

## Inerzia terapeutica: cosa può fare il medico di medicina generale

**Alessandro Filippi**

Responsabile Area Cardiovascolare SIMG

### Introduzione

Il motivo fondamentale per trattare l'ipertensione, come condizione asintomatica, è la prevenzione della mortalità e della morbidità. In tutto il mondo ogni anno 7,6 milioni di morti (13,5% del totale) sono attribuibili all'ipertensione arteriosa. La riduzione della patologia correlata all'ipertensione richiede in contemporanea l'adozione di strategie di popolazione, per migliorare lo stile di vita a livello di comunità, e migliore gestione dei pazienti ipertesi, ottimizzandone il trattamento. Quest'ultimo compito è affidato direttamente ai medici e, soprattutto, ai medici di medicina generale (MMG), che assistono la gran parte di questi soggetti (un MMG massimalista ha tra i suoi assistiti circa 400 ipertesi). Una tra le più rilevanti cause di insufficiente controllo pressorio è l'inerzia terapeutica.

L'importanza che l'"inerzia terapeutica" riveste nel mancato controllo della pressione di milioni di ipertesi è stata chiaramente illustrata nei paragrafi precedenti, così come i vantaggi della

terapia di associazione. Affrontare questo problema richiede un approccio convinto e sistematico, compatibile con le attuali condizioni di lavoro nell'ambito della medicina generale e, naturalmente, guidato dal buon senso clinico. Un buon punto di partenza può essere rivedere la situazione della Medicina Generale italiana<sup>1</sup>. Nella Tabella I si può osservare come la politerapia sia enormemente sotto-utilizzata non solo nei pazienti ipertesi a rischio "non elevato", ma anche nei soggetti a rischio cardiovascolare (CV) elevato.

È evidente che chi non ha raggiunto un adeguato controllo pressorio e non assume farmaci dovrebbe utilizzarne almeno uno, chi ne usa uno dovrebbe assumerne almeno due, e così via.

### Cosa può fare il MMG

La mancata modifica di una terapia non pienamente efficace può avere più motivazioni, le principali sono riportate nella Tabella II.

**Tabella I.**

Numero di farmaci prescritti nei pazienti non controllati ad alto e non alto rischio in base al grado di ipertensione (da Filippi et al., 2009, mod.)<sup>1</sup>.

Numero di farmaci	Pazienti no ad alto rischio			Numero di farmaci	Pazienti ad alto rischio		
	Grado 1 N. e %	Grado 2 N. e %	Grado 3 N. e %		Grado 1 N. e %	Grado 2 N. e %	Grado 3 N. e %
0	4045 (18,5%)	1230 (20,9%)	243 (22,2%)	0	608 (8,5%)	145 (9,6%)	32 (8,5%)
1	8758 (40,1%)	2101 (35,6%)	342 (31,2%)	1	2306 (32,4%)	408 (26,9%)	79 (21,1%)
2	5422 (24,8%)	1372 (23,3%)	283 (25,8%)	2	1994 (28%)	440 (29%)	111 (29,6%)
3	2283 (10,4%)	728 (12,3%)	134 (12,2%)	3	1145 (16,1%)	263 (17,3%)	70 (18,7%)
> 4	1358 (6,2%)	468 (7,9%)	95 (8,7%)	≥ 4	1070 (15%)	352 (23,2%)	83 (22,1%)

$p < 0,0001$  ( $\chi^2 = 1079$ , df 4) per il grado 1,  $p < 0,0001$  ( $\chi^2 = 385,85$ , df 4) per il grado 2 e  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 89,58$ , df 4) per il grado 3.

### Tabella II.

Motivi per non incrementare il numero di farmaci in presenza di mancato controllo pressorio.

- Dimenticanza da parte del medico
- Mancanza di tempo
- Rifiuto da parte del paziente
- Previsione di risposta negativa da parte del paziente
- Impossibilità di incrementare ulteriormente il numero di farmaci
- Vantaggio ottenibile valutato come poco rilevante
- Vantaggio ottenibile valutato come insignificante in relazione alle condizioni generali del paziente
- Scarsa consapevolezza in merito all'“inerzia terapeutica”

Esaminiamole. Durante l'intensa attività ambulatoriale non sempre si ha il tempo e la concentrazione per rivalutare il livello pressorio e il numero di molecole prescritte e il problema può sfuggire. L'uso di un software adeguato, che segnali il mancato raggiungimento degli obiettivi pressori è di grande aiuto. Anche la revisione periodica automatica (con apposito software) della “situazione” dei pazienti ipertesi è di enorme utilità: è infatti possibile disporre con un semplice “click” dei nominativi degli ipertesi non controllati e, in particolare, di quelli che non sono in politerapia, avendo inoltre la possibilità di inserire un avviso automatico che comparirà all'apertura della cartella al momento della visita. Questa modalità è di particolare interesse per i soggetti ad alto rischio CV, meritevoli di un controllo più attento della pressione arteriosa (Fig. 1). In altre circostanze il problema viene rilevato, ma il medico ritiene di non aver sufficiente tempo per affrontarlo, dato che spiegare il motivo e le modalità di cambiamento richiede calma e parecchi minuti. In questi casi è opportuno accennare al paziente che in occasione del prossimo incontro si affronterà il problema, even-

tualmente invitandolo a fissare da subito un nuovo appuntamento; questi aspetti vanno poi annotati in cartella.

Naturalmente il paziente può non accettare la proposta di modificare la terapia, ma anche il medico “si può far scrupolo” di proporla, anticipando un ipotetico rifiuto da parte del paziente e/o un disagio eccessivo: l'anticipazione dei desideri del paziente, così come percepiti dal medico, ha infatti rilevanza sulle successive prescrizioni<sup>2</sup>. In rare occasioni può essere difficile/impossibile aumentare ulteriormente il numero dei farmaci, sia perché già si utilizzano 5-6 molecole, sia perché alcuni farmaci possono essere controindicati o non tollerati. Soprattutto nella prima circostanza è opportuno considerare la possibilità d'ipertensione secondaria e/o ricorrere alla consulenza specialistica, soprattutto per i pazienti ad alto rischio CV. Molto spesso il medico (e il paziente) si “accontenta” del risultato ottenuto. Questa conclusione può essere raggiunta in base a un procedimento razionale e condivisibile (vedi paragrafo successivo) oppure, molto più spesso, in base a un misto di impressioni che riguardano il possibile vantaggio per il paziente, la stima del disagio aggiuntivo, le preferenze del paziente, ecc. Se, come vedremo, questa scelta può a volte essere accettabile per i soggetti a basso rischio CV, raramente può invece esserlo per quelli ad alto rischio. Differente è la situazione in presenza di gravi condizioni generali del paziente: neoplasie avanzate con breve prospettiva di sopravvivenza, necessità di scelta tra incremento della terapia antipertensiva e altri farmaci “più importanti” per il paziente, ecc. In tutti questi casi la scelta di non aumentare il numero di pillole può rappresentare la vera buona pratica clinica. In ultimo bisogna ricordare che, in assenza di una formale e puntuale verifica dei risultati ottenuti, i medici tendono a sovrastimare l'efficacia della propria pratica clinica e a sovrastimare la responsabilità diretta dei pazienti<sup>3</sup>.

### Incrementare la terapia in presenza di mancato controllo è sempre appropriato?

Come si è accennato nel paragrafo precedente, incrementare la terapia antipertensiva non è sempre necessariamente la scelta migliore, e questo non solo in presenza di gravi copatologie che rendono irrilevante un miglior controllo pressorio, ma anche quando questa decisione deriva da una scelta matura e consapevole condivisa tra paziente e medico. In molti casi il paziente a basso rischio CV ha una pressione arteriosa non lontana dall'obiettivo indicato dalle linee guida. Ad esempio, in base ai già citati dati di Health Search<sup>1</sup> tra i soggetti non controllati il 58% era a rischio CV non elevato (assenza di diabete, di patologia CV e di danno renale registrati nella cartella clinica) con ipertensione di grado I e valori medi di pressione arteriosa 142,5/84,5 mmHG. Citando un editoriale del BMJ<sup>4</sup> “per questi pazienti è particolarmente rilevante la necessità di valutare la relazione tra un trattamento farmacologico “a vita” e il livello assoluto di riduzione del rischio; in queste circostanze la scelta del paziente ha verosimilmente il peso maggiore sulla scelta finale. A fronte di benefici marginali e

Identificativo	Cognome	Nome	Stato
IC-AR0001	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0002	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0003	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0004	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0005	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0006	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0007	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0008	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0009	Paparelli	Adolfo	Alto
IC-AR0010	Paparelli	Adolfo	Alto

**Figura 1.**

Identificazione dei pazienti ad alto rischio CV con pressione arteriosa non controllata e terapia sicuramente inadeguata (software GPG®).

*Nota: cliccando su pazienti compariranno i nomi dei soggetti non controllati; sarà poi possibile inserire un avviso automatico nella cartella di questi assistiti, in modo da essere avvisati del problema all'apertura della cartella clinica.*

di una precisa scelta di un paziente informato, l'inerzia terapeutica può essere buona pratica clinica". Ovviamente, se tutto questo è vero, è opportuno ricordare che, se per il singolo paziente il vantaggio può essere limitato, in termini di popolazione è invece molto rilevante (si tratta di milioni di soggetti), consentendo di evitare migliaia di ictus, infarti miocardici, ecc., ogni anno.

In base a quanto detto appare chiaro che l'esplicita preferenza del paziente e la presenza di motivi clinici importanti per non modificare la terapia dovrebbero essere incorporati negli strumenti di valutazione della qualità assistenziale. Sicuramente documentare in modo trasparente e solido questi aspetti può non essere semplice, ma è di grande importanza, soprattutto nei rapporti con la parte pubblica (Regioni e ASL) quando questa è chiamata a valutare l'operato dei medici (e, a maggior ragione, quando in base a questo operato si decide sull'uso delle risorse).

### **Mancato utilizzo di alcune classi di farmaci poco considerate dalle linee guida**

Inerzia non è solo il mancato aumento del numero di molecole antipertensive prescritte, ma anche la mancata sostituzione di farmaci quando inefficaci e il mancato utilizzo di alcune classi farmacologiche poco considerate nell'ambito delle linee guida. Un primo aspetto che deve essere sottolineato per la rilevanza è la mancata sostituzione del diuretico tiazidico con diuretico dell'ansa in caso di insufficienza renale. È ben noto che la presenza di filtrato glomerulare inferiore a 40 ml/min /173 m<sup>2</sup> (stimabile con formule o determinabile con clearance creatinina) rende inefficaci (o molto meno efficaci) i diuretici tiazidici. La mancata sostituzione con diuretici dell'ansa (solitamente in 2/3 somministrazioni die) ha grande rilevanza nel mancato controllo pressorio nei soggetti con danno renale<sup>5</sup>. Vi sono poi farmaci scarsamente utilizzati come quarta e quinta scelta. Può quindi essere utile ricordare che gli antialdosteronici sono proposti come quarto farmaco dalle linee guida NICE<sup>6</sup> e che si sono rivelati sicuri, con adeguato monitoraggio clinico e laboratoristico, anche in pazienti che assumono ACE-inibitori o sartani anche in presenza d'insufficienza renale. Sempre le stesse linee guida ricordano, a proposito dei diuretici tiazidici, che (in assenza di importante riduzione del filtrato glomerulare e buoni livelli di patassiemia), a fronte di un'insufficiente controllo pressorio, si può aumentare il dosaggio rispetto ai 12,5/25 mg solitamente utilizzati. In caso d'intolleranza alle usuali classi di antipertensivi e/o nel caso sia opportuno un quinto farmaco è inerzia terapeutica anche il non considerare farmaci quali gli agonisti dei recettori alfa2-adrenergici o gli alfa-bloccanti (alfa1-antagonisti).

### **Non solo farmaci**

La diagnosi e le scelte terapeutiche per l'ipertensione arteriosa si basano su un dato essenziale: il valore della pressione arteriosa. Vi è ormai un sostanziale consenso sul fatto che l'usuale

misurazione in ambulatorio da parte del medico non sia il modo migliore per rilevare in modo affidabile la pressione. Vari documenti<sup>6-8</sup> indicano la necessità di utilizzare estesamente il monitoraggio delle 24 ore o l'automisurazione domiciliare per la diagnosi e per le successive scelte terapeutiche. A solo titolo d'esempio basterebbe citare che più di un quarto degli ipertesi presenta la reazione da camice bianco, per cui i valori pressori di riferimento dovrebbero essere sempre quelli del monitoraggio e/o dell'automisurazione. Rilevare una grande variabilità di valori pressori, discrepanze tra valori domiciliari e ambulatoriali, sintomatologia compatibile con ipotensione in presenza di valori normalizzati o addirittura elevati in ambulatorio dovrebbe far porre l'indicazione al monitoraggio 24 ore o a un periodo di auto misurazione domiciliare (con tecnica e apparecchio adeguati). Il non farlo costituisce un'altra forma d'inerzia. Si deve anche notare come il mancato ricorso a tecniche idonee può contribuire ad aumentare l'inerzia terapeutica, in quanto, nell'incertezza di quanto si sta misurando (o di ciò che ci viene riferito) è più facile astenersi dall'aumentare il numero di farmaci e "accontentarsi" della situazione in atto.

### **Il coinvolgimento del paziente**

È ben noto che per ottenere un adeguato controllo pressorio nel corso degli anni è fondamentale l'assunzione di responsabilità da parte del paziente e la sua convinta partecipazione alla gestione del problema. Un aspetto particolare d'inerzia è proprio quella di non mettere in atto tutti gli sforzi necessari per ottenere il coinvolgimento del paziente. Si tratta di un impegno rilevante, che richiede tempo e che necessita di più incontri, confronti e verifiche e che dovrebbe essere effettuato già da subito, al momento della diagnosi e dell'inizio della terapia, anche se un "recupero" è sempre possibile anche in tempi successivi. L'importanza dell'atteggiamento del medico e della capacità di coinvolgere attivamente i pazienti è stata ribadita da un recente studio<sup>9</sup> che ha valutato le differenze tra i medici che, avendo tutti partecipato allo studio *Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial* (ALLHAT), avevano però raggiunto percentuali diverse di pazienti a target. Tutti avevano le stesse competenze tecniche, ma i medici con maggior successo avevano un approccio centrato sul paziente (e sulla famiglia), mentre gli altri avevano un rapporto di tipo "paternalistico".

Si può anche notare che un paziente consapevole e responsabile facilita e "stimola" il raggiungimento degli obiettivi pressori e rende più semplice al medico prescrivere e gestire una politerapia anche complessa.

### **Come migliorare: supporti elettronici**

Parte del problema, come abbiamo visto, dipende dalla dimenticanza e dalla scarsa conoscenza dell'entità reale del fenomeno nella propria pratica clinica. Il computer può essere quindi di enorme aiuto. La comparsa di un avvertimento quando la pressione arteriosa non è controllata e una rapida occhiata ai farmaci

continuativi consente d'identificare tutti i pazienti con prescrizione inadeguata. Esistono poi software di supporto che ci consentono di verificare l'entità del problema, di individuare i singoli pazienti e di inserire automaticamente un avviso che compare all'apertura della cartella clinica (Fig. 1). Questi aiuti consentono non solo di migliorare la pratica clinica, ma anche di partecipare meglio a progetti regionali e aziendali. Analogamente questi strumenti consentono di "difendersi" meglio in caso di contestazioni, soprattutto in caso di accordi economici legati al raggiungimento di obiettivi clinici.

## Come migliorare: organizzazione del lavoro

Una buona organizzazione del lavoro è essenziale per superare l'"inerzia" in tutte le sue componenti. Visitare su appuntamento è essenziale per poter programmare gli incontri e disporre del tempo necessario in relazione alle esigenze del paziente (ad esempio appuntamento doppio in caso di iniziale diagnosi e inizio terapia). Predisporre momenti di verifica del proprio operato rivedendo i report automatici forniti dal proprio software è altrettanto importante; si tratta di dedicare 10-15' ogni 4-6 mesi, ma in questo modo si può impostare in modo razionale l'attività per i mesi successivi.

Sono possibili anche ulteriori momenti di verifica sui singoli pazienti sfruttando i contatti diretti e indiretti, sempre abbastanza frequenti per i pazienti ipertesi. In modo particolare, molto utile è il contatto "indiretto" in occasione della ripetizione delle ricette, dato che anche i soggetti che più sfuggono alle visite mediche devono "far rifornimento". Questi pazienti, il cui comportamento è un forte incentivo a rimanere "inerti", possono essere coinvolti inviando loro, insieme alle ricette, un breve messaggio scritto nel caso sia necessario ricontrollare i valori pressori o nel caso sembri opportuna una modifica della terapia. A prima vista questo intervento può sembrare poco praticabile, ma in realtà scrivere una breve nota la paziente richiede circa un minuto e la necessità di farlo si pone poche volte nel corso di una settimana; a fronte di questo sforzo i risultati sono generalmente soddisfacenti e consentono di "recuperare" una buona percentuale di pazienti.

La presenza di personale di studio è preziosa. Se dispone di accesso ai dati della cartella clinica, dopo un minimo addestramento è possibile affidare la verifica dell'aderenza alla terapia e ai controlli, oltre che organizzare i contatti con i pazienti. A seconda delle necessità locali e delle preferenze questo può implicare un richiamo telefonico o, ancora una volta, un breve messaggio scritto al momento del rinnovo delle ricette. Se si dispone di apparecchi automatici per la misurazione della pressione da affidare ai pazienti per il periodo di sette giorni previsto dalle linee guida, la loro gestione può essere affidata completamente al personale, limitando il lavoro del medico a individuare il paziente meritevole di tale controllo e alla successiva interpretazione del dato pressorio.

Un aspetto aggiuntivo della collaborazione con il personale è rap-

presentato dalla possibilità di un confronto e di uno stimolo reciproco per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti e tutto ciò è un ulteriore elemento incentivante per superare l'inerzia.

## Conclusioni

Il fenomeno dell'inerzia terapeutica è complesso e implica sia il mancato aumento del numero dei farmaci antipertensivi prescritti, sia la loro mancata sostituzione quando indicato, sia il mancato utilizzo di intere classi farmacologiche. Accanto all'inerzia terapeutica troviamo anche un fenomeno analogo nell'utilizzo delle più idonee tecniche di misurazione della pressione arteriosa (monitoraggio 24 ore e auto misurazione domiciliare) e nella motivazione/coINVOLGIMENTO del paziente. Il miglioramento in questo campo è necessario e possibile e richiede un approccio sistematico e un'adeguata organizzazione del lavoro che utilizzi appieno i mezzi informatici e il supporto del personale di studio quando disponibile.

La valutazione dell'inerzia terapeutica dovrebbe essere incluso nella rilevazione della qualità del servizio assistenziale, ma, in questo caso, devono essere sempre considerate anche le informazioni in merito ai motivi della mancata modifica della terapia, per non penalizzare scelte non dovute al medico o perfettamente legittime nell'ottica del progetto di salute globale del singolo paziente. Per il miglioramento, oltre a iniziative di formazione appaiono anche fondamentali concreti incentivi economici, organizzativi e strumentali.

## Bigliografia

- 1 Filippi A, Paolini I, Innocenti F, et al. *Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice*. *Hypertension control in primary care in Italy*. *J Hum Hypertens* 2009;23:758-63
- 2 Britten N, Ukoumunne O. *The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey*. *BMJ* 1997;315:1506-10.
- 3 Wexler R, Elton T, Taylor CA, et al. *Physician reported perception in the treatment of high bloodpressure does not correspond to practice*. *BMC Fam Pract* 2009;10:23.
- 4 Guthrie B, Inkster M, Fahey T. *Tackling therapeutic inertia: role of treatment data in quality indicators*. *BMJ* 2007;335:542-4.
- 5 Minutolo R, De Nicola L, Zamboli P, et al. *Management of hypertension in patients with CKD: differences between primary and tertiary care settings*. *Am J Kidney Dis* 2005;46:18-25.
- 6 [www.nice.org.uk/guidance/CG127](http://www.nice.org.uk/guidance/CG127)
- 7 *2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension*. [www.eshonline.org](http://www.eshonline.org)
- 8 European Society of Hypertension. *Guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring*. [www.eshonline.org](http://www.eshonline.org)
- 9 Nwachuku CE, Bastien A, Cutler JA, et al. *Management of high blood pressure in clinical practice: perceptible qualitative differences in approaches utilized by clinicians*. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10:822-9.