

I.S.A.I.A. ITALIAN SURVEY SUGLI ANTIBIOTICI INIETTIVI NEI PAZIENTI AMBULATORIALI

AURELIO SESSA, GERMANO BETTONCELLI,
ALESSANDRO ROSSI, ETTORE SAFFI GIUSTINI
Medici Generali,
Società Italiana di Medicina Generale

Tra una domanda prescrittiva in crescita (longevità della popolazione, facilità di accesso ai servizi sanitari) ed il contenimento della spesa perseguito dallo Stato, si colloca la constatazione che solo il 10% della spesa sanitaria pubblica è costituito dalla voce "farmaci", di cui gli antibiotici rappresentano il 15% (dati 2001).

Dall'unico studio pubblicato¹ sull'adeguatezza della prescrizione del Medico Generale nel trattamento delle infezioni delle vie respiratorie (anni 1993-1994, Italia, Francia, Gran Bretagna e Germania) emerge che in Italia si fa un uso importante della via i.m. a fronte peraltro di un basso tasso di ospedalizzazione², minor ricorso ad indagini strumentali¹ e diverso numero di decessi: 5,8% in Italia, 15% in Gran Bretagna (ISTAT 1996, *Office for National Statistics* 1995).

OBIETTIVI

Analizzare in un campione di Medici Generali italiani le modalità di utilizzo dell'antibioticoterapia iniettiva e indagare le motivazioni alla base della decisione.

MATERIALI E METODI

Lo studio ISAIA ha coinvolto circa 200 Medici Generali distribuiti sul territorio nazionale e rappresentativi della realtà nazionale (aree geografiche, motivazioni culturali, risorse localmente disponibili). Nel periodo settembre 2000-settembre 2001, ciascun medico ha raccolto le informazioni sull'iter diagnostico-terapeutico seguito dai primi 10 pazienti da lui trattati con un farmaco anti-

biotico parenterale: patologie, terapie, esiti, eventuali fattori esterni in grado di influenzare la scelta prescrittiva.

RISULTATI RELATIVI AL CAMPIONE DI MEDICI PARTECIPANTI ALLO STUDIO

Dei 204 Medici Generali partecipanti allo studio (Tab. I), un terzo aveva prescritto almeno un trattamento antibiotico parenterale nei 12 mesi precedenti l'inizio dello studio. Alla domanda "Abitualmente prescrive una terapia antibiotica parenterale come prima scelta per la polmonite?" oltre l'80% dei medici ha risposto "sempre" o "quasi sempre". Altre patologie per le quali è risultata più frequente questa prescrizione: colecistite acuta, la riacutizzazione di bronchite cronica, cistopielite (oltre il 50% dei medici ha risposto "sempre" o "quasi sempre").

RISULTATI RELATIVI AI PAZIENTI IN STUDIO

Arruolati 1.892 pazienti, di cui 1.861 valutabili (39,3% al Nord, 22,4% al Centro e 38,4% al Sud) senza differenze rispetto al sesso (M 51%, F 49%) e di età media dei 64 anni (mediana 69; range 4-100), in prevalenza pensionati (52,8%).

L'utilizzo dell'antibioticoterapia iniettabile al Nord è stato indirizzato ad un paziente più anziano rispetto al Sud (media 67,4 vs. 60,1; mediana 72 vs. 65).

L'analisi delle patologie concomitanti (73% dei casi) è illustrato in Figura 1; in Figura 2 le sedi di infezione. Dei 1.027 pazienti con infezione delle basse vie respiratorie,

TABELLA I

I.S.A.I.A. Caratteristiche dei Medici Generali partecipanti allo studio.

Numero	Nord: 85 (Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Veneto) Centro: 46 (Abruzzo, Lazio, Toscana, Umbria) Sud: 73 (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia)
Età (media)	47 (range 36-63)
Anni di attività come MG	17 (range 1-37)
N. pazienti	1420 (range 530-1947)
N. pazienti > 65 anni	339 (24%)

402 (38%) avevano una localizzazione polmonare e 650 (62%) bronchiale (25 in entrambe le sedi).

Nella maggior parte dei casi (72%) la terapia iniettiva ha costituito l'inizio del trattamento antibiotico; nel 28% ha fatto seguito ad un trattamento antibiotico già in corso.

L'esame colturale (urinario nel 42,9% dei casi) è stato eseguito solo in 176 pazienti (9%, positivo nel 78% dei casi) dei quali il 59% è stato sottoposto ad esame di controllo al termine del trattamento (negativo in 102/104 casi). Lo scarso ricorso ad indagini microbiologiche nelle cure primarie è in linea con quanto avviene in altri Paesi³.

Le motivazioni all'origine della prescrizione di un antibiotico per via parenterale compaiono in Figura 3; degli specialisti che hanno generato la prescrizione (16% dei casi) più rappresentati gli pneumologi, gli otorinolari-

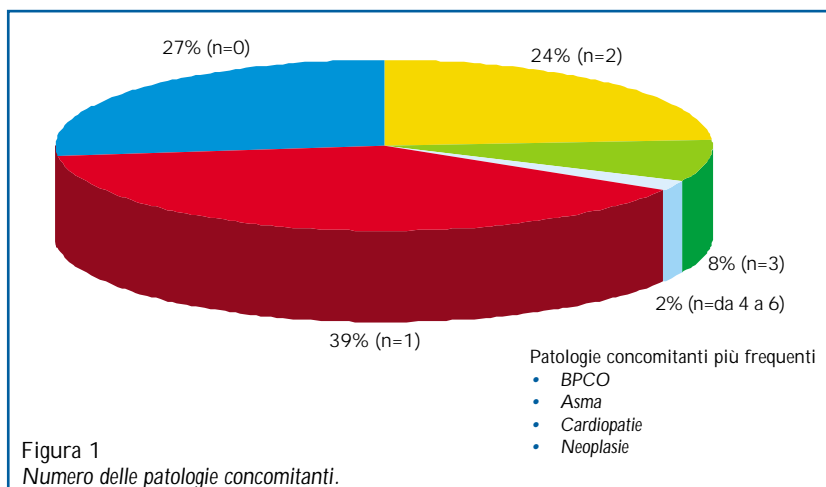


Figura 1
Numero delle patologie concomitanti.

utilizzate soprattutto in infezioni delle basse vie respiratorie; frequente nelle infezioni urogenitali l'uso di *netilmicina*.

La durata media del trattamento antibiotico parenterale è stata di 6,8 giorni. Nel 13% dei casi all'antibiotico di

prima scelta è stata aggiunta una seconda molecola, per lo più fin dall'inizio e comunque nei primi tre giorni; l'associazione scelta più di frequente è stata l'aggiunta della *claritromicina* al *ceftriaxone*.

I casi infatti di fallimento terapeutico sono stati molto pochi (7%) (Fig. 5) anche nei pazienti trattati *ab initio* con un'associazione (Fig. 6).

In particolare per il distretto polmonare vi è stato successo terapeutico nel 95% delle infezioni bronchiali e nel 93% delle polmonari. Con il *ceftriaxone*, farmaco più utilizzato anche in questo sottogruppo, vi è stata risposta nel 94,5%

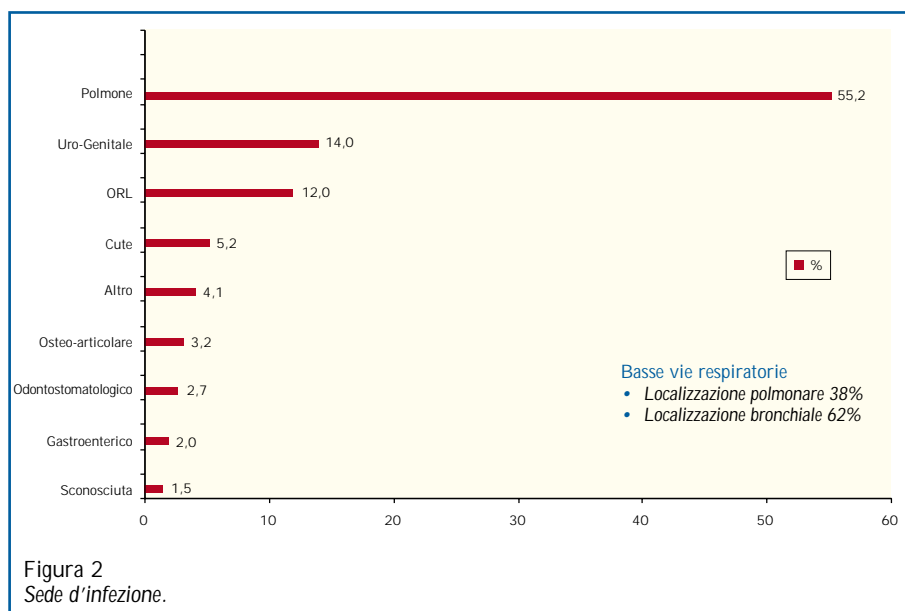


Figura 2
Sede d'infezione.

goiatri, i chirurghi o gli urologi.

In 49 casi (2,6%) sono stati i pazienti a fare espressa richiesta di trattamento iniettabile; solo nel 2,3% dei casi la terapia è stata impostata sulla base di un antibiogramma. Nel 98% dei casi è stata preferita la somministrazione i.m.

In Figura 4 le diverse classi di antibiotici prescritte; il *ceftriaxone* è stata la molecola più prescritta (38,6%) per tutti i siti di infezione, seguita da *cefonicid* (14,3%) e *ceftazidime* (7,8%)

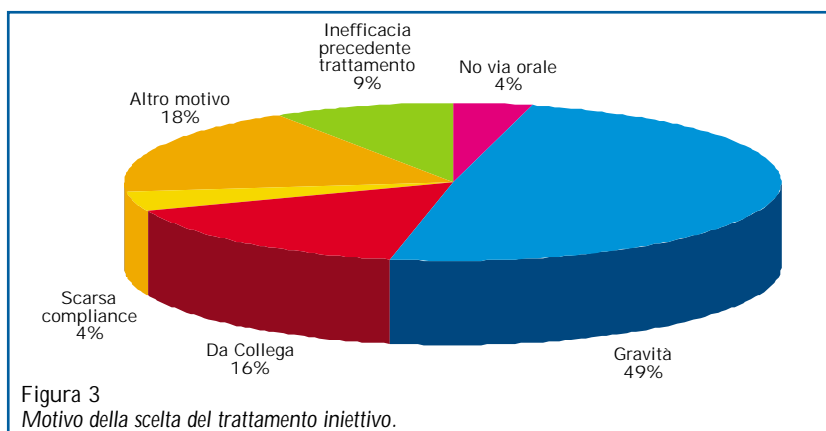


Figura 3
Motivo della scelta del trattamento iniettivo.

dei casi, con una quota leggermente inferiore di successi con la terapia associativa *ab initio* (88%), dato probabilmente legato alla maggiore gravità del quadro clinico all'origine di questa scelta terapeutica.

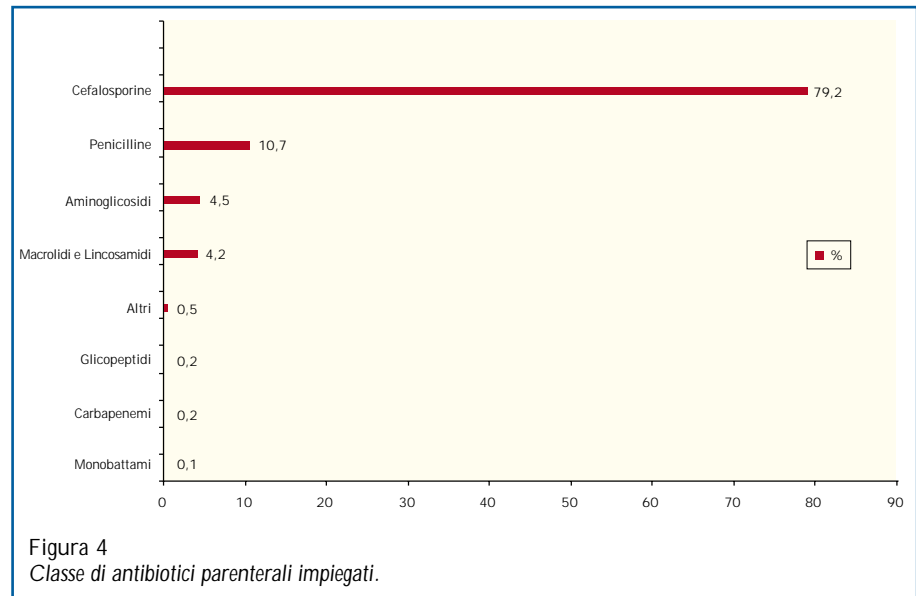
Dei 1.861 pazienti valutabili, il 12% è passato a terapia orale di mantenimento (*switch therapy*), 48 pazienti (3%) hanno interrotto la terapia per mancanza di efficacia e 25 di questi sono stati ricoverati (Fig. 7). Il grado di soddisfazione dei medici partecipanti allo studio, relativamente all'approccio terapeutico adottato, è stato elevato (92% dei casi).

CONCLUSIONI

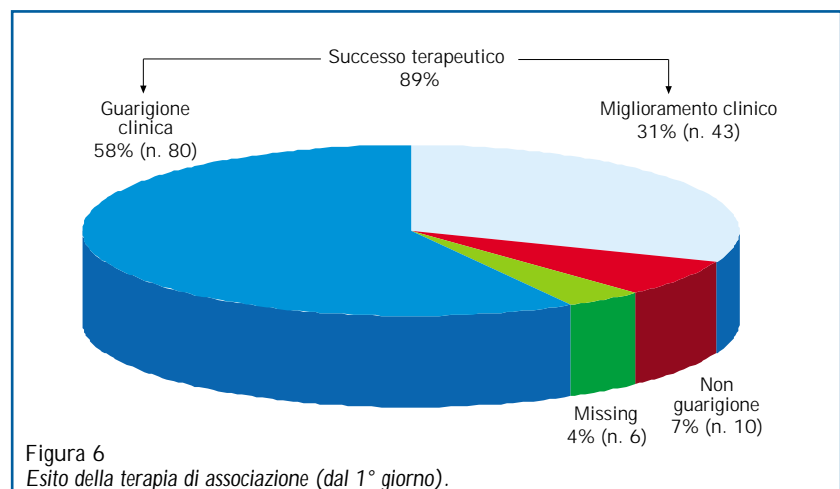
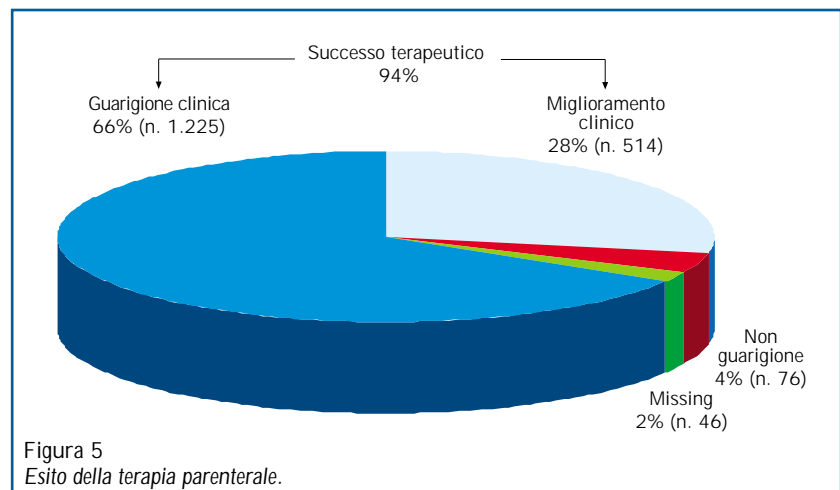
La scelta di un'antibioticoterapia parenterale è stata nella maggior parte dei casi mirata ed appropriata, legata in primo luogo ad infezioni delle basse vie respiratorie e correlata alla diagnosi, alla gravità della patologia ma soprattutto alle caratteristiche dei pazienti, per lo più anziani per i quali un trattamento rigoroso ha evitato – ove il contesto socio-familiare lo rendeva possibile – un ricovero ospedaliero, sempre problematico sul piano psicologico.

Il trattamento domiciliare è stato vantaggioso, efficace, ben tollerato e valutato con soddisfazione da medici e pazienti (Tab. II), a conferma che un'appropriata antibioticoterapia iniettabile resta un'arma insostituibile per le gravi infezioni, garantendo livelli ematici rapidamente elevati non consentiti dalla via orale⁴.

Diversi studi⁵ hanno poi dimostrato che essa riduce la spesa da ospedalizzazione ed in alcuni paesi (USA e Regno Unito) vengono allocate risorse *ad hoc* per favorire questo modello di cura. In Italia essa è per lo più usata per infezioni delle basse vie respiratorie, mentre in paesi (USA) più attenti ai costi viene attuata soprattutto per patologie che richiedono trattamenti prolungati (osteomieliti, artriti settiche, celluliti, ecc.) i cui costi ospedalieri incidono pesantemente su spesa sanitaria e qualità della vita di



pazienti e famiglie. Nei Paesi (Regno Unito) in cui l'antibioticoterapia iniettiva non esiste nella medicina di base si rileva un maggior numero di ricoveri per infezioni respiratorie ed una maggiore mortalità per tali cause.



Sono auspicabili ulteriori studi su modelli prescrittivi condivisi e di provata efficacia e supportati da corrette analisi costo-beneficio, al fine di migliorare sempre più l'utilizzo degli antibiotici iniettivi nella pratica della Medicina Generale.

Bibliografia

- ¹ Huchon GJ, Gialdroni-Grassi G, Leophonte P, Manresa F, Schaberg T, Woodhead M. *Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: a European survey*. Eur Respir J 1996; 9:1590-5.
- ² Schaberg T, Gialdroni-Grassi G, Huchon G, Leophonte P, Manresa F, Woodhead M. *An analysis of decisions by European general practitioners to admit to hospital patients with lower respiratory tract infections*. Thorax 1996;51:1017-22.
- ³ Keeley D. *Guidelines for managing community acquired pneumonia in adults*. BMJ 2002;324:436-7.
- ⁴ Esposito S. *Parenteral cephalosporin therapy in ambulatory care. Advantages and disadvantages*. Drugs 2000;59(Suppl.3):19-28.
- ⁵ Tice A. *Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT): a global perspective*. Chemotherapy 2001;47(Suppl.1):1-4.

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento ai coordinatori regionali della ricerca che hanno saputo mantenere sempre alto l'interesse dei medici partecipanti: Domenico Valletta (Abruzzi); Piero Vasapollo (Calabria); Franco Costigliola (Campania); Iader Garavina (Emilia Romagna); Luca Le Foche (Lazio); Claudio Berlengerio (Liguria); Aurelio Sessa (Lombardia); Gaetano D'Ambrosio (Puglia); Francesco Magliozzo (Sicilia); Andrea Salvetti (Toscana); Mario Berardi (Umbria); Raffaella Michieli (Veneto).

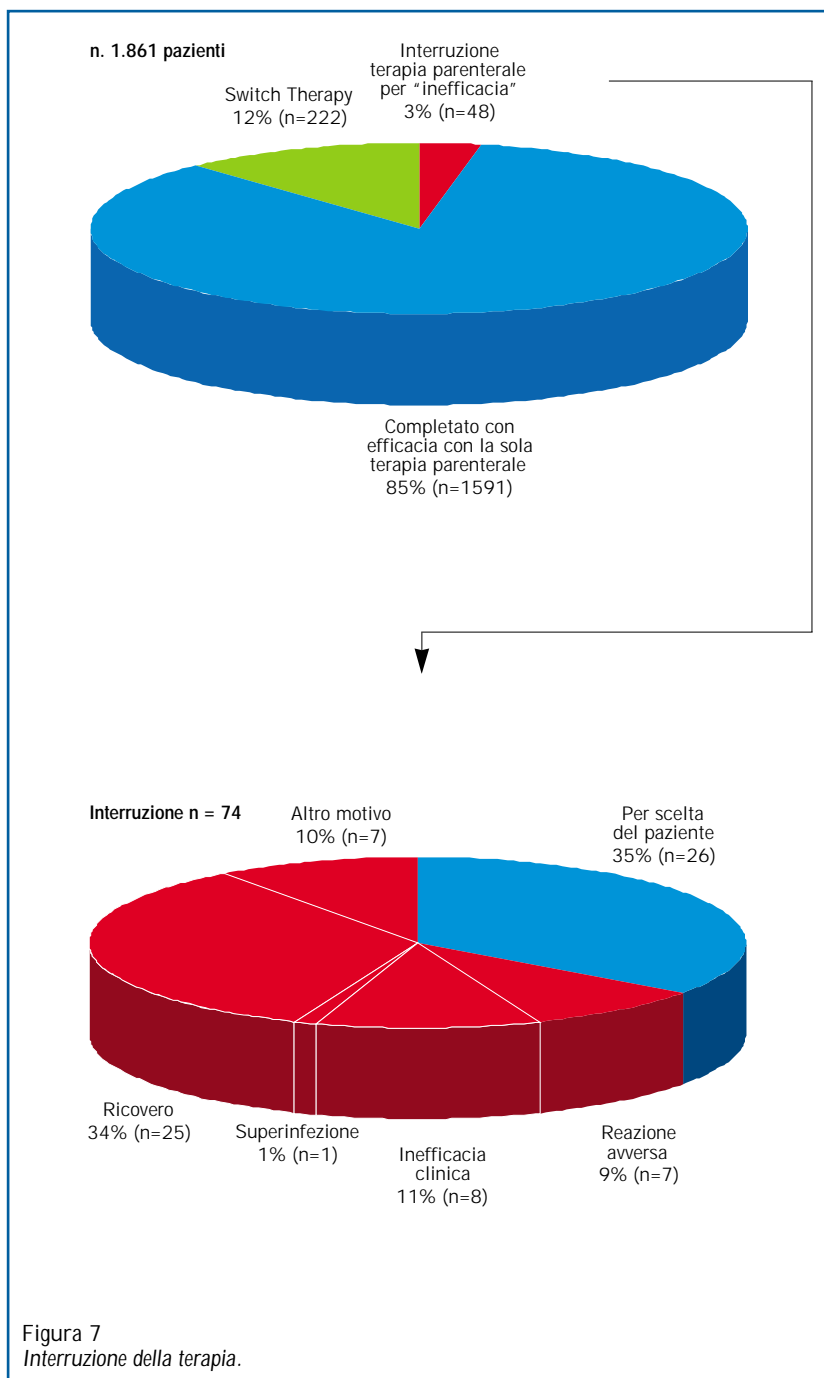


TABELLA II

Vantaggi del trattamento domiciliare rispetto a quello ospedaliero.

- Evita l'esposizione ad agenti patogeni nosocomiali
- Mantiene il paziente nel contesto familiare
- Riduce il trauma da ospedalizzazione nei pazienti pediatrici ed anziani
- Evita il declino funzionale correlato all'ospedalizzazione del paziente anziano
- Consente maggiore partecipazione attiva al trattamento da parte del paziente
- Riduce i costi di gestione della malattia (minor costo giornaliero di un trattamento domiciliare rispetto a quello ospedaliero)
- Permette al paziente di continuare ad essere attivo