

Perché il medico di famiglia ha difficoltà ad applicare le linee guida?

Andrea Pizzini¹

Abstract

The aging of the population, in Italy as well as in all the countries of the European Union, and the increasing prevalence of chronic diseases pose challenges to the development and application of clinical guidelines.

Guidelines have been developed to improve the quality of health care. Anyway, Family Physicians sometimes find many obstacles in integrating guidelines into medical practice. In the care of older individuals with several comorbid diseases, application of clinical guidelines is not only difficult, but may also lead to undesirable effects.

In this article, the Author take a review, published in JAMA, as a starting point to discuss the role and the importance of guidelines in patients with comorbid disease in the Italian context. The review analyses the hypothetical case of a 79-year-old woman with chronic obstructive pulmonary disease, type 2 diabetes, osteoporosis, hypertension and osteoarthritis, and describes the situation of the aggregated recommendations from the most relevant guidelines. The conclusion is that, to improve the care of older patients with complex comorbidities, developing new measures and new guidelines is extremely necessary.

Keywords: clinical guidelines, comorbidities, old patient

Why do Family Physicians find it difficult to apply clinical guidelines? CMI 2007; 1(2): 63-68

¹ Medico di Medicina Generale, Torino

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, e il conseguente progressivo incremento della prevalenza delle patologie croniche, richiede un'attenta riflessione sul modo in cui le linee guida cliniche vengono sviluppate e applicate.

Il problema riguarda tutti i Paesi nel mondo, non soltanto quelli più ricchi: il report dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) recentemente pubblicato [1] ha messo in evidenza come è proprio nei Paesi in via di sviluppo che è prevedibile il maggior numero di decessi dovuti alle malattie croniche. Quando si pensa alle popolazioni in via di sviluppo, si tende a immaginare che il loro principale problema sanitario sia rappresentato dalle malattie infettive (HIV/

AIDS, tubercolosi, malaria), dalle malattie materno-infantili, dalle carenze nutrizionali e tutt'al più dai danni per violenze e traumi. Invece sono le malattie croniche ad avere, anche in questi Paesi, la maggiore prevalenza e incidenza sia in termini di morbilità che di mortalità. Inoltre, mentre si prevede che nei prossimi 10 anni i decessi dovuti a malattie infettive, malattie materno-infantili e carenze nutritive multiple caleranno del 3%, i casi di morte per malattie croniche aumenteranno nello stesso periodo del 17%.

Questo significa che dei 58 milioni di decessi che erano previsti dall'OMS nel 2005, ben 3 milioni sono attribuibili a malattie croniche (Figura 1); si deve inoltre evidenziare come soltanto il 20% delle morti per malattie croniche avviene nei Paesi ad alto reddito, mentre l'80% si registra nei Paesi

Corresponding author
Dott. Andrea Pizzini
andrea.pizzini@tiscali.it

Figura 1

Previsioni per il 2005 sulle cause di morte nel mondo, in tutte le età. Nel 2005 erano previsti circa 58 milioni di morti, di cui 35 milioni (il 60%) causati da malattie croniche. Per inquadrare queste cifre nella giusta prospettiva, circa 17 milioni (il 30%) sono stati attribuiti a malattie infettive, materno-infantili e carenze nutrizionali multiple. Si prevedeva inoltre che altre 5 milioni di persone, il 9% del totale, sarebbero morte per violenze e traumi

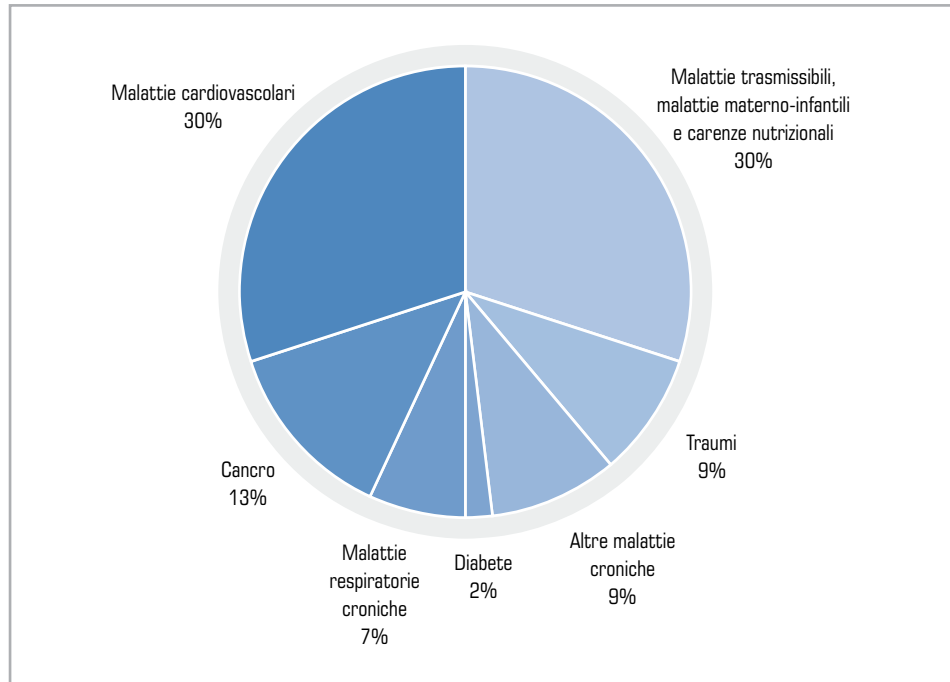
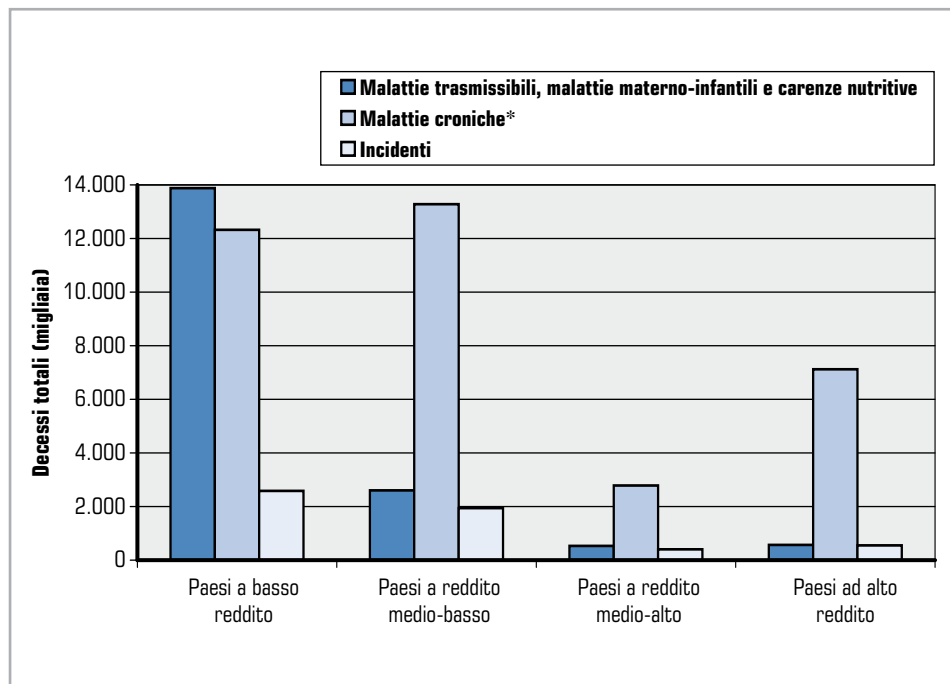


Figura 2

Decessi previsti per cause principali e per gruppi di reddito per il 2005, in tutte le età. La maggior parte delle morti si registra nei Paesi a reddito medio-basso, in cui vive la maggioranza della popolazione mondiale

* Le malattie croniche includono malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, disordini neuro-psichiatrici e degli organi sensoriali, disturbi muscolo-scheletrici e malattie della cavità orale, disturbi digestivi e genito-urinari, anomalie congenite e malattie della pelle



a reddito medio-basso, in cui vive la maggioranza della popolazione mondiale. Nemmeno i Paesi meno sviluppati sono immuni da questo problema, che risulta invece in continua crescita (Figura 2).

L'Italia è il Paese dell'Unione Europea con il maggior numero di persone anziane (Tabella I): i dati indicano che l'Indice di Vecchiaia (termine usato per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione) è nel nostro Paese

il più alto, con valori che raggiungono in alcune Regioni livelli estremamente elevati (ai primi posti troviamo Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Piemonte).

Un'età superiore ai 65 anni è inoltre caratterizzata da comorbidità, definita come la presenza concomitante di due o più patologie nello stesso soggetto. È stato valutato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre

nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie sale a 5,4 [3].

La comorbidità è legata a una maggiore durata dell'ospedalizzazione, alla ri-ospedalizzazione dei pazienti a breve e lungo termine, alla comparsa di complicanze e alla scarsa qualità della vita del paziente anziano. Infine, la comorbidità incrementa il rischio di mortalità e di disabilità ben oltre quello osservabile in una singola specifica malattia.

Ottimizzare il trattamento per questa fascia di popolazione diventa dunque un'esigenza ad alta priorità. Inoltre è facile immaginare come tutti questi problemi si riflettano sul lavoro quotidiano di chi opera nell'ambito della Medicina Generale: il medico di famiglia, che difficilmente partecipa alla costruzione delle linee guida, è quello che si trova più spesso a doverle mettere in pratica, unico baluardo nei confronti della tanto citata appropriatezza.

UN ESEMPIO PRATICO

In un interessante articolo pubblicato su *The Journal of The American Medical Association (JAMA)* gli Autori ipotizzano un caso pratico, realistico, di una signora di 79 anni affetta contemporaneamente da diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, osteoartrosi, osteoporosi e BPCO [4]. L'esame del caso fornisce lo spunto per delineare un'attenta analisi dell'applicabilità delle linee guida a un paziente anziano con polipatologia.

I dati che ne emergono evidenziano in modo chiaro la dicotomia esistente tra la teoria delle linee guida e la pratica clinica corrente: quest'ultima dovrebbe trovare in esse gli strumenti per la gestione quotidiana delle malattie; invece, spesso, le linee guida derivano da studi clinici che sono effettuati in maniera randomizzata e controllata (RCTs) e sono dunque caratterizzati dal fatto di escludere i pazienti con patologie concomitanti fornendo in definitiva solo risultati "medi", con evidenti difficoltà di estrapolazione e applicazione nella pratica.

Gli Autori dello studio americano hanno selezionato, tra le 15 patologie croniche più frequenti, le 9 che sono abitualmente gestite dalla *Primary Care*, che in Italia corrisponde al medico di famiglia: diabete mellito, ipertensione arteriosa, osteoartrosi, osteoporosi, BPCO, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, angina stabile ipercolesterolemia. Sono volutamente escluse la depressione e

Paese	Indice di Vecchiaia
Austria	88,27
Belgio	91,27
Danimarca	84,64
Finlandia	76,73
Francia	80,15
Germania	97,49
Grecia	100,08
Irlanda	49,98
Italia	116,54
Lussemburgo	76,51
Olanda	72,83
Portogallo	86,07
Regno Unito	81,46
Spagna	98,86
Svezia	92,89
Unione Europea (15)	91,28

la demenza per le difficoltà di gestione più basate sul paziente e sul suo ambiente che sulla patologia stessa. È stata quindi "creata" un'ipotetica paziente di sesso femminile, di 79 anni, con le seguenti 5 patologie, tutte di moderata severità:

- diabete mellito tipo 2;
- ipertensione arteriosa;
- osteoartrosi;
- osteoporosi;
- BPCO.

Sono poi state prese in esame le più importanti linee guida attualmente esistenti in merito alla gestione di queste patologie, e sono state estratte le raccomandazioni relative a terapia, esami, automonitoraggio, cambiamenti nelle abitudini di vita, dieta, esercizi fisici, coinvolgimento degli specialisti o di altri operatori sanitari e frequenza del follow-up.

Si è cercato da un lato di ridurre al massimo la complessità del trattamento, scegliendo, quando possibile, farmaci raccomandati per più di una condizione e combinando i consigli in maniera omogenea e dall'altro di limitare i costi consigliando, in caso di più opzioni terapeutiche, sempre quella meno cara.

RISULTATI

Solo 4 delle 9 linee guida relative alle patologie elencate (diabete, osteoartrosi, angina e fibrillazione atriale) affrontano il problema delle persone anziane con comorbidità.

Tabella 1

Indice di Vecchiaia nei Paesi dell'Unione Europea [2]

Tabella II

Regime terapeutico basato sulle linee guida per un'ipotetica donna di 79 anni con ipertensione arteriosa, diabete mellito, osteoporosi, osteoartrosi e BPCO

Ora	Farmaci	Altro
Ore 7	Inalazione di ipratropio Alendronato 70 mg 1 volta/sett	Controllo dei piedi Stazione eretta per 30 min quando assunto alendronato Misurazione glicemia
Ore 8	Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI Idroclorotiazide 12,5 mg Lisinopril 40 mg Gliburide 10 mg ASA 81mg Metformina 850 mg Naprossene 250 mg Omeprazolo 20 mg	Assumere colazione Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 12		Assumere il pranzo Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 13	Inalazione di ipratropio Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI	
Ore 19	Inalazione di ipratropio Metformina 850 mg Naprossene 250 mg Calcio 500 mg e vitamina D 200 UI Lovastatina 40 mg	Assumere la cena Sodio 2,4 g/die Potassio 90 mmol/die Evitare acidi grassi saturi e colesterolo Adeguata assunzione di magnesio e calcio Dieta per diabetici Dieta per ipertesi
Ore 23	Inalazione di ipratropio	
Al bisogno	Inalazione di albuterolo	

Tabella III

Raccomandazioni basate sulle linee guida per un'ipotetica donna di 79 anni con ipertensione arteriosa, diabete mellito, osteoporosi, osteoartrosi e BPCO

Competenze del paziente	Competenze del medico
<ul style="list-style-type: none"> • Protezione delle articolazioni • Risparmio di energie • Esercizio fisico <ul style="list-style-type: none"> • non sollevare pesi se sono presenti problemi ai piedi o osteoporosi • esercizio aerobico per 30 min/die • rinforzo muscolare • Evitare esposizione a fattori di rischio per BPCO • Calzature adeguate • Limitare l'alcol • Mantenere un corretto peso corporeo con valori di BMI compresi tra 18,5 e 24,9 	<ul style="list-style-type: none"> • Praticare vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> • antinfluenzale • antipneumococcica • Controllo della pressione arteriosa ad ogni visita e qualche volta a domicilio • Valutare l'automonitoraggio glicemico • Controllo dei piedi (ad ogni visita se è presente neuropatia, altrimenti controllare annualmente sensibilità, integrità della cute, vascolarizzazione e struttura biomeccanica) • Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • microalbuminemia annuale se non ancora positiva • creatininemia ed elettroliti 1-2 volte/anno • colesterolo annuale • funzionalità epatica 2 volte/anno • emoglobina glicata 2-4 volte/anno • Referrals <ul style="list-style-type: none"> • terapia fisica • controllo oftalmologico • DEXA ogni 2 anni • Educazione del paziente <ul style="list-style-type: none"> • alto rischio dei piedi, cura dei piedi, calzature per i piedi • osteoartrosi • uso dei device per BPCO • diabete mellito

Patologia	Farmaco con potenziale interazione	Tipo di interazione		
		Farmaco e altre patologie	Farmaci per altre patologie	Farmaco e cibo
Iperensione arteriosa	Idroclorotiazide, lisinopril	Diabete: diuretico aumenta la glicemia e i lipidi	Terapia diabete: idroclorotiazide può ridurre l'effetto di gliburide	Non sono note interazioni
Diabete mellito	Gliburide, metformina, ASA, atorvastatina	Non sono note interazioni	Terapia osteoartrosi: FANS con ASA aumentano il rischio di sanguinamento Terapia diabete: gliburide più ASA può aumentare il rischio di ipoglicemia; ASA può ridurre l'effetto di lisinopril	ASA con alcol: aumento del rischio di sanguinamento gastrointestinale Atorvastatina con succo di pompelmo: dolori muscolari, debolezza Gliburide con alcol: ipoglicemia, flushing, tachipnea e tachicardia Metformina con alcol: estrema stanchezza, respiro pesante Metformina con qualsiasi tipo di cibo: riduzione dell'assorbimento del farmaco
Osteoartrosi	FANS	Iperensione: FANS aumentano la pressione arteriosa e il rischio di insufficienza renale	Terapia diabete: FANS con ASA aumentano il rischio di sanguinamento Terapia ipertensione: FANS riducono l'efficacia dei diuretici	Non sono note interazioni
Osteoporosi	Calcio, alendronato	Non sono note interazioni	Terapia diabete: calcio può ridurre l'efficacia di ASA; ASA con alendronato può causare reflusso gastrico Terapia osteoporosi: calcio può ridurre il livello serico di alendronato	Alendronato con calcio: assunti a stomaco vuoto (> 2 ore dall'ultimo pasto) Alendronato: evitare succo d'arancia Calcio con acido ossalico (spinaci e rabarbaro) o fitico (crusca e cereali integrali): assumendoli insieme può ridursi l'assorbimento del calcio (> 2 ore dall'ultimo pasto)
BPCO	Beta-agonisti <i>short-acting</i>	Non sono note interazioni	Non sono note interazioni	Non sono note interazioni

Applicando le linee guida scrupolosamente, l'ipotetica paziente di 79 anni dovrebbe assumere 12 farmaci in 19 somministrazioni giornaliere in 5 momenti diversi della giornata, più alendronato da assumere 1 volta alla settimana: la complessità della terapia è da considerarsi elevata (*score* di 14). Inoltre la paziente dovrebbe seguire 6 diversi tipi di consigli dietetici per 3 volte al giorno (Tabella II). Il costo della sola terapia farmacologica calcolato dagli Autori è di 4.877\$ l'anno.

Le raccomandazioni tratte dalle linee guida (Tabella III) prevedono 7 attività di competenza del paziente e 7 di competenza del medico curante.

Le interazioni che possono derivare dall'aderenza contemporanea alle 5 linee guida (Tabella IV) includono quelle tra i medicinali, tra le terapie e le patologie, le interazioni con i cibi oltre che quelle per i target terapeutici: non infrequentemente infatti una raccomandazione per una patologia

contraddice quella di un'altra (ad esempio per quello che riguarda l'attività fisica vi è incompatibilità tra osteoartrosi, osteoporosi e BPCO).

CONCLUSIONI

Con il progressivo invecchiamento della popolazione è cresciuto anche il numero di soggetti che sviluppano malattie croniche e che nel corso della vita vengono esposti a un numero sempre crescente di farmaci. Pazienti con polipatologie, spesso croniche, e con politerapie costituiscono anche la quota più consistente di pazienti anziani a cui il medico di Medicina Generale deve far fronte.

Sebbene le linee guida (elaborate per lo più in ambito specialistico) provvedano a fornire informazioni dettagliate per la gestione delle singole patologie croniche, esse falliscono nel fornire elementi chiari e univoci per i pazienti anziani con più patolo-

Tabella IV
Potenziali interazioni farmacologiche per un'ipotetica donna di 79 anni con le patologie croniche considerate

gie croniche: infatti raramente si trovano in esse raccomandazioni per soggetti con 3 o più patologie, situazione che include la metà delle persone con più di 65 anni.

Dall'analisi del caso ipotizzato in *JAMA* emerge che ricavare le indicazioni per la gestione di questa tipologia di pazienti da

quanto riportato nelle linee guida comporterebbe un trattamento con un numero di farmaci estremamente elevato, con conseguente alto rischio di errore di assunzione, alta complessità di gestione, facili interazioni farmacologiche ed eventi avversi e, in ultima analisi, alta probabilità di ospedalizzazione.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization Preventing chronic diseases a vital investment. World Health Organization global report 2005. Disponibile su: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
2. AA.VV. Indice di Vecchiaia nei paesi dell'Unione Europea. Prometeo-Atlas, 2001
3. Della Morte D, Gazzella F, Galizia G et al. La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche. *G Gerontol* 2004; 52: 267-72
4. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid disease. *JAMA* 2005; 294: 716-24