

Feedback informativo e pratica clinica

Augusto Zaninelli, Germano Bettoncelli, Alessandro Filippi

Nella normale pratica della medicina generale (MG) solo una parte dei pazienti con fibrillazione atriale (FA) viene identificata(1,2) e l'uso degli anticoagulanti orali per la profilassi della tromboembolia risulta di molto inferiore a quanto consigliato dalle linee guida internazionali(3). Questo comporta che una percentuale non indifferente di persone sia esposta a rischio tromboembolico potenzialmente evitabile. In considerazione dell'elevata prevalenza di FA e delle conseguenze devastanti dell'ictus, il problema assume notevole rilevanza sia per l'attività dei singoli medici, sia per l'intero SSN. Tra le cause di questo fenomeno, un ruolo rilevante assume la non consapevolezza del medico circa le carenze della propria pratica clinica. Scopo di questo lavoro è di verificare se l'informazione in merito alla propria attività professionale possa aumentare l'identificazione dei pazienti con FA e migliorare la prescrizione di anticoagulanti orali nei pazienti ad alto rischio.

Partecipanti e metodi

Sono stati esaminati i dati di 50 MG partecipanti all'indagine epidemiologica sulla FA nel nord Italia e sulle modalità di profilassi delle tromboembolie(4). I partecipanti hanno individuato tra i loro assistiti di età ≥ 40 anni quelli con diagnosi di FA, hanno rilevato i dati necessari alla valutazione del rischio tromboembolico secondo le indicazioni di Lipp(5), hanno segnalato la terapia antitrombotica in atto ed hanno specificato la presenza o meno di controindicazioni alla terapia anticoagulante orale (TAO). Le controindicazioni erano: inadeguata compliance (comprendente anche l'abuso di alcol e l'insufficiente comprensione della terapia da parte del paziente e dei familiari), ulcera gastroduodenale, ipertensione non controllata, insufficienza epatica, disturbi della coagulazione, malformazioni vascolari ad alto rischio, neoplasie avanzate, gravidanza, precedenti significative emorragie durante terapia con anticoagulanti orali.

Sono state effettuate due rilevazioni di dati, basale e dopo almeno sei mesi (*range* 7-12 mesi).

Dopo l'analisi delle schede della prima rilevazione, tutti i partecipanti sono stati informati dei risultati, che indicavano una prevalenza di diagnosi inferiore all'attesa ed un utilizzo di anticoagulanti orali, nei pazienti privi di controindicazioni, inferiore a quello previsto secondo le linee guida.

Abbiamo valutato la variazione di prevalenza di diagnosi di FA e di utilizzo di anticoagulanti orali.

Quest'ultima analisi è stata limitata al solo gruppo di pazienti considerati ad alto rischio, per evitare che fossero possibili atteggiamenti differenti legati a valutazioni personali, cosa possibile in caso di rischio intermedio; i nuovi casi di FA sono stati esclusi dall'analisi sulla variazione della terapia.

Risultati

Alla rilevazione basale la prevalenza di FA era 1,75% (708 pazienti su 40.329 ≥ 40 anni) e raggiungeva il 2% (823 pazienti su 40.782 soggetti ≥ 40 anni) alla seconda rilevazione (+14%, $p < 0,0046$ al test di Student a due code per dati appaiati).

Per quanto riguarda l'uso della terapia antitrombotica (nei pazienti privi di controindicazioni), nessun paziente ad alto rischio è risultato perso al follow-up. Alla rilevazione basale, 52 pazienti non assumevano alcuna terapia, 130 utilizzavano antiaggreganti piastrinici e 80 erano in TAO. Dopo un periodo di 7-12 mesi l'unico cambiamento registrato è stato l'uso di ASA da parte di un paziente che non assumeva inizialmente alcuna terapia.

Discussione

L'informazione circa la propria pratica clinica e l'attenzione dovuta alla partecipazione ad una ricerca hanno consentito un aumento significativo dell'individuazione di pazienti con FA: l'invito a migliorare la pratica clinica è stato quindi recepito ed attuato, anche se la prevalenza della FA diagnosticata è risultata ancora lievemente inferiore a quanto atteso in base ai dati internazionali. D'altra parte non è pensabile, nell'ambito del normale lavoro d'ambulatorio, di individuare il 100% dei pazienti con FA, sia perché la medicina di opportunità non lo consente, sia perché il sospetto diagnostico basato sulla palpazione del polso non consente di individuare tutti i casi(2). L'informazione sulla pratica clinica si conferma strumento efficace, semplice ed economico per migliorare la capacità d'identificare i pazienti con FA e l'uso di programmi computerizzati potrà in futuro rendere ancora più agevole queste procedure, consentendo ai singoli medici di estrarre in pochi minuti i propri dati personali e verificarne lo scostamento dall'atteso in base alla letteratura.

La TAO è un mezzo efficace per ridurre l'incidenza di episodi tromboembolici nei pazienti con FA, anche se il loro uso è ancora limitato in tutti i paesi occidentali. È nota la difficoltà a modificare la pratica clinica e ad applicare le raccomandazioni delle linee guida(6,7), ma l'importanza del problema, in termini di frequenza e gravità delle conseguenze tromboemboliche, dovrebbe contribuire al superamento delle resistenze.

Gli ostacoli all'uso degli anticoagulanti possono derivare dai medici, dai pazienti e dall'organizzazione del sistema sanitario(3). Tra quelli che riguardano i medici, una possibile causa, potenzialmente

modificabile, può essere la mancata consapevolezza circa lo scarso uso di anticoagulanti.

Il nostro studio ha mostrato l'assenza di cambiamenti successivi all'informazione data ai colleghi sullo scarso uso di questi farmaci.

Non abbiamo elementi per valutare i motivi della assoluta mancanza di cambiamento, anche se è possibile avanzare alcune ipotesi: rifiuto del paziente, farmaco sconsigliato da altri sanitari, presenza di controindicazioni minori, difficoltà organizzative importanti.

È comunque sconcertante l'assenza di profilassi, anche tramite antiaggreganti piastrinici, in un numero considerevole di pazienti ad alto rischio e privi di controindicazioni. Uno studio è stato recentemente concluso per indagare le cause del mancato utilizzo di anticoagulanti in pazienti ad alto rischio ed i risultati potranno essere utili per meglio comprendere e correggere il fenomeno.

Pur in presenza di numerosi limiti metodologici (il principale è la selezione del campione di partecipanti) riteniamo che il comportamento rifletta quello dei nostri colleghi e che i risultati del nostro studio possano essere validi, dal punto di vista qualitativo se non quantitativo, anche per l'intera MG italiana.

Conclusioni

L'informazione al MG circa la sua inadeguata capacità d'identificare i pazienti con FA comporta un aumento significativo della diagnosi di questa aritmia, a conferma che il feedback informativo può rappresentare un metodo semplice, rapido ed efficace per migliorare gli aspetti preventivi della pratica clinica(8). Questo tipo d'informazione non ha invece prodotto alcun miglioramento nell'intervento profilattico del rischio tromboembolico nei pazienti ad alto rischio, che evidentemente necessiterà di altre modalità di approccio da valutare con appositi studi.

Bibliografia

1. Wheeldon NM, Tayler DI, Anagnostou E, Cook D, Wales C, Oakley GD. Screening for atrial fibrillation in primary care. *Heart* 1998 Jan; 79(1):50-5
2. Sudlow M, Rodgers H, Kenny RA, Thomson R. Identification of patients with atrial fibrillation in general practice: a study of screening methods. *BMJ* 1998 Aug 1; 317:327-8

3. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? Arch Intern Med 2000; 160: 41-46
4. Filippi A, Bettoncelli G, Zaninelli A. Detected atrial fibrillation in North Italy: rates, calculated stroke risk and proportion of patients receiving thrombo-prophylaxis. Fam. Practice 2000; 17: 337-339
5. Lip GYH. Thromboprophylaxis for atrial fibrillation. Lancet Jan 2 1999; 353: 4-6
6. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library, 1001, Issue 2
7. Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2001, Issue 2
8. Ventriglia G. Dalla CME allo sviluppo professionale continuo. Rivista SIMG, 1, 2001

Partecipanti al progetto f.a.	
Bruno Glaviano	Giovanni Filippini
Francesco Mazzoleni	Giovanni Scannavini
Domenico Chirico	Ernesto Fumagalli
Adriano Artebani	Francesco Riva
Fabrizio Negri	Francesco Fanzaga
Giovanni Cardinale	Contardo Corbetta
Daniele Arrigoni	Aurelio Sessa
Marco Rossi	Angelo Michele Bianchi
Franco Gabba	Emanuele Rastelli
Gianpietro Ramponi	Giuseppe Mario Tilli
Germano Bettoncelli	Alessandro Filippi
Lorenzo Comini	Marziano Mazzoleni
Giuseppe Archetti	Giuliana Giunta
Gerardo Medea	Claudio Ferri
Filippo Papagno	Luigi Donzelli
	Luciano Foppa
	Gianfranco Suardi

Paolo Bolognini	Romano Antico
Paola Ottolini	Massimo Caregnato
Franco Belafatti	Mario Zappa
Pierangelo Lora Aprile	Michele Jazzetti
Giovanni Ciolina	Lorenzo Mapelli
Gianluca Bettini	Giorgio Lamera
Paola Dall'Oglio	Augusto Zaninelli
Leonardo Ardigò	Maria Rosaria Rutili
Emanuele Borra	Pier Renato Pernici



[top](#)