

RISULTATI DELLA PRIMA FASE DELLO STUDIO CORDIS IN MEDICINA GENERALE

Esperienze e ricerche in Medicina Generale

GERMANO BETTONCELLI, GAETANO CARAMORI*, ROBERTA TOSATTO**, FABIO ARPINELLI**, GIOVANNI VISONÀ**, GIOVANNI INVERNIZZI, ANTONIO GERACE
 Società Italiana di Medicina Generale e Scuola Europea di Medicina Generale, Firenze;
 * Centro di Ricerca su Asma e BPCO, Università di Ferrara;
 ** Direzione Medica, GlaxoSmithKline Italia, Verona

Gli ultimi vent'anni hanno visto un enorme progresso nelle conoscenze sulla patogenesi dell'asma bronchiale e delle broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), che ha modificato completamente l'approccio diagnostico e terapeutico a queste malattie infiammatorie croniche delle vie aeree. In accordo con la medicina basata sull'evidenza scientifica, le nuove acquisizioni sono state sistematizzate all'interno di linee guida internazionali e nazionali.

In particolare, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono state tradotte in Italia con il titolo di "Progetto Mondiale Asma" e "Progetto Mondiale BPCO" e sono state approvate da tutte le principali Società Scientifiche Italiane coinvolte nella gestione dei pazienti con asma e BPCO^{1,2}. Numerosi studi hanno tuttavia dimostrato che le linee guida, nonostante siano note alla maggior parte del personale sanitario, vengono scarsamente applicate nella pratica clinica³. Questo

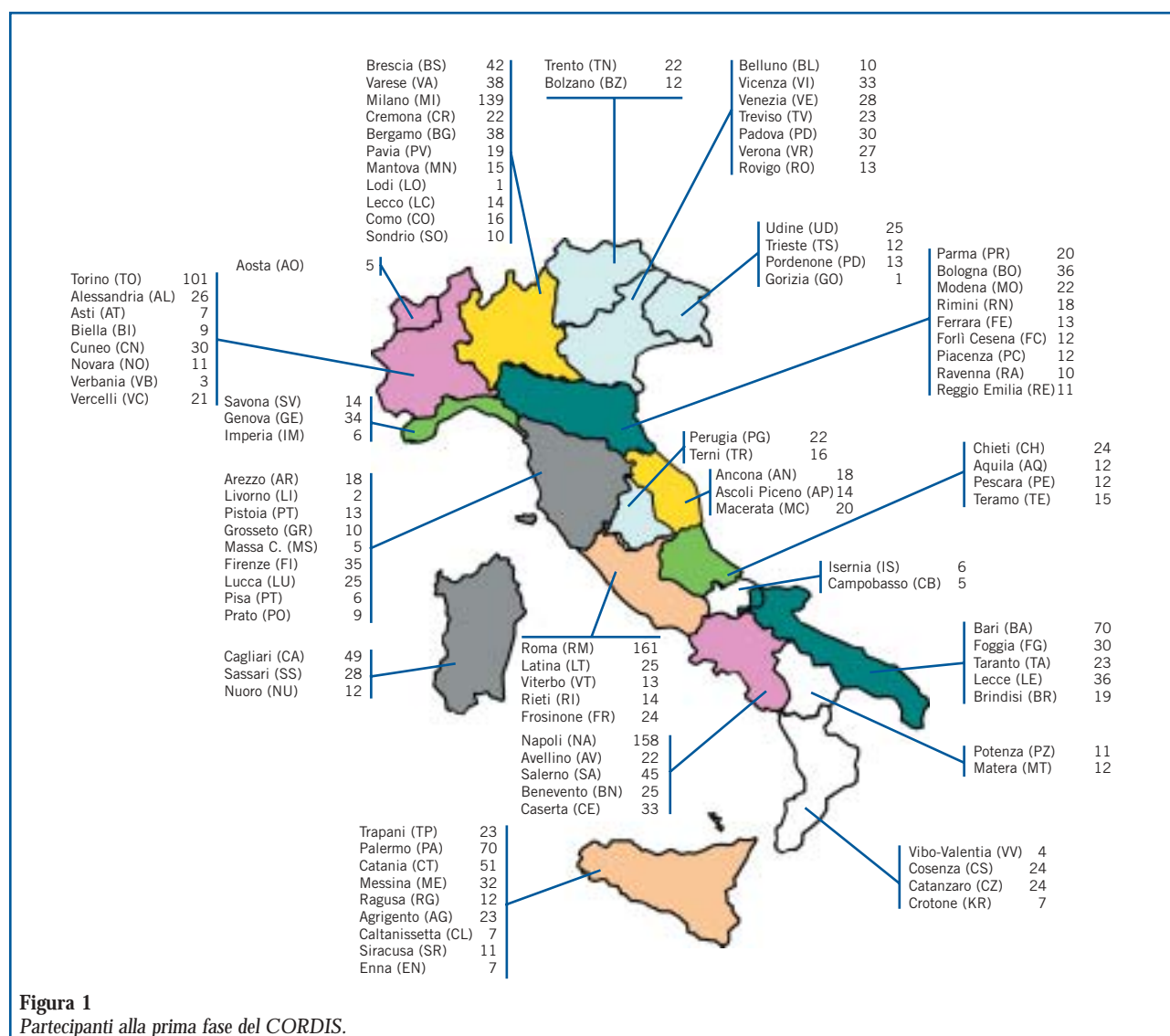


Figura 1
 Partecipanti alla prima fase del CORDIS.

TABELLA I
Suddivisione delle 3 principali aree geografiche dell'Italia nella prima fase dello studio
CORDIS.

Nord	Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Trentino-A.A., Friuli-V.G., Emilia-Romagna
Centro	Toscana, Umbria, Marche, Lazio
Sud/Isole	Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna

è evidenziato da recenti studi epidemiologici che dimostrano come, anche in Italia, per l'asma bronchiale e la broncopneumopatia cronica ostruttiva vi sia ancora: a) una sottodiagnosi; b) un uso insufficiente delle misure di funzionalità respiratoria per obiettivare la diagnosi; c) un trattamento farmacologico inadeguato⁴.

Ciò avviene sia nella Medicina Specialistica che nella Medicina Generale. Sulla base di tali osservazioni, l'Area Pneumologica della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), ha condotto lo studio CORD-IS (*Chronic Obstructive Respiratory Disease - Italian Study*), uno studio osservazionale che ha l'obiettivo di indagare le conoscenze del Medico di Medicina Generale sull'asma e la BPCO, la sua percezione della diffusione di tali patologie nella popolazione generale e dell'impatto che esse determinano sulla sua abituale attività ambulatoriale. L'indagine è stata condotta in due tempi successivi; qui vengono presentati i dati della prima fase.

METODI

La prima parte dell'indagine, svoltasi nel periodo da aprile a maggio 2002, ha coinvolto complessivamente 2.425 Medici di Medicina Generale, distribuiti sull'intero territorio nazionale (Fig. 1). La raccolta dei dati è avvenuta tramite autocompilazione da parte dei Medici di Medicina Generale di un questionario cartaceo. I dati raccolti in forma anonima sono stati acquisiti tramite lettura ottica. Le informazioni raccolte erano strutturate in 3 sezioni: la prima riguardante i dati anagrafici del Medico di Medicina Generale (sesso, età, residenza), l'ambito di esercizio della professione (zona, numero assistiti) e le modalità di archiviazione delle informazioni dei pazienti afferenti all'ambulatorio (archivio informatico, software utilizzato, principali dati raccolti); la seconda finalizzata a rilevare come asma e BPCO vengono percepite dal Medico di Medicina Generale (prevalenza nel tempo, livello di controllo della patologia); la terza, relativa alla gestione da parte del medico dei pazienti affetti da asma e BPCO (modalità di diagnosi, uso della spirometria, prescrizione di visite specialistiche, obiettivi perseguiti nelle prescrizioni terapeutiche). Le analisi statistiche eseguite e contenute nel presente report sono di tipo descrittivo e suddivise per area geografica (Nord, Centro, Sud/Isole) secondo la classificazione ISTAT (Tab. I).

RISULTATI

Caratteristiche generali del campione dei Medici di Medicina Generale

Il numero complessivo di questionari analizzati è stato pari a 2.424, un questionario è stato eliminato perché incompleto in ogni sua parte.

I Medici di Medicina Generale che hanno compilato il questionario hanno mediamente un'età di 48 (\pm 4,9) anni e sono risultati di sesso maschile nell'88,5% dei casi. L'area geografica di appartenenza è risultata nel 43,7% dei casi il Nord, per il 18,1% il Centro e per il 38,3% il Sud/Isole. Il 90,7% dei Medici di Medicina Generale ha dichiarato un numero di assistiti compreso tra 1.000 e 1.500. L'uso di un archivio informatizzato si riscontra nel 85,6% dei medici, anche se il software di raccolta dati non è uniforme: il programma più usato è risultato Millennium (19,9%). I dati che con più regolarità vengono inseriti in archivio sono: l'anagrafica (98,2%), il trattamento farmacologico cronico (96,9%) e la diagnosi (95,8%).

Risposte specifiche su asma bronchiale e BPCO

Il 92,1% dei medici stima che negli ultimi 10 anni in Italia siano aumentati i casi di asma bronchiale ed il 90,2% che siano aumentati i casi di BPCO. Complessivamente i pazienti sono ritenuti più controllati (94,8% asma e 89,5% BPCO), soprattutto grazie alla disponibilità di farmaci più efficaci, migliori strategie terapeutiche e diagnosi più tempestive. I sintomi ritenuti più rilevanti per la diagnosi di asma bronchiale sono: sibili in fase espiratoria (87,9%), dispnea dopo sforzo (67,5%) e tosse notturna/e al risveglio (59,5%) (Fig. 2). Per la diagnosi di BPCO invece sono: tosse cronica (86,2%), produzione di espettorato (85,6%) e dispnea da sforzo (51,5%). L'uso della spirometria per la conferma della diagnosi è eseguita sia per l'asma che per la BPCO da circa il 70% dei medici (Fig. 3). Un'analoga percentuale di medici dichiara di eseguire una stadiazione della gravità dell'asma bronchiale e della BPCO secondo le linee guida. Il 48,2% dei Medici di Medicina Generale ritiene di poter diagnosticare autonomamente l'asma bronchiale e la BPCO. La terapia farmacologica prescritta per l'asma bronchiale ha come obiettivi principali: migliorare la qualità di vita (86,1%), controllare i sintomi

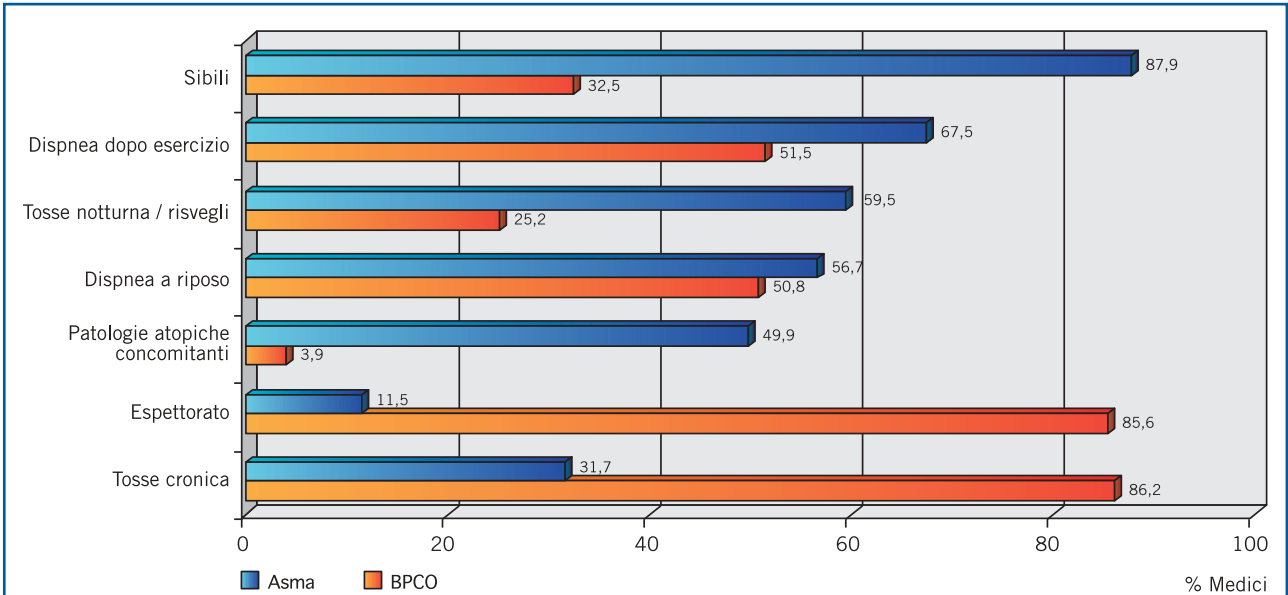


Figura 2
Manifestazioni cliniche di asma e BPCO.

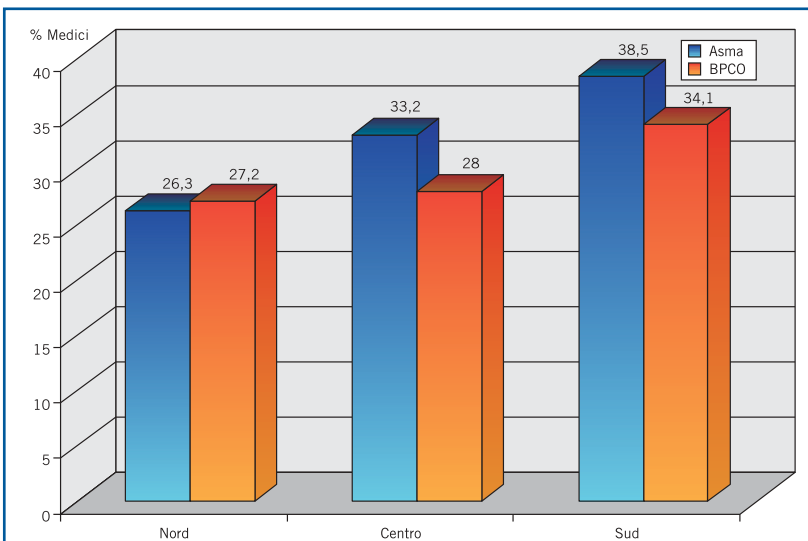


Figura 3a
Medici che non usano la spirometria nella pratica quotidiana.

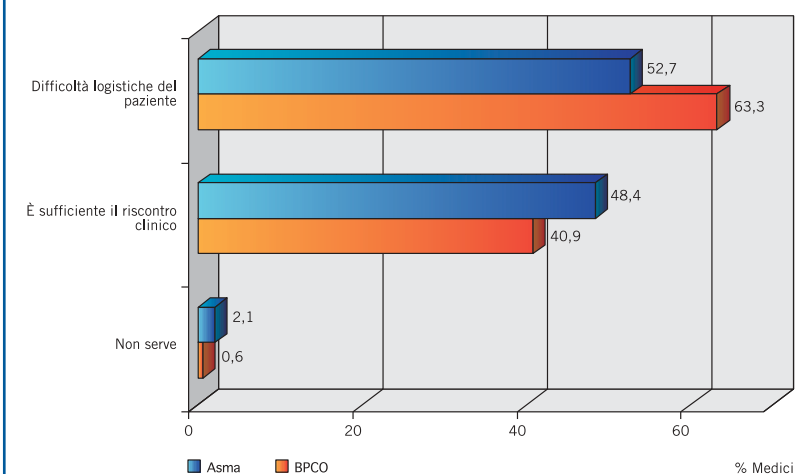


Figura 3b
Motivi del non uso della spirometria.

(79,4%) e prevenire l'insorgenza di riacutizzazioni (77,2%) (Fig. 4). I principali obiettivi della terapia farmacologica delle BPCO sono invece: riduzione della frequenza delle riacutizzazioni (87,2%), controllare i sintomi (79,3%) e migliorare la qualità di vita (54,7%). I principali motivi che portano i pazienti con asma bronchiale o BPCO dal Medico di Medicina Generale sono per il 78,6% il rinnovo delle prescrizioni mediche e per il 53,2% la necessità di un cambiamento nella loro terapia. Complessivamente, la gestione di tali pazienti è per il 62,1% dei medici, non dissimile da quella di altri pazienti con patologie croniche. Il 68,3% dei Medici di Medicina Generale prescrivono con regolarità visite specialistiche o accertamenti una o più volte l'anno, mentre il 28,3% solo in modo occasionale.

DISCUSSIONE

Pur con tutti i limiti di una ricerca epidemiologica retrospettiva basata su di un questionario autocompilato, l'elevata numerosità del campione di Medici di Medicina Generale coinvolti in questo studio, ci permette alcune interessanti considerazioni. In primo luogo il campione di Medici di Medicina Generale che hanno aderito allo studio assiste una popolazione numericamente elevata rispetto alla media e dichiara un alto

grado di informatizzazione (86,2%). Vi è anche una significativa omogeneità anagrafica (68,6% dei ricercatori tra 41 e 50 anni di età), come se numero di assistiti, informatizzazione ed età fossero elementi predittivi dell'interesse a partecipare a ricerche cliniche. Mentre la maggior parte dei Medici di Medicina Generale conosce i principali sintomi che devono far sospettare in un paziente la presenza di asma bronchiale, per quanto riguarda le BPCO non è ancora purtroppo accettato diffusamente il concetto che molti pazienti con BPCO sono asintomatici e che quindi la diagnosi va sospettata prevalentemente sulla base del dato anamnestico di abitudine tabagica. Questo determina verosimilmente un ritardo diagnostico, poiché la comparsa di sintomi segue spesso un declino funzionale già instaurato da tempo. Sembra inoltre piuttosto elevato il numero di pazienti che i medici dichiarano di aver sottoposto a spirometria e di quelli che sono stati stadiati, secondo quanto previsto dalle linee guida. Il dato potrebbe essere realistico, se rapportato alla fre-

quente sottostima diagnostica dell'asma e delle BPCO ⁴. In pratica, il Medico di Medicina Generale diagnostica solo una parte dei casi di asma e di BPCO (probabilmente quelli più gravi) e di questi, verosimilmente, il 70% ha eseguito una spirometria. È anche possibile che il medico effettui una stadiazione di gravità secondo parametri clinici personali che tengono conto delle condizioni generali del paziente (compresa l'età, comorbidità, ecc.). La percentuale rilevante di Medici di Medicina Generale che considera non necessaria la spirometria, evidenzia la necessità di programmi di formazione dedicati specificamente alla valutazione dei livelli di gravità di asma e di BPCO. Tale classificazione, come è noto, ha una ricaduta concreta nella gestione del paziente in termini di aggiustamento della terapia, frequenza dei controlli, necessità di ospedalizzazione di urgenza, ecc. Infine, il dato secondo cui la prevalenza dei contatti del paziente con lo studio medico avviene per la ripetizione delle prescrizioni o

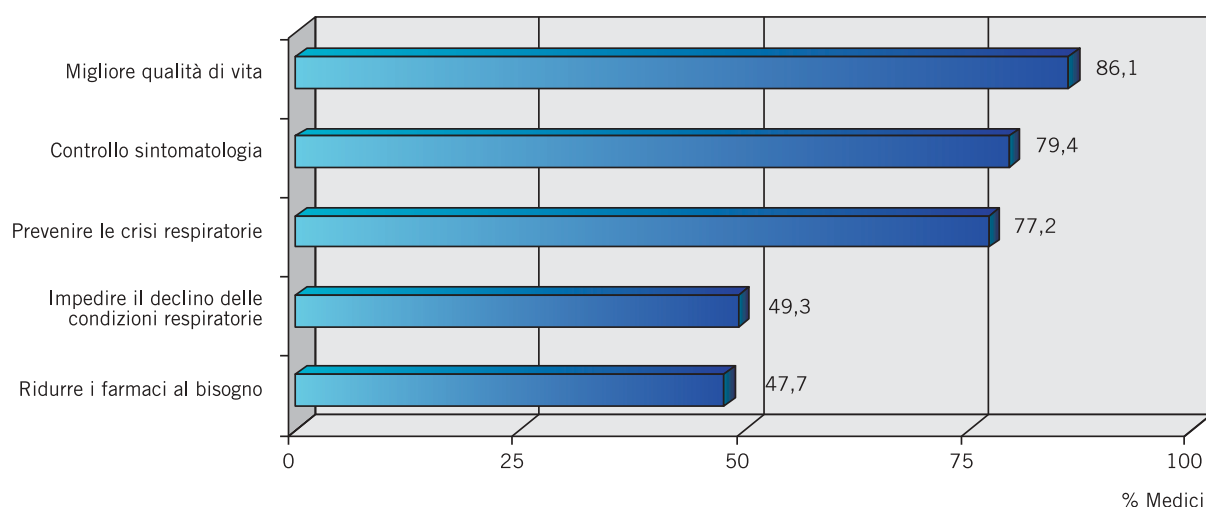


Figura 4a
Principali obiettivi della terapia antiasmatica.

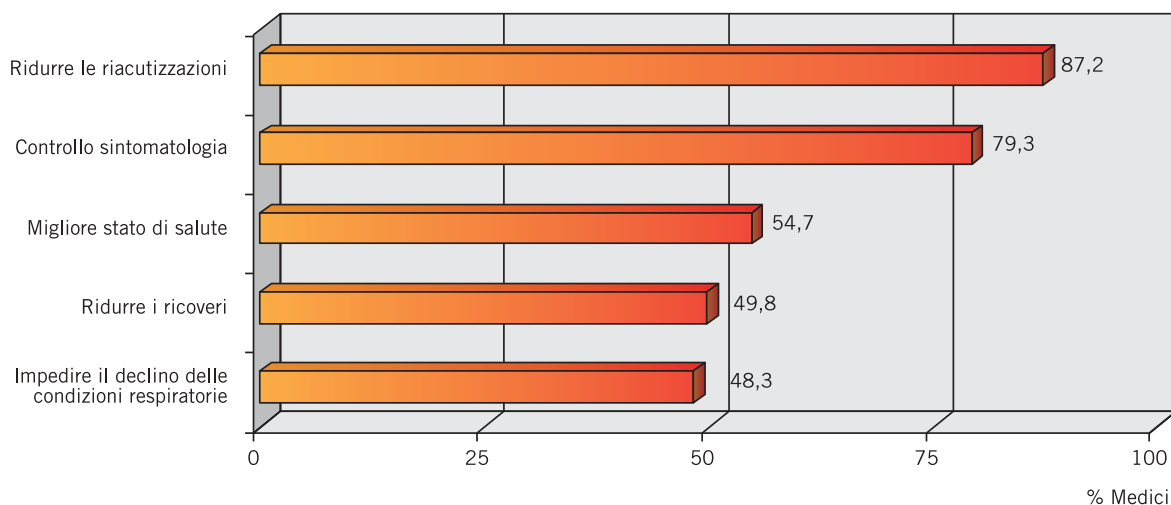


Figura 4b
Principali obiettivi della terapia delle BPCO.

per l'aggravamento della malattia, testimonia come ancora prevalga una gestione fondata sull'attesa del paziente sintomatico, piuttosto che su un intervento di anticipazione diagnostica, che muove dalla rilevazione dell'esposizione ai fattori di rischio.

CONCLUSIONI

Nel complesso i Medici di Medicina Generale del campione in esame sembrano avere una buona consapevolezza dell'importanza crescente del problema dell'asma e della BPCO nella loro pratica clinica quotidiana. L'approccio diagnostico principalmente basato sull'anamnesi e l'esame obiettivo del paziente, è in linea con le raccomandazioni delle linee guida internazionali per la diagnosi ed il trattamento dell'asma e della BPCO, così come lo sono gli obiettivi della terapia farmacologica. L'utilizzo della spirometria dichiarato dai ricercatori, appare in ogni caso insufficiente e saranno necessari interventi educazionali specifici, se si desidera modificare questo comportamento. A questo proposito va ricordato che vi sono ancora opinioni molto controverse sull'opportunità che la spirometria venga eseguita anche nello studio del Medico di Medicina Generale, almeno come indagine utile per uno screening di massa. Sono

sicuramente necessari ulteriori studi per definire un modello corretto, largamente condivisibile e realisticamente praticabile, di gestione dell'asma e della BPCO nella Medicina Generale.

Bibliografia

- ¹ *Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.* NHLBI/WHO Workshop report; 2002 NIH Publication No 02-3659. Available online at <http://www.ginasthma.com> - www.ginasthma.com La traduzione Italiana è disponibile all'indirizzo web www.ginasma.it
- ² National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO workshop report. NIH Publication No 2701A, March, 2001.* Available online at <http://www.goldcopd.com> - www.goldcopd.com La traduzione Italiana è disponibile all'indirizzo web www.goldcopd.it
- ³ Bettoncelli G, D'Ambrosio G, Invernizzi G, Caramori G, Spanevello A, Brazzola G, Neri M. *Implementazione delle linee guida sull'asma bronchiale in Italia: l'opinione del Medico di Medicina Generale.* *Rass Patol App Respir* 2002 (in corso di stampa).
- ⁴ Cerveri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R. *International variations in asthma treatment compliance: the results of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS).* *Eur Respir J* 1999;14:288-294.