

Giovanni Susini

Coordinatore della Formazione in Medicina Generale, ASL 11 (Regione Toscana)

Medici di Medicina Generale della ASL 11 partecipanti all'Audit: M. Agabiti, G. Angelucci, M. Bargiani, M. Bartolommei, A. Bellucci, S. Bimbi, G. Borrone, F. Calcini, M. Cammisa, D. Donzelli, A. Giannanti, G. Innocenti, M. Massei (MMG in formazione) F. Niccolini, L. Tognetto, G. Santoli, R. Torri, G. Susini, F. Viti, M. Viviani

La gestione del paziente asmatico in Medicina Generale

Esperienza di Audit professionale di un gruppo di medici di medicina generale della ASL 11 di Empoli (Regione Toscana) nel 1° semestre del 2013

Introduzione e obiettivi del lavoro

I programmi di formazione della Medicina Generale dovrebbero prevedere una sempre maggiore componente di partecipazione e coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale (MMG) nell'arricchimento delle proprie conoscenze. È ancora molto diffuso l'uso di metodologie formative "tradizionali", in cui si mira essenzialmente a un mero accrescimento delle competenze tecniche senza considerare che non c'è sempre un rapporto lineare tra competenza e miglioramento delle performance. Il coinvolgimento diretto del medico nella propria formazione potrà far emergere criticità altrimenti difficilmente apprezzabili con lo scopo di identificare le barriere che impediscono la buona pratica clinica e di proporre correttivi per il miglioramento dell'assistenza. Questo, in definitiva, è stato l'obiettivo del lavoro di Audit professionale portato avanti nel 1° semestre del 2013 da un gruppo di medici della ASL 11 di Empoli (Regione Toscana). L'argomento di studio prescelto è stato "La gestione dell'asma bronchiale da parte del medico di medicina generale". L'oggetto del nostro studio quindi non era l'asma bronchiale, compito questo del ricercatore, bensì il modo di gestire l'asma da parte del gruppo di medici partecipanti. Sono state effettuate quattro riunioni del gruppo a cadenza mensile, della durata di quattro ore ciascuna. Ci siamo serviti della metodologia dell'Audit professionale (formazione "on the

job")^{1,4,5} le cui fasi di lavoro possono essere riassunte schematicamente nella Tabella I.

Analisi dei bisogni: perché parlare di asma?

L'asma colpisce oggi oltre 300 milioni di persone in tutto il mondo e la sua prevalenza è in aumento. L'uso dei corticosteroidi per via inalatoria (ICS), con o senza beta-2-agonisti a lenta azione (LABA) in combinazione, ha portato a un miglior controllo dei sintomi, a una notevole riduzione delle ospedalizzazioni e a una riduzione della mortalità. Eppure, nonostante la disponibilità di tali efficaci terapie, oltre la metà dei pazienti con asma sembrano essere scarsamente controllati prevalentemente a causa della scarsa adesione alla terapia². Le maggiori criticità nella Medicina Generale sono rappresentate essenzialmen-

te dalla sottostima della diagnosi clinica, specialmente nelle fasi precoci, dalla difficoltà nella effettuazione della diagnosi funzionale (stadiazione mediante spirometria, sia nell'approccio diagnostico sia nel follow-up terapeutico) e dalla diagnosi differenziale con le altre sindromi ostruttive respiratorie croniche. La scarsa e disomogenea applicazione delle linee guida internazionali (LG)^{3,7,8} da parte del MMG impedisce, inoltre, di testarle adeguatamente nella pratica quotidiana e di ottenere gli eventuali aggiustamenti per una definitiva validazione.

Il campione dei MMG partecipanti e metodo di estrazione dati

Su 22 MMG iscritti all'Audit 19 hanno inviato i dati completi, 3 non hanno inviato dati,

TABELLA I.
Le fasi dell'Audit professionale.

1	Individuazione del problema, selezione della priorità specifica degli obiettivi
2	Definizione dei criteri di buona qualità, indicatori e standard
3	Selezione delle fonti dei dati, raccolta, organizzazione e presentazione degli stessi
4	Confronto della performance con i criteri, gli indicatori e gli standard predefiniti
5	Discussione e identificazione delle cause di criticità
6	Progetto di miglioramento e introduzione dei cambiamenti necessari
7	Rivalutazione della performance

ma sono intervenuti almeno a una delle 4 riunioni previste. La partecipazione complessiva alle riunioni è stata del 95,83%. Dei 19 medici che hanno inviato dati, 5 sono femmine e 14 sono maschi con età media di 50,4 anni e un numero medio di pazienti in carico pari a 1.347. Gli assistiti totali studiati in carico ai 19 MMG sono stati 25.602. Tutti i medici registrano i dati sul programma MilleWin. I dati sono stati estratti mediante l'invio di una "stringa di estrazione" uniforme che è stata inserita nel programma Mille Utilità/Statistiche/Impostazione Riepiloghi Personali.

Il problema delle diagnosi

I colleghi si sono impegnati nella revisione di tutta la propria casistica che ha portato a selezionare ed estrarre le diagnosi di asma ritenute certe sulla base delle indicazioni delle LG³ e, talvolta, sulla base dei soli criteri clinici o della storia complessiva del paziente, spesso conosciuto da molti anni. Questo lavoro di "Self Audit", in definitiva, è stato il lavoro più importante per ogni partecipante, poiché è in tale occasione che egli ha estratto, analizzato ed, eventualmente, corretto le inapproprietezze riscontrate.

Lo studio di prevalenza

Il campione di popolazione è stato sufficientemente numeroso (25.602 persone analizzate); il dato sulla prevalenza è risultato di

3,73 con Deviazione Standard (DS) +-1,43 (Tab. II) e quindi leggermente inferiore rispetto allo standard atteso compreso tra il 4 e il 7%. I medici con prevalenza compresa tra 4 e 7% (espressione del grado di omogeneità della prevalenza dell'asma nel campione in studio) è risultato del 40,9% contro uno standard atteso del 70%, anche se l'indice della dispersione dei singoli risultati (DS) è risultato molto contenuto. La variabilità del dato sulla prevalenza (Fig. 1) può derivare dalla maggiore o minore accuratezza nelle diagnosi e dal fatto che molti asmatici sfuggono al controllo del MMG poiché seguiti dallo specialista o dal pediatra. Altre difficoltà risiedono essenzialmente nella talvolta scarsa e non omogenea qualità delle informazioni che si riescono a ottenere dalle cartelle cliniche dei medici. Il dato, comunque, è analogo a vari altri studi di Audit in Medicina Generale.

Risultati

Nella Tabella II sono riportati gli indicatori e i risultati in confronto con gli standard attesi. Le diagnosi codificate di AB sono risultate 856 su 25.602 assistiti esaminati e sono state tutte inserite nei registri di patologia del programma MilleWin di ogni medico. Ottimo è risultato il dato sulla somministrazione dell'anamnesi tabagica (92,95%) che ha superato lo standard atteso. Buona anche la registrazione del BMI (58,26%) che si è avvicinata molto, senza raggiun-

gerlo, allo standard previsto del 60%. Bassa invece è risultata la registrazione codificata del fattore di rischio "rinite allergica" (17,89%).

Il dato sulle Prove di Funzione Respiratoria (PFR) effettuate negli ultimi 1.000 giorni, sia relativo alla sola volumetria dinamica sia associato alla volumetria statica, al test sulla diffusione polmonare (DLCO) e al test di reversibilità, è risultato del 31,9%. Avevamo previsto uno standard dell'80%, quindi il dato appare lontano dall'atteso anche se in linea con i risultati di altre esperienze di Audit professionale in Medicina Generale. Le cause di tale importante criticità sono da ricercarsi, principalmente, in problemi di tipo organizzativo legati all'effettuazione dell'esame nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e, seppure in minor misura, in problemi legati all'aderenza del paziente alle prescrizioni del medico, come risulta dall'esame del questionario somministrato ai medici del gruppo che più avanti commenteremo (Tab. IV). Le richieste di Prick test, considerato un esame di primo livello nell'anamnesi allergologica, sono risultate superiori (17,57%) rispetto alle richieste delle IgE specifiche per inalanti e/o alimenti, considerate di secondo livello (7,42 e 10,56%), anche se lontane dallo standard atteso. Per quanto riguarda l'impiego dei farmaci (Tab. II, Fig. 2), è risultato che nel 52,88% delle prescrizioni si utilizzano i farmaci degli step tera-

FIGURA 1.
Le prevalenze dei singoli medici.

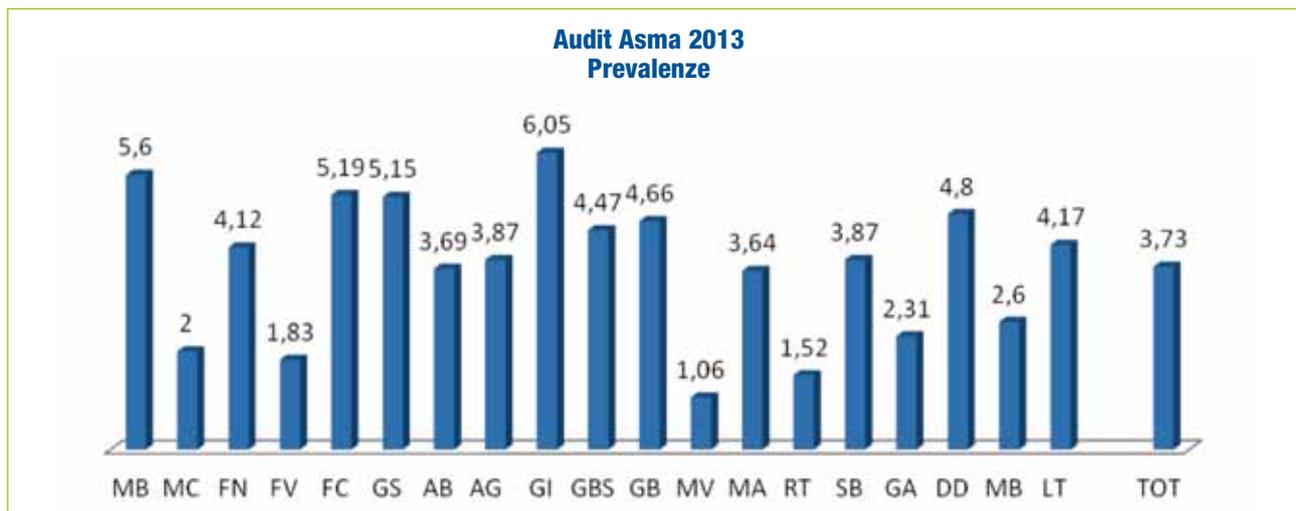


TABELLA II.
Indicatori, risultati e standard.

	Indicatori	Risultati	Standard
	Totale assistiti in carico al gruppo dei MMG	25.602	
	Prevalenza totale del gruppo	3,73 +-1,43	
1	Diagnosi codificate di asma bronchiale	856	
2	Anamnesi fumo % negli ultimi 1.000 giorni	92,95	90
3	MMG con prevalenza compresa fra 4 e 7%	40,91	70
4	Registrazione BMI % negli ultimi 1.000 giorni	58,26	60
5	Diagnosi codificate di rinite allergica negli ultimi 1.000 giorni	17,89	80
6	PFR effettuate negli ultimi 1.000 giorni	31,9	80
7	IgE totali effettuate almeno una volta	23,64	30
8	IgE specifiche per inalanti effettuate almeno una volta	7,42	30
9	IgE specifiche per alimenti effettuate almeno una volta	10,56	20
10	Prick test effettuate almeno una volta	17,57	50
	Farmaci		
11	Beta-2-agonisti rapida azione (SABA)	20,32	
12	Cortico Steroidi Inalatori (CSI)	23,42	
13	Associazione salmeterolo/fluticasone (CSI + LABA)	12,3	
14	Associazione formoterolo/budesonide/becometazone (CSI + LABA)	19,41	
15	Associazione salb/beclom/ipratropio (CSI + LABA/SAMA)	5,83	
16	Antileucotrieni (AL)	9,11	
17	Derivati xantini (DX)	1,55	
18	Beta-2-agonisti lenta azione (salmeterolo) (LABA)	1,36	
19	Beta-2-agonisti lenta azione (formoterolo) (LABA)	3,28	
20	Beta-2-agonisti lenta azione (indacaterolo) (LABA)	0,72	
21	Anticolinergici a lunga azione (tiotropio bromuro) (LAMA)	2,64	

peutici iniziali: salbutamolo (20,32%), CSI (23,42%) e antileucotrieni (9,12%). Nel 42,97% dei casi si usano farmaci degli step terapeutici successivi: 37,58% dei casi associazioni precostituite a base di CSI (fluticasone, budesonide, beclometasone) e LABA o SAMA (salmeterolo, formoterolo, ipratropio) e nel 5,39% dei casi LABA non in associazione precostituita^{3 10 11}. In percentuale molto minore (il restante 4,15%) si utilizzano altri farmaci come i derivati xantini e gli anticolinergici a lunga durata d'azione (LAMA). La prescrizione di questi ultimi, non avendo indicazione ministeriale nell'AB, è stata considerata come indicatore di inapproprietezza⁵.

Esistono comunque già evidenze che dimostrano che l'aggiunta di tiotropio, in pazienti con asma moderata in terapia continuativa con CSI a medie dosi, migliora la funzione polmonare e mantiene una bronco dilatazione efficace che supera le 24 ore^{13 14}.

Come valutare complessivamente l'inapproprietezza prescrittiva?

Diversamente dalla BPCO, in cui a ogni stadio di gravità si fa corrispondere una terapia definita, nell'asma bronchiale tale corrispondenza non è altrettanto fissa e la terapia può essere modificata anche in tempi più o meno rapidi, in base al raggiungimento o meno dello stato di controllo (step-up o step-down). Per la presenza di tale variabilità, nel nostro studio, non è stato possibile correlare direttamente i singoli farmaci usati allo stato funzionale dei pazienti al momento della prescrizione. Uno studio di Audit per la rilevazione di tale rapporto (stadio funzionale/terapia prescritta) avrebbe dovuto comportare, a nostro giudizio, un periodo di osservazione più limitato e una formazione specifica dei medici partecipanti che avrebbe dovuto precedere l'inizio della registrazione dei dati. Sarà quindi oggetto di un lavoro futuro. Nel nostro studio abbiamo deciso, pertanto, di ricercare le inapproprietezze "sicure", quelle cioè che non necessitavano dell'accertamento della suddetta correlazione, ma che erano sicuramente inappropriate in base alle LG internazionali. Mi riferisco in particolare all'uso dei LABA

FIGURA 2.

Farmaci e/o associazioni di farmaci usati.



non in associazione ai CSI, all'uso dei LAMA che, come abbiamo detto, non hanno indicazione nell'AB e ad altre inappropriatezze come l'uso dei corticosteroidi per os al di fuori dei periodi di riacutizzazione asmatica o altre associazioni non previste dalle LG internazionali. Per far ciò abbiamo scelto 8 combinazioni terapeutiche in cui potevano essere evidenziate le suddette condizioni, come riportato nella Tabella III.

I risultati dimostrano che tali inappropriatezze terapeutiche rappresentano solo il 3,33% delle prescrizioni, anche se l'uso della combinazione CSI + LABA (32,60%) appare, probabilmente, superiore alle reali necessità dei pazienti ⁴.

Un questionario sulle criticità

Dalla discussione nel gruppo è emerso che le maggiori criticità nella gestione del paziente asmatico non sono rappresentate dalla gestione terapeutica dei pazienti, bensì da altri importanti fattori come risulta da un questionario costruito su indicazione dei medici stessi (Tab. IV). Vi si riporta l'elenco delle maggiori criticità riscontrate e cioè: la sottostima della diagnosi, lo scarso ricorso alle PFR e la scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente. Ogni criterio ha ricevuto uno score da 1 a 5 in base al grado di crescente importanza che ogni criterio riscuoteva presso i medici. Il risultato finale, tradotto in percentuale, è stato riportato nella Tabella IV.

Dall'analisi del questionario possiamo con-

cludere che le maggiori criticità nell'ambito diagnostico sono rappresentate dalla diagnosi differenziale tra asma e le altre sindromi ostruttive respiratorie. Questo argomento quindi è stato affrontato durante le riunioni e si sono approfondite le caratteristiche cliniche e funzionali delle tre principali sindromi ostruttive croniche dell'apparato respiratorio (asma bronchiale, enfisema polmonare e bronchite cronica). Si sono inoltre esaminate le indicazioni e le varie modalità di esecuzione della spirometria (esame della volumetria statica e dinamica, la misura della DLCO per la diffusione polmonare e le indicazioni del test al broncodilatatore) ⁹. Per quanto riguarda lo scarso ricorso alle PFR, i problemi più rilevanti sono stati considerati quelli di tipo "organizzativo", legati cioè ai rapporti del medico con le strutture del SSN (tempi di attesa, lontananza dai laboratori di fisiopatologia respiratoria). Il giudizio sull'aderenza alla terapia ha evidenziato principalmente problemi legati a difficoltà "culturali" del paziente; in particolare è stata rilevata una "scarsa capacità di autovalutazione della gravità della patologia" e una "non consapevolezza della cronicità della propria patologia". Ciò spinge il paziente, che spesso è giovane e attivo in ambito lavorativo, a interrompere la terapia anche contro il parere del medico. Il criterio "sfiducia nella terapia inalatoria" non è risultato rilevante. Per quanto riguarda l'ultimo criterio del

TABELLA III.

Combinazioni terapeutiche.

1	Nessuna terapia	33,90
2	Solo SABA	5,80
3	Solo CSI	9,00
4	CSI + SABA/SAMA	13,10
5	CSI + LABA	32,60
6	Solo LABA o LAMA	0,30
7	Altro appropriato	2,30
8	Altro inappropriato	3,03

TABELLA IV.
Questionario sulle criticità.

Maggiori cause di criticità nella gestione dell'asma in MG	Percento				
	1	2	3	4	5
Sottostima delle diagnosi					
Difficoltà legate alla diagnosi clinica	29,5	35,3	23,5	11,7	0
Difficoltà legate alla DD tra asma e altre SD ostruttive	11,7	29,4	41,2	11,8	5,9
Difficoltà legate alla registrazione delle diagnosi	58,8	17,7	17,6	5,9	0
Scarso ricorso alle PFR					
Problemi legati al paziente	17,7	41,2	23,5	17,6	0
Problemi legati al medico	47	5,9	35,3	0	11,8
Problemi legati all'organizzazione	5,9	23,5	47,1	11,7	11,8
Aderenza					
Giudizio complessivo sull'aderenza	0	29,4	53	11,7	5,9
Problemi legati al paziente					
"Sfiducia" nella terapia inalatoria	41,2	17,7	23,5	11,7	5,9
Non consapevolezza delle cronicità delle patologia	0	17,7	17,6	29,4	35,3
Scarsa capacità di autovalutazione della gravità	0	11,8	29,4	41,2	17,6
Problemi legati al medico					
Carenza di tempo da dedicare alle spiegazioni	35,3	35,3	29,4	0	0
Interferenze dello specialista	11,7	11,7	29,4	23,6	17,6
Sensazione di inadeguatezza gestione complessiva	11,7	41,2	17,6	11,7	11,8

0
0 10
11 20
21 30
31 40
41 50
51 60

DD: diagnosi differenziale; SD: sindrome; PFR: prove di funzione respiratoria.

questionario e cioè "i problemi di aderenza per cause legate al medico stesso", questi ritiene che le "interferenze con lo specialista" abbiano la maggior rilevanza (difficoltà di comunicazione e, talora, inosservanza delle LG da parte dello specialista stesso), mentre la "carenza di tempo per le spiegazioni al paziente sulla terapia" e la "sensazione complessiva di inadeguatezza" sono risultati di importanza minore.

Conclusioni

Dobbiamo migliorare la definizione diagnostica sul piano clinico e in special modo approfondire la diagnosi differenziale fra l'asma e le altre sindromi respiratorie ostruttive croniche. Dobbiamo migliorare la

diagnosi funzionale mediante il più assiduo e sistematico ricorso alle PFR⁶; ciò si ripercuoterà positivamente sia sull'appropriatezza prescrittiva che sul follow-up dei pazienti. Per quanto riguarda l'impiego dei farmaci, l'aderenza alle LG internazionali è risultata buona; le percentuali di pazienti senza terapia continuativa (controllati) e pazienti in terapia con SABA al bisogno e/o CSI da soli (negli stadi di controllo parziale) sono risultati nei parametri attesi¹². Il ricorso invece alle associazioni precostituite (CSI + LABA) è risultato superiore all'atteso, probabilmente in relazione all'immissione in commercio di associazioni di farmaci considerate di maggiore facilità d'impiego da parte dei medici. Lo scarsissimo uso di derivati xantini, di corticosteroidi per os, di LAMA

e di LABA non in associazione di CSI è sicuramente un indice di buona appropriatezza prescrittiva. La scarsa aderenza alla terapia è risultata una criticità molto rilevante da parte di tutti i medici per le ragioni descritte nei risultati del questionario.

Per quanto riguarda la metodologia formativa usata, è importante che i medici, i formatori e le strutture del SSN a ciò preposte prendano atto sempre di più del fatto che al "sapere" non corrisponde sempre e in maniera diretta il "saper fare" per ottenere il quale è necessario che il MMG sia in grado di conoscere e valutare il proprio operato in maniera critica divenendo giudice di se stesso ed essendo pronto a ricercare adeguati correttivi al proprio lavoro. A giudizio dei medici del nostro gruppo l'Audit profes-

sionale è sicuramente la metodologia più efficace.

Bibliografia

- ¹ Susini G. *La formazione continua in Medicina Generale: "Un lavoro sul campo" - Esperienza di Audit professionale su argomento Pneumologico (BPCO) di un gruppo di MMG della ASL 11 di Empoli (Regione Toscana) nell'anno 2012*. Rivista SIMG 2013;(2):3-9.
- ² Barnes P.J. *New drugs for asthma*. Semin Respir Crit Care Med 2012;33:685-94.
- ³ *Global Initiative for Asthma. Global strategies for asthma management and prevention. National Institute of Health 2011*. www.ginasthma.org.
- ⁴ Brizio E, Balestrazzi M, Laurora NR, et al. *Net-Audit sul trattamento dell'asma*. Rivista QQ 2002;7:3-6.
- ⁵ Linares T, Campos A, Torres M, et al. *Medical Audit on Asthma in emergency department*. Allergol Immunopathol (Madr) 2006;34:248-51.
- ⁶ Bettoncelli G. *Dossier Malattie Respiratorie e Allergiche. L'approccio del medico di medicina generale*. Rivista SIMG 2011;(2):62-3.
- ⁷ Cazzoletti L, Marcon A, Janson C, et al.; Therapy and Health Economics Group of the European Community Respiratory Health Survey. *Asthma control in Europe; a real-world evaluation based on an international population-based study*. J Allergy Clin Immunol 2007;120:1360-7.
- ⁸ Boulet LP, FritzGerald LM, Levy ML, et al. *A guide to the translation of the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy into improved care*. Eur Respir J 2012;39:1220-9.
- ⁹ Paggiaro PG, Averame G, Bonavia M, et al. *Office spirometry can improve the diagnosis of obstructive air way disease in primary care setting*. Resp Med 2009;103:866-7.
- ¹⁰ Paggiaro PG, Papi A, Nicolini G, et al. *Beclomethasone/formoterol vs. fluticasone/salmeterol inhaled combination in moderate to severe asthma*. Allergy and Asthma Proceedings 2007;62:1182-7.
- ¹¹ Papi A, Corradi M, Pigeon-Francisco C, et al. *Beclomethasone-formoterol as maintenance and reliever treatment in patients with asthma: a double-blind, randomised controlled trial*. Lancet Respir Med 2013;1:23-31.
- ¹² Bettoncelli G, Varricchio A. *Nebulizzazione tratto respiratorio integrato: razionale d'impiego*. Rivista SIMG 2010;(3):23-8.
- ¹³ Kerstjens HA, Engel M, Dahl R, et al. *Tiotropium in asthma poorly controlled with standard combination therapy*. N Engl J Med 2012;367:1198-207.
- ¹⁴ *Improved lung function in patients with moderate asthma observed with investigational tiotropium*. Congresso Annuale ERS, Barcellona 2013.