

Aggiornamenti

La prescrizione di antibiotici in medicina generale

Ettore Saffi , Medico generale, coordinatore nazionale SIMG Area del farmaco
Giustini, Paola Feroci, Farmacista Dir. S. Farmaceutico Territoriale A. USL 3 Zona di Pistoia
Viyale Mundula, Dirigente Medico UO Attività Sanitarie di Comunità A. USL 3 Zona di Pistoia

Capire come decidere, nell'interesse del paziente, non è facile per il medico generale, alle prese con una serie di incertezze diagnostiche e terapeutiche, che rendono peculiare e unico il proprio lavoro. Identificare l'area grigia della prescrizione, registrare il perchè di una scelta di un farmaco in relazione al sospetto diagnostico e al quadro clinico, monitorare gli esiti e valutare insieme ai colleghi sia le decisioni sia i risultati, è un processo di formazione permanente che può condurre ad un cambiamento dei comportamenti prescrittivi duraturo e stabile nel tempo, in quanto frutto di scelte professionali e non imposto da norme o leggi.

Abbiamo compiuto uno studio che cerca di analizzare la realtà prescrittiva dell'antibioticoterapia in medicina generale, nell'intento di avere una base di dati da cui partire per impostare un progetto di ricerca che permetta, ai medici generali interessati, di compiere delle scelte consapevoli di fronte al paziente che necessita di una terapia antibiotica.

Da tempo le scelte terapeutiche sono condizionate oltre che dalla valutazione clinica e farmacologica del medico (epidemiologia, efficacia, tollerabilità) e del paziente (adesione alla cura), anche da valutazioni economiche (costo terapia, costi aggiuntivi) degli interventi sanitari (**tab. 1**).

Materiali e metodi. Gli antibiotici analizzati sono quelli prescritti dai medici di famiglia (MMG) nella lista dei farmaci più utilizzati, nell'anno 1997 e nel 1998, nel Distretto Sperimentale della Piana.

Fanno parte del Distretto n. 4 della Zona di Pistoia (poco più di 45.000 residenti con una popolazione superiore ai 65 anni del 17,7% e maggiore di 75 anni pari al 7,8%) 40 medici generali e 4 pediatri di libera scelta, divisi in tre ambiti comunali: Agliana, Montale e Quarrata (Mundula, Bellomo, 1998).

I dati sono riportati relativamente sia al numero di pezzi utilizzati e alle dosi definite giornaliere (DDD), sia ai cicli di terapia eseguiti. Convenzionalmente abbiamo considerato che un ciclo di cura, eseguito per infezioni contratte in ambito ambulatoriale o domiciliare, abbia una durata media di sei giorni, come riportato in altre analisi (Lauri, 1996).

Risultati. Una precedente indagine (Pastacaldi, 1995) ha mostrato che nel 1993 circa 2/3 dei cicli di cura erogati dai MMG in ambito extraospedaliero erano stati eseguiti con antibiotici in forma iniettabile, informazione che non si discostava dalle medie nazionali. Un'altra indagine (Pastacaldi, Giustini, 1997) ha rilevato che negli anni 1994, 1995 e 1996, la prescrizione di cicli di terapia con farmaci orali da parte dei medici generali dell'A.USL n. 3 Zona di Pistoia è andata aumentando, passando dal 54% del 1994, al 61% del 1995, al 70% del 1996, con una netta inversione di tendenza, rispetto agli anni precedenti.

Analisi degli antibiotici iniettivi. Il confronto fra i cicli di cura del 1997 (totale 3.963 pari a 11%) e del 1998 (2.919 pari a 10%) dimostra nel tempo una ulteriore diminuzione di utilizzo di antibiotici iniettivi.

Il gruppo delle cefalosporine è quello più utilizzato, con un totale di 3.244 cicli di terapia nel 1997 e 2.791 nel 1998 (**tab. n. 2**).

Nella famiglia delle cefalosporine iniettabili sono maggiormente prescritte quelle che rientrano nella nota 55 della CUF anche se va rilevato un decremento costante fra il 1997 (1.693 cicli di cura) e il 1998 (totale cicli cura 1.381).

Sul totale dei cicli terapia eseguiti con ogni antibiotico, sia orale sia iniettivo, è ipotizzabile che con le cefalosporine "long-acting" sia stato trattato il 4.3% della popolazione nel 1997 e il 3.8% nel 1998; in altri termini circa 1.950 assistiti nel 1997 e 1.740 assistiti nel 1998.

Analisi degli antibiotici orali. Per quanto concerne il gruppo delle betalattamine orali (P), troviamo che il maggior numero di cicli terapeutici è stato eseguito utilizzando, sia nel 1997 sia nel 1998, l'amoxicillina e l'amoxicillina protetta che si mantengono su livelli elevati di consumo (33,6% di cicli terapia sul totale degli iniettivi e degli orali nel 1997 e 36% nel 1998) (tab n. 3).

Nel gruppo dei macrolidi (M), l'azitromicina, la claritromicina e la roxitromicina hanno una percentuale di utilizzo sul totale degli iniettivi e degli orali del 19,8% nel 1997 e del 19,5% nel 1998, con un decremento della claritromicina e della roxitromicina e un lieve incremento dell'azitromicina.

Il gruppo dei chinoloni (CH e FC) è rappresentato, sui sette principi attivi più utilizzati, quasi per metà dalla ciprofloxacina (pari al 4,3% nel 1997 e al 4,7% nel 1998), mentre scarsamente utilizzati sono i chinoloni di I generazione.

Il gruppo delle cefalosporine orali (CE) presenta una maggiore variabilità nella scelta dei principi attivi (nove molecole) con una prevalenza prescrittiva della cefixima, composto dotato di una buona compliance e copertura antibatterica (percentuale di utilizzo sul totale degli iniettivi e degli orali del 5,3% nel 1997 e del 6,35% nel 1998).

Discussione e proposte. Avendo a disposizione i dati epidemiologici locali dei principali germi e delle relative resistenze che si ritrovano nelle patologie infettive maggiormente incidenti nel nostro territorio

(Rossetti, 1998), nel 1998 è stato possibile costruire una lista ragionata di prime e seconde scelte nelle principali patologie infettive da usare come raccomandazioni comportamentali in medicina generale.

Dalla nostra indagine emerge che il consumo totale di antibiotici nell'area del Distretto n. 4 è stabile se non in lieve decremento (numero totale cicli del 1997 pari a 34.805 e nel 1998 pari a 32.507); questo anche a fronte nel 1998 di una diminuzione di ricoveri per patologie infettive gestibili dal medico generale sul territorio.

Da queste informazioni tuttavia non emerge in quali pazienti e per quali motivi clinici è stata eseguita una terapia iniettiva e soprattutto non è possibile conoscere gli esiti della terapia: in altre parole quanta "appropriatezza" ci sia alla base di queste scelte terapeutiche e della loro variabilità, come nel caso delle cefalosporine parenterali, in quanti soggetti a rischio è stato necessario un tale approccio, quanti ricoveri sono stati evitati attraverso l'uso ragionevole di tali farmaci, ecc.

Ci sembra a questo proposito utile poter disporre di informazioni di farmacoutilizzazione soprattutto mettendo in relazione tipo di antibiotico, durata della terapia, eventuali aggiustamenti terapeutici, tipo di diagnosi, et[^] del paziente, comorbilità, ricoveri per DRG e per tempo medio di degenza per polmoniti, bronchite cronica riacutizzata, infezione delle vie aeree superiori (Brignoli, 1997).

Dopo un corso di formazione sulla prescrizione consapevole della terapia antibiotica in medicina generale, che ha coinvolto 35 medici generali del Distretto, reputiamo inoltre utile che i MG intraprendano un percorso di ricerca sul campo che possiamo definire "Progetto di stesura di raccomandazioni comportamentali sull'uso appropriato dell'antibioticoterapia e di ricerca sul campo in medicina generale".

Il progetto di ricerca, certamente non originale, parte dalla convinzione che la "ricerca" possa essere uno strumento di gestione ottimale delle risorse in quella che è definita "la routine" (Tognoni, 1997). Nella routine troviamo, con notevole frequenza, situazioni cliniche talora indicate "banali" come le infezioni ORL, le infezioni delle vie aeree inferiori e quelle genito-urinarie che costituiscono una classica area grigia per l'incertezza diagnostica (quale germe? quale antibiotico? in quale paziente?) e per l'appropriato uso degli antibiotici.

é possibile, anche sulla base di esperienze già svolte (Lauri, 1996), procedere alla identificazione sistematica dei pazienti suscettibili di terapia antibiotica in ambulatorio e a domicilio, alla registrazione del sospetto diagnostico o della diagnosi, delle comorbilit[^] del paziente, del tipo di terapia antibiotica prescritta e degli esiti, compreso il ricovero.

é quindi possibile procedere ad una valutazione (Bondonio, 1998) del grado di applicabilità di comportamenti terapeutici "ragionevoli", attraverso uno studio che possa produrre dati epidemiologici comparativi sul profilo di differenti trattamenti e nello stesso tempo sia una "palestra" per l'esercizio di una raccolta dati "sistematica".

Per i MG ricercatori sono da prevedere incontri di aggiornamento e di audit sul tema della terapia ragionata delle pi• frequenti malattie infettive in Medicina Generale, con particolare attenzione alle prime e seconde scelte, ai pazienti critici, alla trasferibilit^ di linee guida basate su evidenze consolidate nella "routine".

Per gli stessi MG sono previste, come dall'Accordo Aziendale Locale, forme di incentivazione da negoziare.

Tab. 1 - Processo decisionale per una terapia ragionata

Criteri clinici

- Caratteristiche della malattia (acuta, cronica, ricorrente, ecc.)
- sede dell'infezione
- caratteristiche fisiologiche del paziente (et^ . peso, sesso, gravidanza, ecc.)
- caratteristiche patologiche del paziente (patologie concomitanti, compromissione d'organo, immunodepressione, ecc.)
- terapie concomitanti

Criteri epidemiologici

Criteri farmacologici

Criteri economici

Scelta antibiotico

Tab 2: Numero pezzi e DDD pezzi 1997 e 1998 di antibiotici iniettabili

Farmaco N. Pezzi 1997 N. Pezzi 1998 DDD pezzi 1997 DDD pezzi 1998

A. Amikacina 125 75 56 22

A. Gentamicina 2.278 1.505 782 511

A. Netilmicina 1.260 1.131 845 713

A. Tobramicina 269 232 125 106

C. Cefazolina 7.287 5.982 2.427 1.994

C. Cefepime 893 820 222 204

C. Cefodizima 2.294 1.528 1.147 764

C. Cefonicid 4.274 4.501 4.207 4.465

C. Cefotaxima 2.210 1.820 361 301

C. Ceftazidime 1.529 987 229 147

C. Ceftriaxone 6.736 6.021 3.148 2.822

C. Cefuroxima 5.033 3.090 1.245 767

L. Lincomicina 1.620 542 558 237

P. Ampicillina 438 212 219 106

P. Ampicillina Sulbactam 3.580 3.265 2.676 2.444

P. Mezlocillina 160 21 27 3.5

P. Piperacillina 1.210 911 166 127

Tab. 3: Numero pezzi e DDD pezzi 1997 e 1998 degli antibiotici orali⁵

atb n. pezzi 1997 n. pezzi 1998 n. ddd pezzi 1997 n. pezzi dd 1998

C. Cefacloro 1.982 1.988 6.455 6.489

C. Cefadroxil 123 160 492 640

C. Cefalexina 169 113 660 446

C. Cefatrizina 152 195 304 390

C. Cefetanet pivoxil 555 438 2.220 1.752

C. Cefixima 2.215 2.458 11.075 12.290

C. Ceftibutene 768 781 3.716 4.093

C. Cefuroxima acetil 867 720 2.579 2.147

C. Cefpodoxima 295 136 855 407

FC. Ciprofloxacina 3.018 3.056 8.389 8.565

FC. Lomefloxacina 393 268 1.965 1.340

FC. Norfloxacina 777 797 5.439 5.579

FC. Ofloxacina 347 197 2.082 1.182

FC. Pefloxacina 188 122 188 122

FC. Rufloxacina 294 222 1.764 1.332

M. Azitromicina 1.928 2.209 9.695 11.109

M. Claritromicina 3.582 3.106 17.104 20.335

M. Eritromicina 345 204 1.652 1.007

M. Josamicina 216 92 819 321

M. Miocamicina 485 294 2.724 1.635

M. Rokitamicina 728 512 4.368 3.072

M. Roxitromicina 1.397 1.047 7.558 5.670

P. Amoxicillina 7.011 7.023 73.836 75.810

P. Amoxicillina + clav. 4.697 4.723 54.305 54.327

P. Ampicillina 339 175 2.025 1.050

P. Bacampicillina 349 357 4.188 4.284

Rifampicina 156 119 1.014 820

Spiramicina 306 370 1.147 1.387

Sulfam. Trimetoprim 1.376 1.144 10.258 8.725

T. Doxicillina 219 363 2.180 3.510

T. Minociclina 355 352 1.420 1.408

4 Secondo Giuliano Bono (1996), per i Medici Generali il problema di un corretto uso degli ATB, e quindi dell'acquisizione di un metodo, chiamato terapia ragionata, nasce negli anni '70 epoca in cui all'espansione delle classi di cefalosporine, corrisponde una propaganda dell'Industria, su cui troppi medici si sono allineati in modo acritico, tesa ad accreditare la molecola a più ampio spettro, come la soluzione migliore, da impiegare sempre. Nella rivista SIMG (n. 10, 1989), nel Dossier "Aggiornamento antibiotici 1989-1990; criteri guida per una corretta antibioticoterapia", il Prof. Maserati dell'Università di Pavia, esponeva i tre parametri fondamentali, posti alla base della ragionata, cioè microbi - farmaci- paziente. A cavallo fra gli anni '80 e '90, numerosi medici generali (Ventriglia, Nejrotti, Lupano, Bono, Marasso, ecc.) e alcuni specialisti (come Martinetto e Biglino) introducono e sviluppano il termine di terapia ragionata nel materiale didattico per vari corsi di Formazione in diverse province del Piemonte (ad esempio Torino e Asti).

5 Sandford JP et al. "Guida alla Terapia Antimicrobica 1999"; Momento Medico editore, Salerno

BIBLIOGRAFIA

Bondonio et al Il medico generale e l'uso efficiente delle risorse, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1998.

Brignoli O. in AA.VV. Qualità delle cure e contenimento dei costi nella gestione delle malattie infettive. Agor[^], Dossier 1, Simg, Economia e Sanità, Editore Business International, Roma, 1997.

Bono G. in Terapia con antibiotici per via iniettiva, Medico e Paziente, n. 8, 1997.

Bono G., Giustini S. E., Antibiotici per il Medico Generale, Materiale di studio preliminare, Simg/SEMG, 02.12.1996.

Mundula V., Bellomo F.: Piano Attuativo Distrettuale 1999 e atti collegati, UO Attività Sanitarie di Comunità, A.USL n. 3, Zona di Pistoia. novembre 1998.

Pastacaldi G. e al.: Infezioni delle vie urinarie nella pratica del medico di medicina generale. Rivista Farmaci Vol. - n. 4, 96.

Pastacaldi G., Giustini S. E.: Toscana Medica 5/95; 40.

Rossetti R.: Materiale per Corso di Formazione "Antibioticoterapia per il medico generale", FIMMG-Simg-A.USL N. 3, novembre e dicembre 1998.

Lauri D. et al.: Sorvegliare le novità: uno studio sull'uso degli antibiotici; Ricerca & Pratica, 1996; 12: 231-242.

Tognoni G.: La ricerca come strumento ottimale della gestione delle risorse della routine; Ricerca & Pratica 1997; 13: 221-227.

