

Conoscenza delle linee guida sull'ipertensione e comportamento dei medici di medicina generale

Giulio Nati, Massimo Mazzilli, Antonio Nobile, Antonio Sirianni, Giuseppe Grasso
SIMG Roma

Riassunto

Allo scopo di verificare se esista una correlazione tra la dichiarata conoscenza delle più diffuse linee guida per il trattamento dell'ipertensione e la pratica medica, è stato somministrato un questionario a circa 200 medici di famiglia del Lazio. La conoscenza delle linee guida e della letteratura è stata messa in relazione a diversi indicatori: la conoscenza dei target per classi di età, la prescrizione di esami diagnostici e di farmaci.

I risultati, comparabili con quelli ottenuti in altre indagini, anche in nazioni con diversa organizzazione sanitaria, hanno evidenziato che soltanto il 42 per cento del campione può considerarsi conoscitore

delle linee guida. Tale sottogruppo dichiara un comportamento più appropriato e uno spettro di competenze più ampie rispetto al gruppo dei non conoscitori. Tuttavia le differenze più importanti sono emerse in campo non strettamente clinico, ma in quello organizzativo e comportamentale.

I migliori livelli organizzativi sono stati messi in relazione con il miglior controllo dei valori pressori anche nella popolazione qui studiata.

Occhio Clinico 2007; 6: 22

Parole chiave: ipertensione; linee guida

Abstract

A questionnaire was distributed to around 20,000 GPs in the Lazio region to determine whether there is a correlation between declared knowledge of the most widespread guidelines for treating hypertension, and medical practice. Their knowledge of the guidelines and literature was studied in relation to various indicators: knowledge of targets by age category, prescription of diagnostic tests and drugs. The results are comparable to those found in other surveys, even in countries with a different health-care system. They showed that only 42 percent of the sample can be considered familiar with the guidelines. This sub-group reports more appro-

priate conduct and a wider spectrum of competences compared to the group of those who are not familiar with the guidelines. However, the most marked differences were found in areas that are not strictly clinical but relate to organisation and conduct. Nevertheless, it is useful to note that while the figures reported often achieve statistical significance, only in a few cases do they seem to be significant.

Occhio Clinico 2007; 6: 22

Key word: Hypertension; Guidelines

Numerose agenzie e società scientifiche a livello nazionale e internazionale hanno prodotto linee guida sull'ipertensione arteriosa, definendo i fattori di rischio, l'approccio al paziente iperteso, le indicazioni per la terapia farmacologica e non, il follow up.

Sono stati anche definiti i valori ottimali (target) da raggiungere a seconda della situazione clinica del paziente. Nel tempo, sono stati individuati valori sempre più ridotti, richiedendo ai medici un controllo sempre più stretto e un atteggiamento sempre più aggressivo nei confronti di questa condizione.

Più recentemente è stata puntualizzata l'importanza della valutazione del rischio cardiovascolare globale e del trattamento dell'ipertensione nei soggetti ad alto rischio, nei diabetici e dell'ipertensione sistolica isolata nei pazienti anziani.

Malgrado la rilevanza della questione, gli obiettivi previsti dalle linee guida internazionali sono raggiunti solo in

un numero limitato di casi in tutto il mondo (Dan 1998), anche se alcuni studi recenti dimostrano che negli Stati Uniti si ottengono risultati generalmente migliori che in Europa (Wang 2007).

Lo scarso controllo dell'ipertensione dipende da una serie di fattori, molti dei quali ben conosciuti:

- le conoscenze, le attitudini e la consapevolezza dei pazienti e dei medici,
- i costi e le differenze nel sistema sociale di accesso alle cure;
- gli effetti collaterali delle terapie (Hobanian 2001, Hyman 2001).

Molto si è fatto dal punto di vista della formazione sugli operatori sanitari: la presa di coscienza da parte dei medici circa la rilevanza di questo fattore di rischio e delle misure idonee a contrastarlo si riverbera non solo sulle scelte cliniche, ma anche su altri comportamenti che hanno a che fare con l'aspetto relazionale e organizzativo. Aspetto,

quest'ultimo, nient'affatto irrilevante, considerando quanto incida sul lavoro dei medici e sulle strutture il controllo dell'ipertensione.

Alla fine degli anni novanta è stato distribuito un questionario a un gran numero di medici negli Stati Uniti per mettere in relazione le caratteristiche della loro attività con la familiarità alle linee guida diffuse dalla Joint National Committee on Hypertension (JNC).

Circa il 40 per cento dei medici dichiarava di conoscere poco le raccomandazioni e alla scarsa conoscenza corrispondeva una diminuita attitudine alla corretta terapia (Hyman 2000).

Lo scopo della presente ricerca è proprio verificare se alla dichiarata conoscenza delle più diffuse linee guida faccia seguito la convinzione di dover mettere in atto decisioni e comportamenti più appropriati per raggiungere i valori target pressori nelle varie classi di pazienti e per effettuare le necessarie indagini strumentali e di laboratorio.

Materiali e metodi

Sono stati valutati i dati di un questionario (Mazzilli 2003) distribuito a circa 200 medici di famiglia del Lazio, con un bacino d'utenza di circa 200.000 pazienti, durante alcuni corsi di formazione. Sono state misurate 5 aree rilevanti nella gestione del paziente iperteso (tabella 1).

Risultati

Sono stati raccolti 184 questionari compilati, con una percentuale di risposte che sfiora il 100 per cento. Solo un piccolo numero di domande è rimasto senza risposta e quindi non è stato riportato.

L'età media dei medici era di 46 anni ed il 60 per cento era di sesso femminile.

Quasi il 60 per cento ha dichiarato di conoscere poco o nulla le linee guida. In base alla risposta a questa domanda i medici sono stati divisi in due popolazioni, conoscitori e non conoscitori.

Per quanto riguarda il primo gruppo di domande riportato nella tabella 1, i medici conoscitori dichiaravano di considerare un obiettivo di PA diastolica più appropriato per l'inizio della terapia antipertensiva, e si prefiggevano un

target pressorio inferiore nei pazienti di oltre 65 anni o nei diabetici (figure 1 e 2).

Queste differenze non erano significative nell'approccio ai pazienti giovani e molto anziani.

I medici conoscitori tendevano a usare meno esami strumentali e a prescrivere quelli meno costosi, ma questa differenza non è risultata statisticamente significativa. Inoltre, non vi era differenza nella prescrizione di esami ematochimici.

Allo stesso modo, tutti i medici rilevavano uguale peso delle prescrizioni indotte e uguale condizionamento della disponibilità di indagini sul territorio e delle liste d'attesa.

Non si è riscontrata alcuna differenza nell'impiego di farmaci di prima scelta, anche in presenza di specifiche patologie (scompenso cardiaco, angina, IVS, asma).

I medici conoscitori dichiaravano che:

- i pazienti ipertesi avrebbero dovuto essere controllati con intervalli maggiori di 90 giorni (figura 3);
- erano disposti a dedicare maggior tempo al counselling (figura 4);
- utilizzavano in maggior misura il bracciale per obesi;
- riferivano di registrare con maggior frequenza il peso dei propri pazienti.

Discussione

I nostri risultati sono comparabili con quelli ottenuti in altre indagini, anche in nazioni con diversa organizzazione sanitaria (Cuspidi 2002). Si dimostra una tendenza significativa dei medici conoscitori rispetto ai non conoscitori a dichiarare un comportamento più appropriato.

Differenze importanti sono state rilevate nel fissare il target della pressione arteriosa sistolica nelle persone meno anziane e nei diabetici.

Questo dato è congruente con la dichiarazione principale circa la conoscenza delle linee guida: i medici conoscitori dichiarano un comportamento più appropriato e uno spettro di competenze più ampio. Esiste fra i due gruppi una certa concordanza circa la prescrizione di esami di laboratorio, di indagini strumentali o l'impiego delle terapie farmacologiche. Esiste anche concordanza nel ritenere che siano maggiormente adeguati nei pazienti più anziani target terapeutici sensibilmente più alti rispetto quanto consigliato dalle linee guida.

Di particolare importanza sono le differenze rilevate in campo non strettamente clinico, ma di tipo organizzativo e comportamentale, aspetti che condizionano fortemente il raggiungimento del target nell'intera popolazione. Questo può essere messo in relazione con la cura che le più importanti linee guida internazionali pongono su temi extra clinici, la cui conoscenza genera nei medici la convinzione che anche questi aspetti debbano essere ottimizzati. I migliori livelli organizzativi sono stati messi in rela- ►►

ARGOMENTI DEL QUESTIONARIO

TABELLA 1

Item	Descrizione
1-8	target del trattamento in varie classi di pazienti
9-14	prescrizione di esami strumentali ed analisi ed eventuale provenienza della richiesta
15-20	terapia farmacologia
21-28	aspetti organizzativi e procedurali
29-32	conoscenza delle LG e della letteratura

Il test esatto di Fisher è stato usato per le valutazioni statistiche (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/index.cfm>).

zione con il miglior controllo dei valori pressori anche nella popolazione qui studiata, come in altre (Bruschelli 2006).

Come nel citato studio di Hyman, i risultati possono essere affetti da una serie di confonditori:

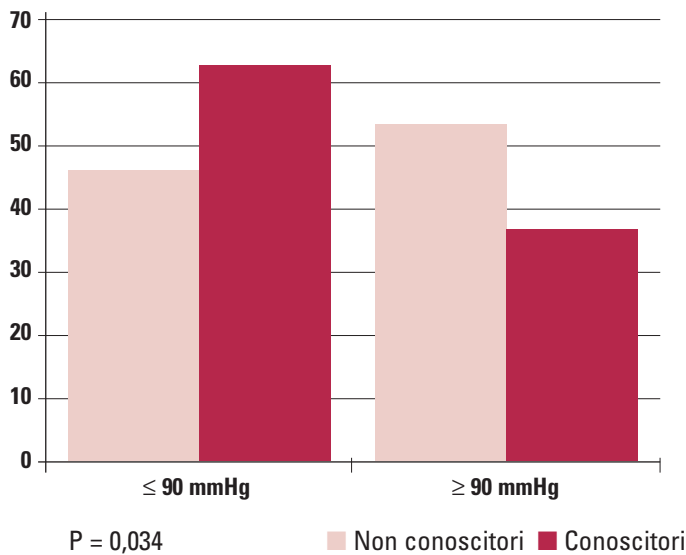
- le risposte al questionario corrispondono alle dichiarazioni dei medici circa le loro conoscenze e i loro comportamenti in una non verificabile supposizione di veridicità;
- quando si usa un questionario è attesa una larga percentuale di mancate risposte: in questo caso questo non è

avvenuto grazie alla modalità di distribuzione. La partecipazione ai corsi, però, era volontaria e non determinata in alcun modo, così che le risposte sono state fornite da un gruppo di medici selezionato sulla base di un interesse all'aggiornamento;

- i risultati spesso raggiungono il livello della significatività statistica, ma i dati sembrano essere effettivamente rilevanti solo riguardo all'uso del bracciale per obesi e alla disposizione al counselling. Questo può essere dovuto alla complessità dei fattori che determinano i con-

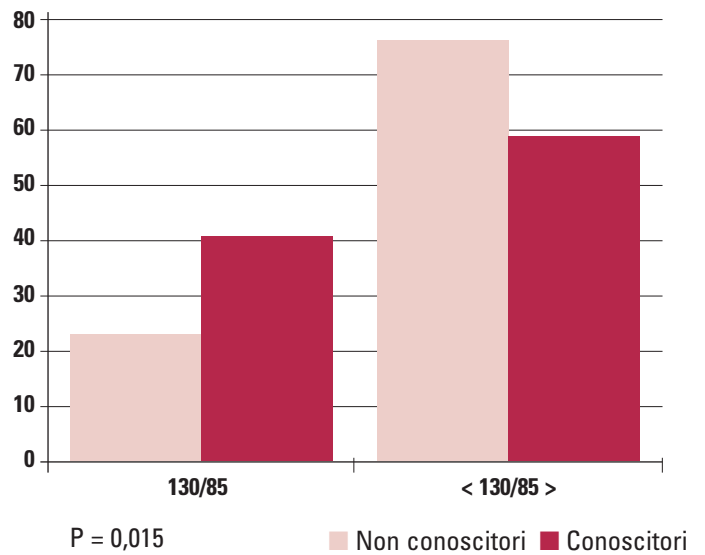
A QUALI VALORI SOGLIA DI PA DIASTOLICA INIZI SEMPRE SEMPRE UN TRATTAMENTO (FARMACOLOGICO OPPURE NO)?

FIGURA 1



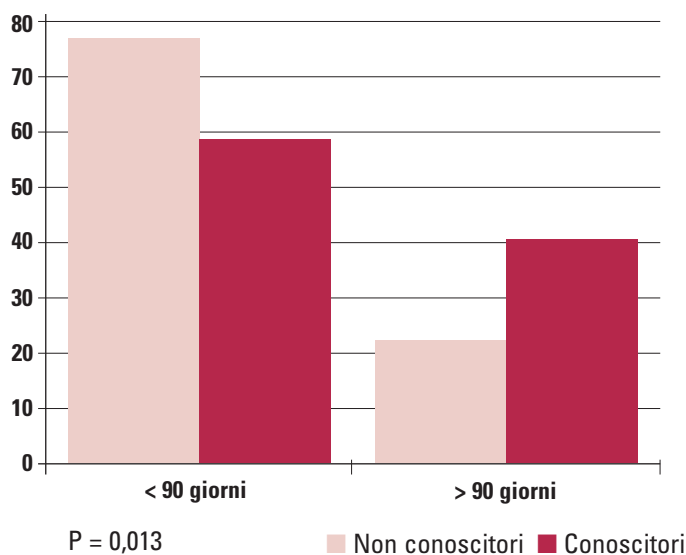
QUALE RITIENI DEBBA ESSERE IL TARGET DELLA TERAPIA IN PAZIENTI DIABETICI?

FIGURA 2



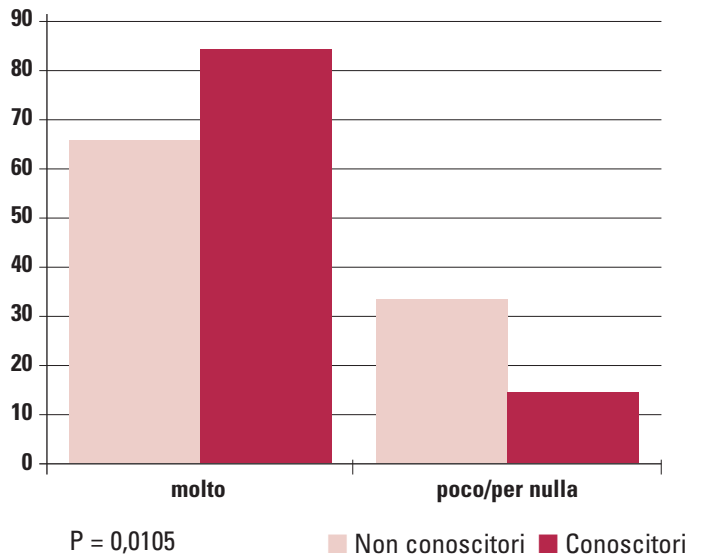
CON QUALE FREQUENZA RITIENI SI DEBBA RICONTROLLARE IL PZ CON IPERTENSIONE LIEVE E STABILIZZATO?

FIGURA 3



QUANTO TEMPO DEDICHI AL COUNSELLING SULLO STILE DI VITA NEL PAZIENTE IPERTESO?

FIGURA 4



vincimenti dei medici, i quali non dipendono solo dalla conoscenze, ma anche dal contesto sociale e organizzativo generale.

I dati riportati, benché raccolti solo nella Regione Lazio, sono simili ad altri precedentemente riportati e possono essere generalizzati in diverse realtà regionali.

La carenza delle conoscenze riferita dai medici si riflette solo parzialmente in una mancanza di appropriatezza clinica, per cui l'effetto delle linee guida risulta essere rilevante solo per alcuni aspetti. Si riafferma, d'altra parte, che la formazione basata sulle prove di efficacia, integrata in progetti con interventi differenziati, ha un ruolo importante nel processo di applicazione in pratica delle linee guida e che esistono ancora grandi spazi di intervento (Roumie 2006, Cranney 2001, Davis 1997). Occorre anche interrogarsi sui motivi per cui, malgrado il notevole sforzo prodotto nel campo della formazione, esiste ancora una larga percentuale di medici poco informati sulle linee guida. D'altra parte, anche tra chi le conosce, sembra essere diffusa la convinzione che la tendenza delle linee guida a proporre target sempre più bassi sia un obiettivo di improbabile raggiungimento. ■

Bibliografia

- American Heart Association: Heart disease and stroke statistics – 2004 update. Dallas (TX) American Heart Association 2003
- Bruschelli C et al. Adherence with cardiovascular chronic drug and practice organization. Firenze: WONCA 2006.
- Cranney M et al. Why do GPs not implement evidence-based Guidelines? A descriptive study. Family practice 2001; 18: 359.
- Cuspidi C et al. Awareness of hypertension guidelines in general practice: a pilot study in Lombardy. Ital Heart J 2002; 3: 60.
- Dan R et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. N Engl J Med 1998; 339: 1957.
- Davis DA et al. Translating Guidelines into practice. Can Med Assoc J 1997; 15: 157.
- Hoban AV. Control of hypertension: an important national priority. N Engl J Med 2001; 345: 534.
- Hyman DJ et al. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. N Engl J Med 2001; 345: 479.
- Hyman DJ et al. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. Arch Intern Med 2000; 160: 2281.
- Mazzilli M et al. Studio pilota per la realizzazione di un progetto di intervento preventivo-diagnostico-terapeutico sulle vasculopatie. Congresso nazionale SIMG Firenze 2003.
- Roumie CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann Intern Med 2006; 145: 165.
- Wang YR et al. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. Arch Intern Med 2007; 167: 141.

RECENSIONE

Pratica clinica applicata all'anziano

- Vergani C et al
Note pratiche di diagnosi e terapia per l'anziano
Milano: Masson, 2006
200 pagine • 45 euro



Organizzato per malattie e problemi clinici, il testo di Carlo Vergani e Tiziano Lucchi rappresenta un'utile

e comoda guida pratica per medici e operatori sanitari.

Fornisce in modo schematico e sintetico le indicazioni più appropriate di prevenzione, diagnosi e terapia, tenendo conto delle peculiarità del paziente anziano, il cui trattamento rappresenta una sfida per la medicina contemporanea a seguito dell'allungamento della vita nei paesi occidentali.

Più fragile del giovane per la perdita di strutture e funzioni dell'organismo, l'anziano ha una sua normalità con cui il medico deve fare i conti, caratterizzata in genere da disturbi cronici, spesso irreversibili e in competizione tra di loro, e polifarmacoterapia.

Il merito degli autori sta nella scelta di un preciso paradigma con cui affrontare le questioni complesse: nell'anziano è più opportuno conseguire il comfort range che sottostare alla tirannia del normale.

Così, nel caso del trattamento della patologia cronica, della demenza o delle cadute, molto più importante che inseguire una cura spesso irraggiungibile è cercare di preservare l'autonomia del soggetto.

L'uso del farmaco, d'altra parte, richiede alcune specifiche precauzioni. In particolare gli autori si sono soffermati in quella zona grigia dei parametri di riferimento che rende dubbia l'opportunità di un intervento terapeutico

Troppo spesso, infatti, gli anziani, come su un letto di Procuste, vengono costretti in valori estrapolati da soggetti giovani.

Gli interventi inutili, spesso abusati, lasciano il posto a quelli di provata efficacia e a volte trascurati: così la terapia del dolore cronico e la vaccinazione antinfluenzale ritrovano qui la loro centralità.

Antonino Michenzi