

Medico Generale e Linee Guida: l'esperienza Asma

Germano Bettoncelli, Medico Generale – Responsabile Area Pneumologica, Simg

Fino a non molti anni fa l'asma rappresentava, per la medicina generale italiana, un problema complessivamente poco percepito nella sua reale importanza. È pur vero che, probabilmente, l'esplosione della malattia che si è osservata negli ultimi anni dipende, sia da un reale aumento della stessa, sia da una maggior accuratezza diagnostica da parte dei medici. In ogni caso vi è stata (e probabilmente vi è tuttora) una notevole sottostima del fenomeno.

La partecipazione della medicina generale italiana, e della Simg in particolare, alla validazione per l'Italia delle linee guida OMS sull'asma, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri ed universitari, è stata un evento rilevante perché ha di fatto aperto la strada all'incontro di due settori della medicina che fino ad allora non comunicavano e non si conoscevano.

Ma questo miglioramento di rapporti, questi scambi, questi contatti, fino a che punto hanno realmente inciso sulla pratica clinica del medico generale? E come? Le linee guida così ampiamente accreditate e condivise dalla comunità scientifica, in particolare, sono state di fatto adottate dalla medicina generale italiana? Ed in che misura?

La sensazione è che non vi sia stata una forte penetrazione delle linee guida per l'asma nell'area della medicina generale italiana, anche se numerosi studi internazionali hanno mostrato come, anche in altri Paesi, nella medicina generale e nella specialistica, le linee guida siano state abbondantemente trascurate e spesso del tutto ignorate.

Vantaggi delle linee guida

“Le linee guida sono asserzioni sviluppate in modo sistematico che aiutano il medico ed il paziente nelle scelte riguardanti l'appropriatezza degli interventi relativi a specifiche situazioni cliniche”.

Se i vantaggi delle linee guida (tab. 1) fossero reali, la loro diffusione dovrebbe portare ad un miglioramento della qualità generale delle cure, alla diminuzione degli interventi inappropriati, e all'acquisizione di progressi reali nella pratica di tutti i giorni.

Eppure, malgrado la loro assai larga diffusione, le linee guida hanno spesso un effetto molto limitato nell'indurre un reale cambiamento di comportamento del medico. Vengono riportati di seguito alcuni tra i più importanti ostacoli e fattori in grado di limitare o ridurre la completa adesione del medico alle linee guida.

Svantaggi delle linee guida

Michael D. Cabana ha rivisto 5.658 studi che si occupavano degli ostacoli alla diffusione delle linee guida e ha concentrato in alcune situazioni principali quanto desunto dalla letteratura. Si è evidenziato immediatamente che la maggior parte dei lavori si concentrava sull'analisi di una soltanto delle cause di insuccesso nell'applicazione delle linee guida, mentre molto spesso esiste un concorso di fattori che si influenzano reciprocamente.

Ostacoli intrinseci al medico

- Il medico non conosce la linea guida (non consapevolezza o mancanza di familiarità)

- Il medico non è disposto ad adottarla (mancanza di accordo, sfiducia nelle proprie capacità, nei possibili esiti, o inerziale mantenimento delle precedenti abitudini)
- Esistono ostacoli esterni che condizionano il medico

In dettaglio:

1. Mancanza di consapevolezza

La mole di lavori che la medicina sforna su tutti gli argomenti, impedisce spesso al medico di conoscere le linee guida che potrebbero essere applicate, magari con successo, nella sua pratica. Nel nostro Paese quelle sull'asma tuttavia sono state abbondantemente pubblicizzate e propagandate, ed è difficile pensare che la maggior parte dei medici non ne abbia sentito parlare.

2. Mancanza di familiarità

Spesso, pur esistendo una conoscenza, magari anche casuale delle linee guida, è possibile che il medico non abbia familiarizzato con esse e non abbia raggiunto l'abilità necessaria per applicarle correttamente. La mancanza di familiarità mediamente è più comune della mancanza di conoscenza. Questo può essere un motivo abbastanza realistico alla base anche del comportamento dei medici generali italiani.

3. La non concordanza

Il medico può non condividere il concetto stesso di una linea guida o determinate proposizioni contenute nelle linee guida. A tale proposito, i medici mostrano una maggiore discordanza sulle linee guida in generale, piuttosto che sui contenuti delle singole specifiche proposizioni contenute in esse. Tra i medici generali italiani, ad esempio, per quanto riguarda i criteri di valutazione funzionale del paziente asmatico, sia nella fase di diagnosi che nel follow up, le modalità di utilizzo del Peak Flow Meter la classificazione di gravità del paziente, sono state in molti casi discusse e messe a confronto con una pratica clinica diversa, ma ritenuta, per le evidenze riportate dei medici stessi, soddisfacente.

4. Mancanza di fiducia nelle proprie capacità

Essa è la capacità di credere che siamo capaci di produrre un cambiamento, in noi stessi e nel setting in cui operiamo. Questo determina se un cambiamento sarà o meno iniziato, a prescindere dall'entità dei risultati attesi. Una scarsa preparazione teorica o una scarsa abilità pratica ad eseguire una determinata performance, genera un calo di auto-stima che si traduce in una scarsa adesione alle linee guida. Spesso questi problemi si evidenziano in modo particolare proprio in quelle linee guida che prevedono interventi educazionali e di counseling. Questa, con molta verosimiglianza, è una condizione piuttosto diffusa tra i medici generali.

5. Mancanza di fiducia nei risultati attesi

L'attesa di un risultato è l'attesa che un determinato comportamento determinerà il verificarsi di un evento conseguente. Se il medico non crede che questo risultato ci sarà, sarà meno indotto ad aderire alle linee guida. Anche la sovrastima della popolazione interessata potenzialmente dal risultato positivo può determinare un'attesa errata ed influenzare l'aderenza del medico.

6. Il perpetuarsi delle vecchie abitudini

Questo accade per incapacità del medico a disfarsi delle vecchie abitudini (i medici generali sono molto abitudinari e comunque l'abitudinarietà è spesso legata all'insicurezza) per mancanza di motivazione a cambiare. Se ricordano a tale proposito i modelli comportamentali del cambiamento di Prochaska e di Di Clemente, che prevedono le fasi di pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento: è frequente trovare i medici in fase di pre-contemplazione e davvero poco disposti al cambiamento.

7. Le barriere esterne

Appropriate conoscenze ed attitudini sono condizioni necessarie ma non sufficienti per l'aderenza alle linee guida. La mancanza di fattori quali il tempo e gli strumenti necessari, sono altrettanti elementi determinanti, capaci di indurre anche un calo dell'autostima e delle motivazioni del medico.

Barriere relative alle specifiche linee guida

La necessità di addestramenti specifici o la complessità delle linee guida sono fattori di non aderenza. Sono più difficili da applicare le linee guida che prevedono l'abbandono o la modifica di un comportamento che quelle che ne introducono uno nuovo.

Barriere relative al paziente

L'impossibilità di far coesistere le preferenze/esigenze del paziente con le necessità delle linee guida influenza l'eventuale non adesione da parte del medico.

Barriere relative al contesto

Talvolta le linee guida richiedono cambiamenti che non sono sotto il controllo del medico. Il condizionamento sempre maggiore che le esigenze di controllo della spesa determinano sull'attività prescrittiva del medico, può costituire un punto importante, tenuto conto del costo dei farmaci per la cura dell'asma e della cronicità della malattia. Oltretutto nel nostro Paese è molto difficile trovare chi condivide una visione dei problemi orientata a valutare i guadagni in prospettiva, a fronte di un aumento delle spese nel breve periodo.

Conclusioni

Secondo molti Autori, non considerare, nel processo di implementazione delle linee guida, queste barriere, porta con più facilità all'insuccesso e alla loro non applicazione. Per quanto riguarda la medicina generale italiana rispetto al problema della cura del paziente asmatico, è possibile che sia necessario un ulteriore processo di filtro delle linee guida, un ulteriore adattamento rispetto al contesto in cui il medico di famiglia abitualmente opera. Tenuto conto che, in questi anni, anche il modello di lavoro del medico sta rapidamente cambiando (informatizzazione, espansione della medicina di gruppo, primi tentativi di ricerca in medicina generale), sulla spinta delle trasformazioni socio-economiche della nostra epoca.

Bibliografia

Action Against Asthma A Strategic Plan for the Department of Health and Human Services May 2000

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR.

Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999 Oct 20;282(15):1458-65.

Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Produrre ed implementare linee guida. Il Pensiero Scientifico editore, 1995

Formoso G, Magrini N, Liberati A. Cosa ne pensano i medici delle linee guida? Effective Health Care (ed. Italiana) maggio-giugno 2000, Vol.4, N.4, 9-16

Tab. 1 - Alcuni vantaggi delle linee guida

- Rendere le pratiche cliniche basate sull'evidenza chiare ed accessibili a tutti (ma quante sono quelle basate davvero sull'evidenza?)
- Rendere più semplice ed obiettivo il processo decisionale dentro e fuori l'ospedale
- Fornire un criterio di valutazione dell'operato del medico
- Delineare la divisione dei compiti (es. tra medici ospedalieri e del territorio)
- Informare pazienti ed operatori sanitari delle migliori strategie terapeutiche
- Migliorare il rapporto costo-beneficio dei servizi sanitari
- Fornire uno strumento per il controllo esterno

Approccio a gradini alla terapia dell'asma

| Obiettivi Controllo dell'asma | | Obiettivi Miglior possibile risultato funzionale | | Monitorare sempre ridurre la terapia quando la malattia è sotto controllo da 3 mesi |
|---|---|---|---|---|
| Sintomatici: beta-2 agonisti prn VEMS/PEF: >80% | Terapia di mantenimento Steroidi inalatori B.D. Possibile agg. Bronchodilatatori L.A. o Antileucotrieni | Terapia di mantenimento Steroidi inalatori M.D. Possibile agg. Bronchodilatatori L.A. o Antileucotrieni | Terapia di mantenimento Steroidi inalatori A.D. Possibile agg. Bronchodilatatori L.A. corticosteroidi orali | |
| Sintomatici: beta-2 agonisti prn VEMS/PEF: 60-80% | Sintomatici: beta-2 agonisti prn VEMS/PEF: 60-80% | Sintomatici: beta-2 agonisti prn VEMS/PEF: 60-80% | Sintomatici: beta-2 agonisti prn VEMS/PEF: <60% | |
| Livello 1: Intermittente | Livello 2: Lieve Persistente | Livello 3: Moderato Persistente | Livello 4: Severo Persistente | |

Legenda:

B.D.= Basse Dosi M.D.= Medie Dosi A.D.= Alte Dosi L.A.= Longacting

Tab. 2 - Alcuni svantaggi delle linee-guida

- Possono riflettere l'opinione "dell'esperto".
- Possono ridurre la varietà degli interventi fissandola ad un livello "medio" invece che ottimale
- Rischiano di impedire un approccio individuale, umano, al singolo caso
- Potrebbero essere utilizzate in ambito medico-legale contro il medico stesso
- Potrebbero non tener conto di necessità locali o essere non condivise dai medici locali
- Se formulate in ambiente ospedaliero potrebbero non tener conto delle esigenze della assistenza primaria
- Potrebbero indurre spostamenti di potere tra differenti gruppi professionali

[top](#)