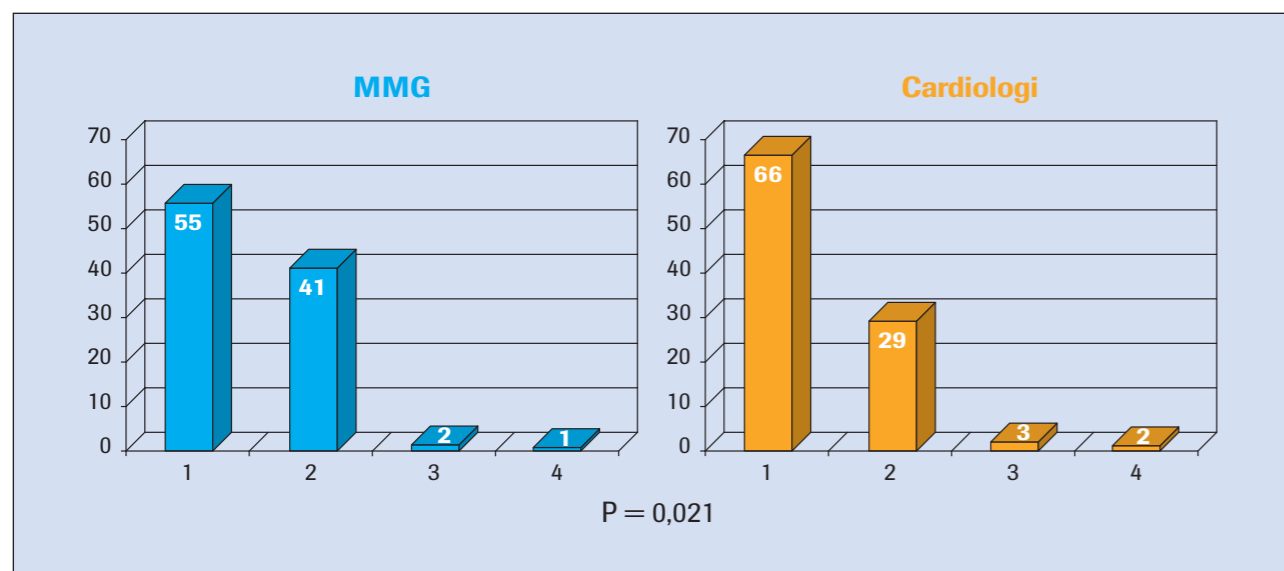
Domanda 1: Ritieni che le statine siano utili per la riduzione del rischio coronarico per i pazienti che non hanno mai avuto un evento coronarico (prevenzione primaria)?

I dati raccolti mostrano come il ruolo delle statine in prevenzione primaria sia ormai accettato sia dal medico che dal cardiologo. Il 95% degli MMG ed il 96% dei cardiologi ritiene infatti che le statine siano "molto" o "abbastanza" efficaci nella riduzione del rischio: tra i cardiologi è più elevata la percentuale di chi risponde in modo nettamente favorevole (66% vs 55%). Gli ampi studi di intervento pubblicati (WOSCOP, ASCOT, AFCAPS) hanno quindi convin-

to la larga maggioranza della classe medica sull'importanza dell'impiego di questi farmaci nella prevenzione di un primo evento coronarico; gli incerti ("non saprei") sono una percentuale di fatto trascurabile. Sul piano pratico, va rilevato come la normativa attuale (nota 13) limiti tuttavia in modo piuttosto marcato l'impiego delle statine in prevenzione primaria in regime di rimborso (tranne che nel paziente diabetico o con "rischio coronarico equivalente").

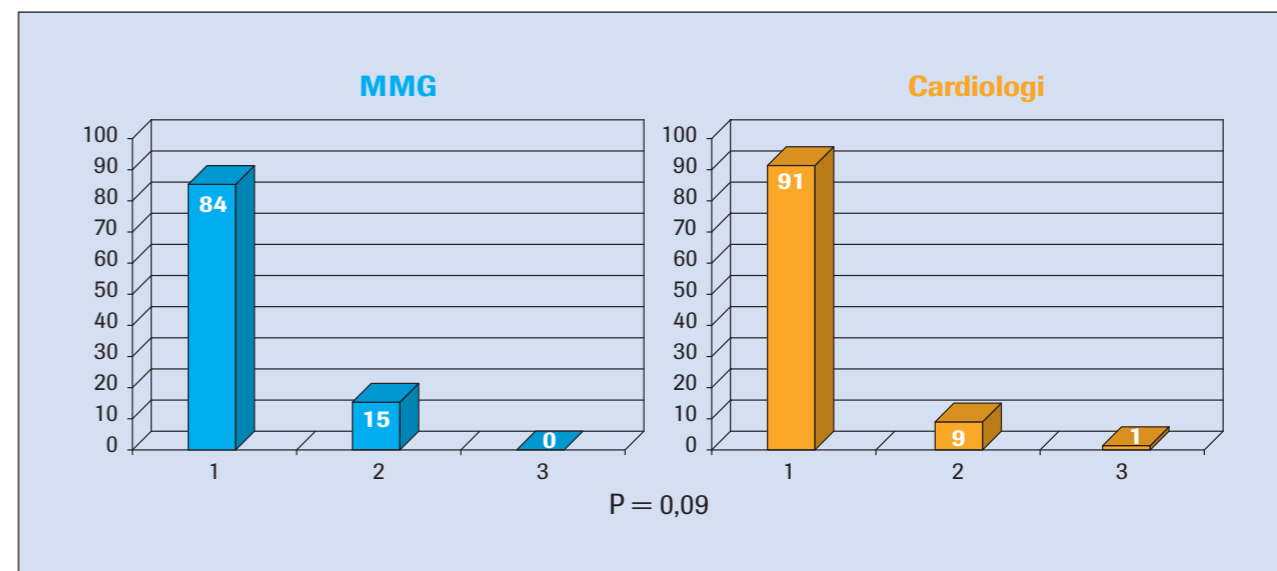
Domanda 2: Ritieni che le statine siano utili per la riduzione del rischio coronarico per i pazienti che hanno avuto un evento coronarico (prevenzione secondaria)?

Ancora più corale la risposta positiva a questa domanda, con percentuali di risposte nettamente positive ("molto") prossime alla totalità per i cardiologi (91%) e solo di poco inferiori tra i MMG



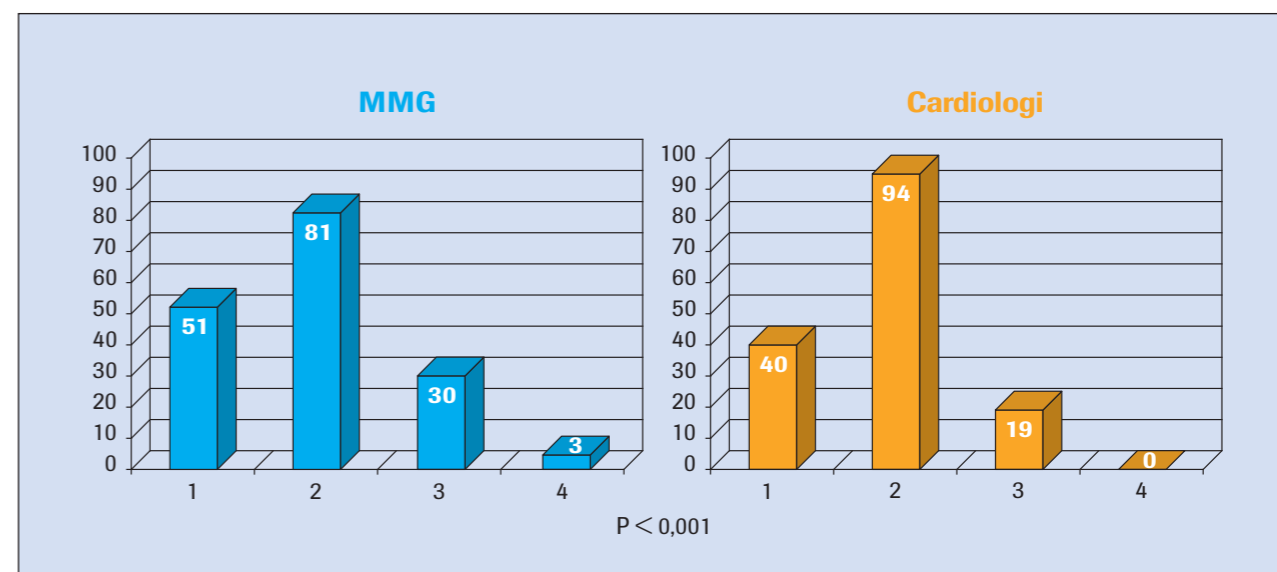
Domanda 1 - Ritieni che le statine siano utili per la riduzione del rischio coronarico per i pazienti che non hanno mai avuto un evento coronarico (prevenzione primaria)?

1. Molto; 2. Abbastanza; 3. Poco o niente; 4. Non saprei



Domanda 2 - Ritieni che le statine siano utili per la riduzione del rischio coronarico per i pazienti che hanno avuto un evento coronarico (prevenzione secondaria)?

1. Molto; 2. Abbastanza; 3. Non saprei

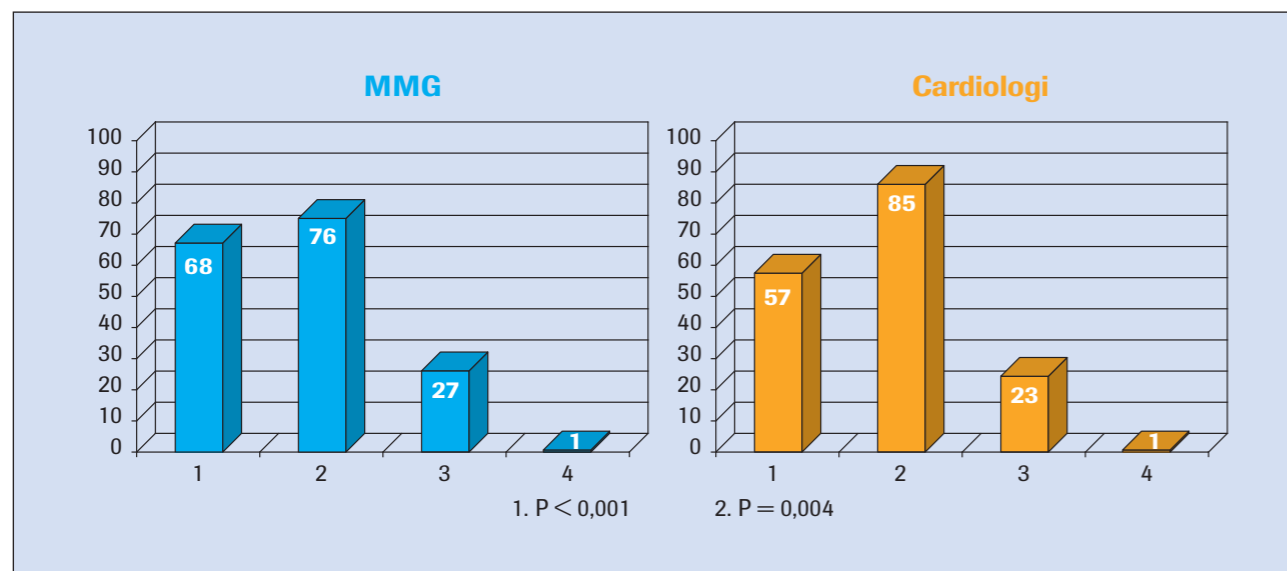


Domanda 3 - Prescrivi le statine soprattutto sulla base di:

1. Tue esperienze personali; 2. Dati della letteratura; 3. Opinione di esperti; 4. Nessuna di queste

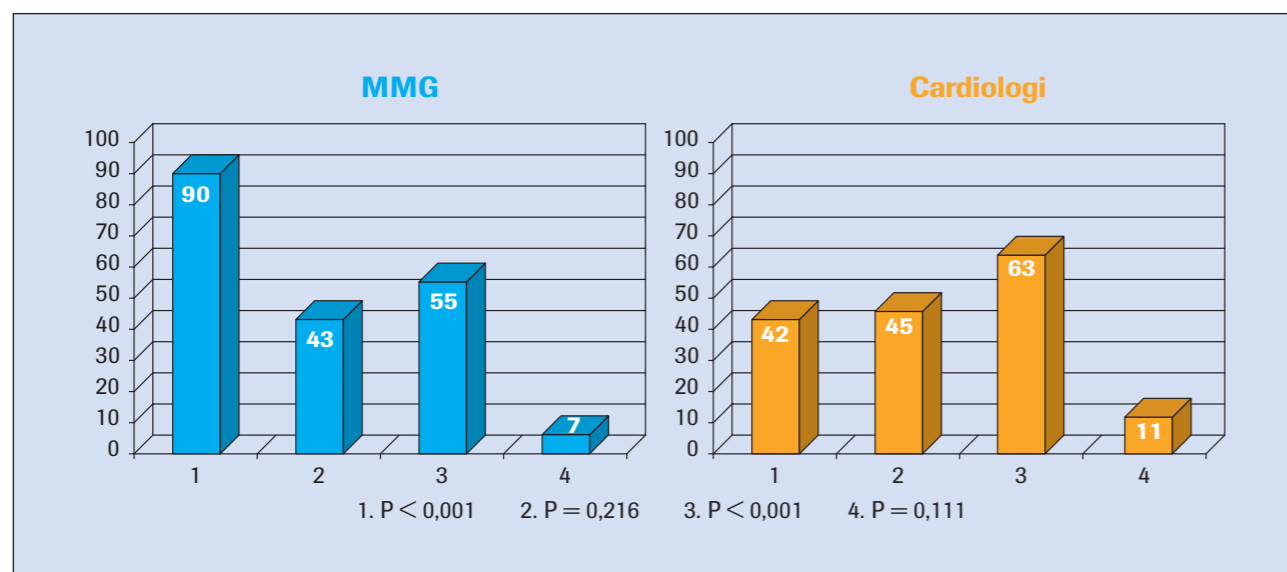
(84%). Solo un cardiologo su 10 ed un MMG su 6 opta per "abbastanza". In effetti, la forza delle evidenze pubblicate, in prevenzione secondaria, è ancora maggiore: i trials sono più numerosi, i risultati più chiari anche in termini di effetto dei trattamenti sulla mortalità per tutte le cause (obiettivo fallito, per vari motivi, in alcuni trials di prevenzione primaria). Non ultimo, la normativa è del tutto per-

missiva, consentendo l'impiego delle statine, in regime di rimborso, senza limiti evidenti. Non va tuttavia trascurato che un trattamento generalizzato e continuativo di tutti i pazienti con Angina Stabile, o pregresso AMI, genererebbe, da solo, volumi di vendita delle statine superiori a quelli totali attuali. Non sempre, quindi, le opinioni del medico vengono poi implementate nella sua pratica clinica.



Domanda 21 - Nella scelta della statina da impiegare sei influenzato soprattutto da (è possibile segnare più di una risposta):

1. Tue esperienze personali; 2. Dati della letteratura; 3. Opinione di esperti; 4. Nessuna di queste



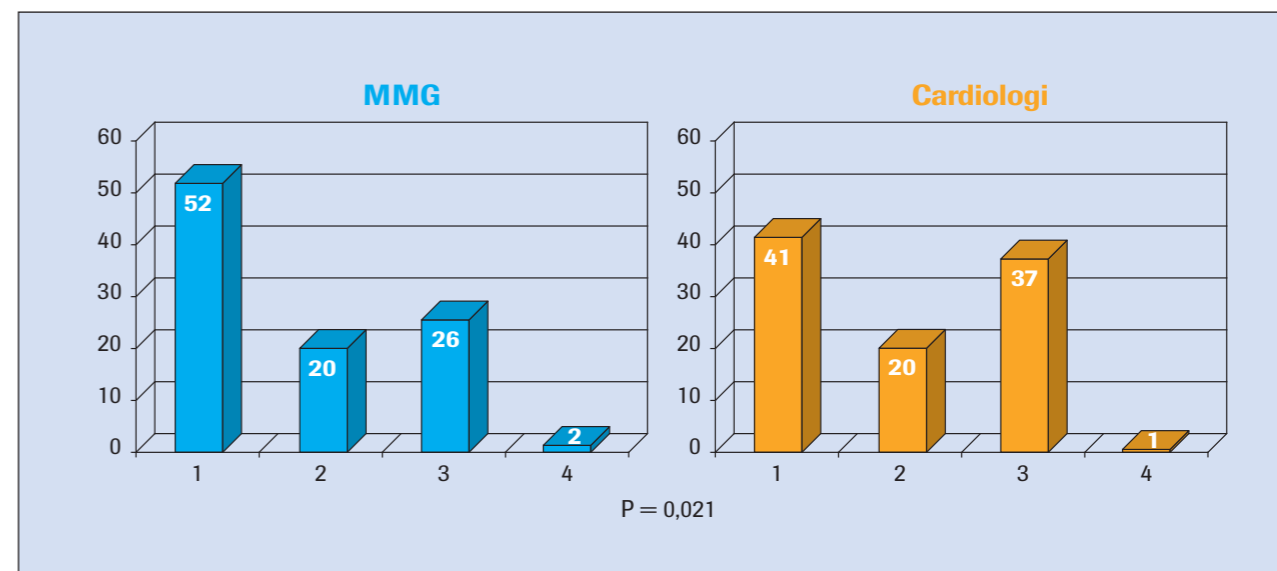
Domanda 14 - Chi decide in genere di iniziare il trattamento con statina nei tuoi pazienti (è possibile segnare più di una risposta):

1. Medico di medicina generale; 2. Cardiologo ambulatoriale; 3. Cardiologo ospedaliero; 4. Altro

Domande 3 e 21: Nella scelta di prescrivere una statina, ed in particolare della statina da impiegare, sei influenzato soprattutto da: (esperienze personali, letteratura, esperti, nessuna di queste).

Le risposte a queste domande (che potevano essere multiple) indicano una sostanziale prevalenza dei dati della letteratura nel fornire supporto all'impie-

go delle statine, specie tra i cardiologi (94%). È un aspetto positivo che va sottolineato, e che conferma la attenzione di una larghissima parte della comunità medica ai principi della "Evidence Based Medicine". Meno rilevante appare il ruolo dell'esperienza personale nella decisione di trattare (40% tra i cardiologi e 51% tra i MMG): l'esperienza stessa diviene invece più rilevante nella scelta della sin-



Domanda 19 - Secondo te le varie statine sul mercato sono clinicamente sovrapponibili?

1. Sostanzialmente sì; 2. No perché hanno una diversa efficacia sulla colesterolemia; 3. No perché hanno effetti diversi, non solo per quanto riguarda l'azione sulla colesterolemia; 4. Non saprei

gola molecola da prescrivere (57% tra i cardiologi e 68% tra i MMG).

Scarso, in ogni caso, il contributo culturale dei cosiddetti "esperti": sia nell'orientare la decisione di trattare, sia nella scelta della specifica molecola da impiegare.

Domanda 14: Chi decide in genere di iniziare il trattamento nei tuoi pazienti? (MMG, Cardiologo Ospedaliero, Cardiologo Ambulatoriale, Altro).

In questo caso, le risposte (che pure potevano essere multiple) dei cardiologi e dei MMG indicano posizioni che divergono sensibilmente.

Il MMG ritiene di essere il principale prescrittore di una statina tra i suoi pazienti; anche se il peso complessivo della prescrizione cardiologica (ospedaliera o ambulatoriale) è di fatto analogo al suo (90% vs 98%).

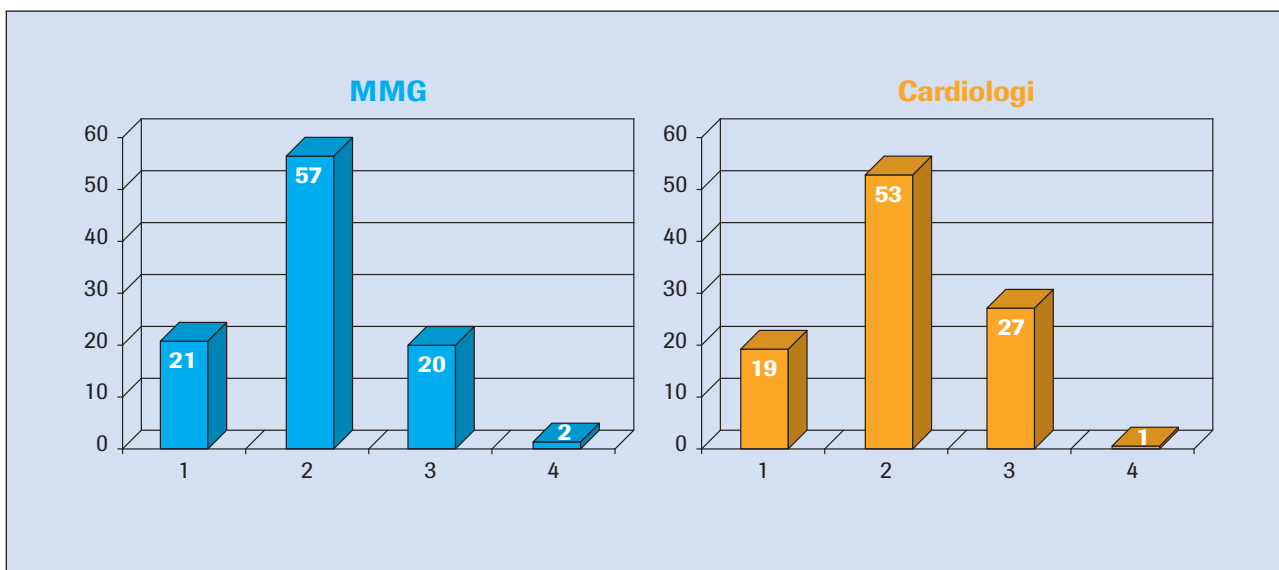
Per il cardiologo, invece, la prescrizione del MMG contribuisce in modo sensibilmente inferiore a quella di origine specialistica (42% vs 108%). È in realtà possibile che ambedue le categorie abbiano ragione: in prevenzione primaria (il paziente che il MMG considera probabilmente più "suo"), la prescrizione origina probabilmente spesso dal MMG, mentre in prevenzione secondaria (in un paziente quindi certamente più cardiologico) è meno frequente che ciò accada.

Domanda 19: Secondo te, le varie statine sul mercato sono clinicamente sovrapponibili? (Sì, No, perché è diversa l'efficacia sulla colesterolemia, No, anche per altri motivi, Non saprei).

Interessante la distribuzione delle risposte a questa domanda, che mette a fuoco l'opinione dei medici sull'effetto classe e sulle differenti azioni cliniche delle varie statine. La metà dei MMG, e due cardiologi su cinque, considerano le varie molecole sostanzialmente sovrapponibili: privilegiando, quindi, la visione delle statine come "classe" farmacologicamente omogenea. Un medico su 5 (sia tra MMG che tra cardiologi) sottolinea la differente azione ipocolesterolemizzante delle varie molecole (che è effettivamente diversa: oscillando tra il 20% ed il 50% per le varie molecole, a differenti dosaggi), mentre ben il 37% dei cardiologi sottolinea gli effetti non lipidici (in genere definiti "pleiotropici") delle varie molecole.

Un tema che divide nettamente i farmacologi, non tutti convinti della rilevanza clinica di questi effetti, ben documentati in vitro ma non necessariamente importanti ai fini della riduzione degli eventi clinici ischemici.

Domanda 24: Nella prescrizione di una statina, sei influenzato dal costo giornaliero di terapia? (Sì, parzialmente, no, non saprei).



Domanda 24 - Nella prescrizione di una statina sei influenzato dal costo giornaliero di terapia?

1. Sì; 2. Sì, ma solo parzialmente; 3. No mai; 4. Non sempre

Prestano attenzione i medici italiani al costo dei trattamenti farmacologici che utilizzano?

Lo scenario, in base alle risposte raccolte nella nostra indagine, è variegato: con più della metà del campione (sia MMG che cardiologi) che si dichiara “in parte” influenzato da questo parametro, ma con quote significative (il 20% circa) che lo considerano decisamente rilevante, e quote analoghe (in realtà un po’ superiori per il cardiologo) che dichiarano di

non tenerne assolutamente conto. È possibile immaginare in effetti che il cardiologo, spesso alle prese con obiettivi terapeutici ambiziosi, per la colesterolemia LDL, o attratto da qualche effetto non lipidico “molecola-specifico” privilegi questi parametri rispetto al costo terapeutico. È tuttavia forse difficile pensare, nello scenario socio-sanitario attuale, di non attribuire, ai parametri di costo, assolutamente alcun peso.