

Year XVII - n 1 - Marzo 2012

Periodico Trimestrale di Ricerca e
VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996
da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie)
e SIMG sezione di Verona.

Comitato editoriale:

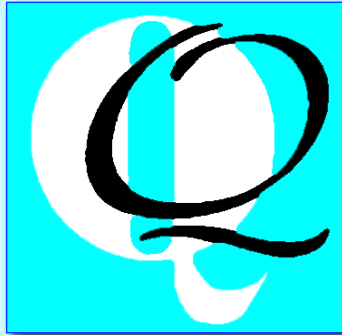
M.Grassi, P.Quattrocchi,
G.Rigon, P.Schianchi, A.Vaona

Collaboratori:

A.Battaglia, V.Caimi, A.DallaVia,
P.Falasca, S.Girotto, G.Gottardi,
M.Valente, G.Visentin

Sito Web: <http://www.rivistaqq.it>

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>



La Qualità e le Qualità In Medicina Generale

Iscrizione Tribunale di Verona
n. 1187 del 12/12/95

Proprietario ed Editore: Ass. "Qualità Medica"

Direttore Responsabile: Roberto Mora

Direttore Editoriale: Enzo Brizio

Direttore Scientifico: Francesco Del Zotti

francesco.delzotti@tin.it

Editorialista: Mario Baruchello

mario.baruchello@tin.it

Collaboratori Internazionali:

Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Direzione: Via dell'Artigliere, 16 - Legnago (VR)

Redazione: c/o OdM di Vicenza,
Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza

EDITORIALE

IL RATING... DEI MEDICI DI FAMIGLIA: COME STIAMO CON L'ACCREDITAMENTO ED IL CLINICAL AUDIT?

Mario Baruchello - (mario.baruchello@tin.it)

Mentre declassano i nostri titoli di stato, quale è il rating dell'accREDITamento dei MMG italiani? Non è possibile declassare i medici di medicina generale italiani perché per essi non si è mai aperta la benché minima prospettiva di accREDITamento alla eccellenza, volontario né tanto meno istituzionale.

Mentre già negli anni 90 in UK e AU si aprivano opportunità di crescita professionale e economica con programmi nazionali ad hoc (es. NCAPOP - PCRTA: Primary Care Research Team Assessment - KFOA: King Fund Organization Audit - RAGP Standards), i decantati proclami sulla Clinical Governance in Italia hanno portato i medici a firmare progettini che di collaborativo non hanno mai avuto granché e sono stati spesso partoriti all'insegna del razionamento unilaterale delle risorse; solo in qualche caso hanno lavorato su dati di processo senza preoccuparsi di cercare **esiti** reali in termini di salute della popolazione assistita.

La SIMG aveva tentato nel 1999 un proprio ambizioso progetto, mai realmente decollato perché piuttosto slegato dalla operatività quotidiana dell'ambulatorio e lontano dalle logiche del SSN: http://www.simg.it/default2.asp?active_page_id=409

Non abbiamo saputo in sostanza esprimere un progetto italiano di *accREDITamento di eccellenza*.

Questo si dovrebbe fondare su una logica di tipo comparativo fra realtà omogenee, propria dei

sistemi di *benchmark*; non usando, quindi, uno standard predeterminato come elemento di misurazione ma operando per indici di riferimento continuamente variabili nel tempo e nello spazio in quanto legati alla qualità delle prestazioni professionali (*best practices*) che si sono realizzate in un determinato periodo.

Partendo dall'ipotesi che la *best practice* cambi continuamente in funzione del contesto e dell'evoluzione scientifica, l'accREDITamento di eccellenza si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, evidenziando le caratteristiche delle prestazioni professionali e confrontando fra loro le *performance* ottenute da servizi omogenei all'interno di una determinata realtà con le *performance* ottenute nel tempo dallo stesso professionista o team.

Editoriale	1
Audit sugli indicatori di ASMA e BPCO	2
Netgotta: nuove lezioni da un'antica malattia	5

In buona sostanza, l'accREDITamento di eccellenza dovrebbe tenere conto della componente costante di incertezza insita nella attività medica, e, con una valutazione non solo *ex-post*, consentire di definire il posizionamento di un servizio rispetto alla *performance* migliore ottenuta dal modello di riferimento, definito in modo autonomo dalle organizzazioni professionali.

In questo senso il **clinical audit** diventa fondamentale fra le tecniche usate per valutare i risultati e sarebbe segno di trasparenza tenere conto anche del punto di vista del paziente (dunque le attese, il grado di soddisfazione per la prestazione ricevuta nella quale va ovviamente compreso l'esito finale della cura) e proporsi come obiettivo finale il miglioramento continuo, attraverso una logica di

apprendimento organizzativo coinvolgente tutti i professionisti di un determinato gruppo (siamo oramai tutti in reti collaborative), indipendentemente dal rispetto dei requisiti di legge (che si danno per scontati) e dal punto di partenza (che può essere al di sopra o al di sotto della *performance* media).

Ci pare invece che sia stato tradito completamente lo spirito che aveva portato la Convenzione Nazionale per la Medicina Generale a recepire i principi generali dell'Audit clinico dopo il Congresso WONCA di Firenze 2006.

Per entrare nel vivo di questo numero, avevamo pubblicato un lavoro nel 2006 sulle funzioni di data mining di 12 cartelle computerizzate italiane e rimarcavamo che le software house non erano interessate a migliorare le funzioni strategiche di audit (Rivista QQ vol. XI n. 2 pag 9). Il nuovo lavoro di Marrocchella, Lavarini, Micchi, Del Zotti e Dalle Vedove sembra confermare che oggi dobbiamo lavorare ancora molto sui programmi gestionali, visto che non riusciamo a produrre dati importanti a proposito di quelle patologie croniche (asma, BPCO) che tanta parte occupano del nostro tempo. **In realtà è in vista un' importante evoluzione con la introduzione di supporti alla decisione (aggiornati alle LG) inseriti negli applicativi, che potrebbe a breve permettere la gestione di scadenziari e alerting su queste patologie.**

Dallo studio emerge anche la riflessione che nei nostri studi si dovrebbe operare per obiettivi specifici, uscendo dalla emergenza continua che ci impedisce di trovare i tempi per una medicina di iniziativa e di opportunità in una logica integrata .

Mentre si aprono nuove prospettive dell'uso della colchicina nella Fibrillazione Atriale (studio COPPS) e nella pericardite (studio CORP), il bel lavoro degli aderenti a **Net-Gotta** della Lista Netaudit (www.netaudit.org) ci riporta ad una realtà tutta da migliorare: usiamo poco e male la colchicina nella gotta, e non poche volte abusiamo di allopurinolo appena troviamo una uricemia fuori target in pazienti che non hanno in anamnesi neppure un attacco di gotta.

Gli autori si erano ripromessi, due anni fa (QQ - anno XV n 2 - 12/2010 - www.rivistaqq.it - Pag. 3), nel lavoro **Net-Uricemia** di fare un secondo Audit per verificare i miglioramenti sull'uso dell'allopurinolo: le conferme di inappropriatazza lo rendono oggi improrogabile .



AUDIT SULL' UTILIZZO DI INDICATORI DI ASMA E BPCO DI 320 MMG DELLA PROVINCIA DI VERONA

Raffaella Marrocchella, Elena Lavarini**, Alessio Micchi*, Francesco Del Zotti*, Ing. Alessandro Dalle Vedove****

*MMG provincia di Verona

**Tirocinio post-laurea medica - Verona

***Netmedica

OBIETTIVI

Grazie all'utilizzo dei *software* da parte dei Medici di Medicina generale (MMG) si possono raccogliere i dati relativi alle patologie e alle prescrizioni in modo da permettere un'analisi che consenta al medico di migliorare il suo operato. L'obiettivo di quest'indagine è stato quello di analizzare i pazienti con la patologia ICD-IX codificata per "Asma o BPCO" e di valutare come alcuni importanti indicatori sono stati registrati nei software da parte dei medici. Questo ha permesso di estrapolare un quadro della situazione di queste patologie nella provincia di Verona.

MATERIALI E METODI

È stato valutato un campione di pazienti, che facevano riferimento a due *software*: Millewin e Medico 2000, per analizzare la situazione delle persone con asma e BPCO nella popolazione di Verona che fanno riferimento ai medici di base che utilizzano questi *software*. Il campione in analisi contiene i dati relativi a 320 MMG della provincia di Verona che utilizzano i *software* Millewin e Medico 2000. I medici utilizzatori della cartella Millewin sono 226, gli utilizzatori della cartella Medico 2000 sono 94. I MMG assistono 448.885 pazienti, con una media di 1.402 assistiti per MMG. Vengono presi in considerazione tutti i dati inseriti tra l'inizio dell'utilizzo del programma e tutto il 2010. I pazienti valutati sono quelli che presentano la patologia codificata in ICD-IX nella cartella di Asma o

BPCO, oltre a quelli che sono in trattamento con un farmaco correlato.

RISULTATI

PREVALENZE: Nel campione di 448.885 pazienti residenti in provincia di Verona gli asmatici sono complessivamente 14.328 e rappresentano il 3,19% della popolazione. Il dato ISTAT per la regione Veneto, aggiornato al 2005 parla di una prevalenza del 3,52%. I pazienti con una codifica di BPCO sono complessivamente 6.017 e rappresentano l'1,34% della popolazione. Il dato ISTAT per la regione Veneto, aggiornato al 2005 parla di una prevalenza del 3,73%. Per 647 pazienti (già inclusi nelle categorie precedenti) sono diagnosticate entrambe le patologie.

CODIFICHE e TERAPIE FARMACOLOGICHE: 9.528 pazienti hanno ricevuto un trattamento di farmaci per ASMA/BPCO nel 2010, senza che nella cartella fosse codificata una o l'altra patologia. Si tratta del 2,12% della popolazione assistita. Il 25% di questi pazienti è in trattamento continuativo (più di 3 scatole di farmaco prescritto nell'anno).

Per quanto riguarda l'asma, i pazienti asmatici, si distribuiscono equamente tra sesso maschile e femminile.

Per quanto riguarda l'età di insorgenza della patologia il dato è soggetto ad errore, in quanto spesso il medico registra come data di insorgenza della patologia la data di registrazione dell'informazione in cartella. Come si può vedere nel grafico (Fig. 1), la patologia asmatica si manifesta con un picco d'incidenza prima della quinta decade di età senza però risparmiare nemmeno la sesta e la settima decade.

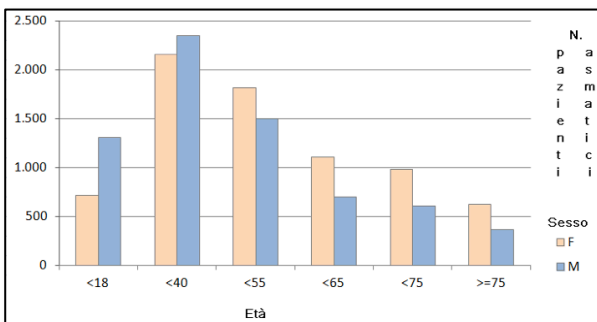


Fig. 1: Pazienti asmatici, per fascia d'età di insorgenza della patologia e sesso

Si è poi valutata l'età dei pazienti con asma a fine 2010 che è risultato avere un andamento simile all'età d'insorgenza della malattia, come è riportato nel grafico seguente (Fig. 2).

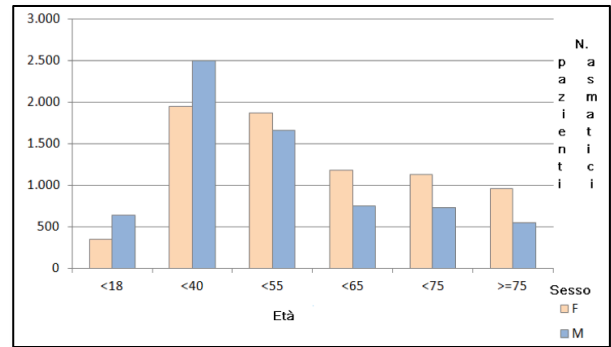


Fig.2: Pazienti asmatici, per fascia d'età e sesso (fine 2010)

L'abitudine al fumo è stata registrata nel 25 % dei pazienti con asma e di questi il 22% è un fumatore attivo, il 18% è un ex fumatore, il restante 60% è un non fumatore. Il 12% dei pazienti ha avuto l'aggiornamento del dato di fumo nel corso degli ultimi 3 anni o un'attività di counselling sul fumo. Per i pazienti asmatici, inoltre, i MMG hanno registrato il dato di BMI nel 26% e il 14% è stato aggiornato negli ultimi 3 anni. Per il 50% dei pazienti esiste la registrazione del dato di pressione e nel 25% dei casi risulta aggiornato nel corso del 2010. La spirometria, utilizzata per la diagnosi di asma, è stata prescritta almeno una volta al 46% dei pazienti e nel 16% dei casi è stata prescritta nell'ultimo anno. Il 40% dei risultati della spirometria sono stati registrati e nel 16 % questi sono in valore numerico (FVC o FEV1). Il Test di Broncodilatazione risulta registrato nel 4,3% dei casi, il test della metacolina nel 2% dei casi. Il 14% dei pazienti con asma sono stati vaccinati per l'influenza nel corso del 2010 mentre la vaccinazione antipneumococcica nel corso degli ultimi 5 anni è stata registrata nel 3% dei pazienti.

Per quanto riguarda la BPCO, i pazienti con BPCO, sono per il 58% di sesso maschile e per il 42% di sesso femminile. L'età d'insorgenza della patologia è anche in questo caso un dato soggetto ad errore, in quanto spesso il medico registra come data di insorgenza della patologia, la data di registrazione dell'informazione in cartella. Nel grafico sottostante si può vedere come sia una patologia in crescita con l'età che raggiunge il picco tra la sesta e la settima decade di vita. (Fig.3)

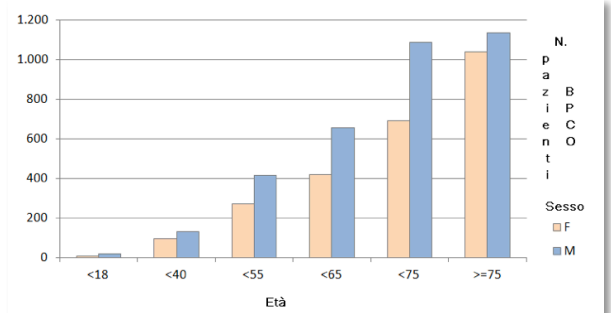


Fig. 3: Pazienti con BPCO, per fascia d'età di insorgenza della patologia e sesso

Di seguito viene riportato il grafico relativo all'età dei pazienti con BPCO a fine 2010 che mostra come la curva dell'età d'insorgenza sia simile a quella dell'età dei pazienti con BPCO nel 2010. (Fig. 4)

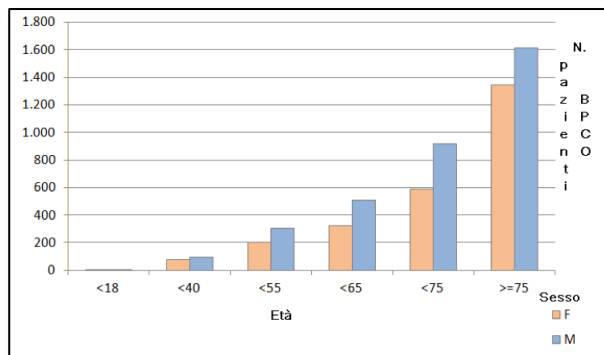


Fig. 4: Pazienti con BPCO, per fascia d'età e sesso (fine 2010).

Il dato dell'abitudine al fumo nei pazienti con BPCO è stato registrato nel 40% dei pazienti. Il 33% di questi è un fumatore attivo, il 29% è un ex fumatore, il restante 40% è un non fumatore. Il 26% dei pazienti ha avuto l'aggiornamento del dato di fumo o un'attività di counselling sul fumo nel corso degli ultimi 3 anni. Per il 44% degli assistiti risulta registrato il dato di BMI. Nel 29% dei casi il dato è stato aggiornato negli ultimi 3 anni. Per il 78% dei pazienti esiste la registrazione del dato relativo alla pressione, nel 50% dei casi il dato è stato aggiornato nel corso del 2010. Al 42% dei pazienti risulta prescritta almeno una spirometria, per il 15% degli assistiti la spirometria è stata prescritta nell'ultimo anno (2010). Per gli assistiti solo nel 44% dei casi è stato registrato l'esito della spirometria all'interno della cartella. Nell'8% dei casi l'esito è espresso in forma numerica (FVC o FEV1). Il Test di broncodilatazione è segnalato nel 4% dei casi, e quello con la Metacolina nel 2,5% dei casi. La vaccinazione antiinfluenzale nel corso del 2010 è stata effettuata al 30% dei pazienti con BPCO mentre solo l'8% dei pazienti ha sostenuto la vaccinazione antipneumococco nel corso degli ultimi 5 anni.

CONCLUSIONI

Dall'analisi sui dati dell'asma emerge come siano simili i dati di prevalenza secondo le linee guida GINA (3,6%), in Veneto secondo l'ISTAT (3,52%) e nella provincia di Verona (3,52%) cosa che invece non compare nel caso della BPCO. La prevalenza della BPCO secondo le linee guida GOLD varia tra il 4% e il 6% mentre secondo l'ISTAT in Veneto è del 3,73% e dai nostri dati è dell' 1,34%. L'ipotesi più plausibile è che nei nostri dati la BPCO sia ampiamente sottostimata sia per una mancata consapevolezza del paziente che tende a scambiare l'inizio della patologia con la tosse da fumatore e quindi a nascondersela al medico, sia per una mancata sensibilità del medico a far diagnosi di questa malattia (*varie le cause; ad es: mancata anamnesi su fumo; sottoutilizzo di questionari*

standardizzati; sottorichiesta di spirometrie; Non diffusione di spirometri negli ambulatori, anche per la nota carenza di infermieri). Importante è far emergere che il 2,12% di tutti gli assistiti è in trattamento con farmaci per asma e BPCO senza una diagnosi di patologia codificata. Risulta inoltre importante evidenziare come ci sia una discrepanza sia nell'asma che nella BPCO tra prescrizioni della spirometria e risultati poi effettivamente registrati nei *software*. Questo può essere relativo alla mancata registrazione ma anche alla mancata compliance dei pazienti a effettuare gli esami una volta che sono stati prescritti. Per quanto riguarda la BPCO è noto che il fumo di sigaretta sia una delle cause principalmente coinvolte nella patogenesi della malattia ma dai nostri dati emerge che solo nel 40% di questi pazienti è registrato il suo status di fumatore

Vi è da dire, infine, che l'insufficienza delle registrazioni dei dati in queste importanti patologie sono state comunque un importante elemento di avvio di discussione nei team dei MMG della provincia. Tutti i membri dei team hanno analizzato in 3 livelli di riunioni le ragioni di carenza informatica o strutturale o relazionale che hanno impedito in passato il raggiungimento di standard, constatando che alcuni miglioramenti dipendono da cause esterne (ad es. struttura delle cartelle computerizzate; ruolo degli specialisti e disponibilità di servizi). Nello stesso tempo i membri dei team hanno ritenuto fattibile in 6-12 mesi il miglioramento di alcuni indicatori più facilmente modificabili (ad es. BMI, fumo).



NETGOTTA: NUOVE LEZIONI DA UN'ANTICA MALATTIA

Da un'idea della Lista Telematica Netaudit (www.netaudit.org)

Autori: ARZENTON Ermanno, AUGRUSO Angelo, BARUCHELLO Mario, BERTOLUSSO Luciano, BRIZIO Enzo, CIOLINA Giovanni, DE MOLA Cosimo, DEL ZOTTI Francesco, LIPPA Luciano, LIPPOLIS Orazio, LUPI Lorenzo, MARCHETTO Barbara, MAZZOLA Vincenzo, MERLINO Giovanni, PASCULLI Domenico, RANZANI Luca, SABBI Diego, SEVERINO Pietro, SUZZI Fabio, TONDI Lidia, UBALDI Enzo, VISENTINI Emanuele
Coordinatori: Francesco Del Zotti, Enzo Brizio, Carmine Farinaro

BACKGROUND

La gotta è una malattia conosciuta sin dai tempi di Ippocrate che la descriveva come l'artrite dei ricchi. Negli ultimi decenni l'attenzione verso questa malattia è andata scemando, dal momento che si pensava che la sua epidemiologia fosse in calo a causa della riduzione nel consumo di frattaglie e carni grasse. In realtà, negli ultimi anni si assiste ad un'inversione di tendenza dovuta al sommarsi di vari fattori: il diffondersi della "sindrome metabolica", il consumo di alimenti e bevande

contenenti fruttosio, di alcolici (in particolare birra) e di farmaci (in particolare diuretici tiazidici in soggetti predisposti). Nella ricerca bibliografica preliminare è emersa una sconcertante mancanza di punti di riferimento EBM e una scarsa documentazione di supporto per i farmaci tradizionalmente usati nella gotta (1).

Per tutti questi motivi, nell'ambito degli audit periodici di Netaudit, si è pensato di condurre un'autovalutazione sul tema, per conoscere il comportamento dei MMG membri. Sono stati prescelti un numero minimo di Indicatori che forniscono una mappa di quanto facciamo e che si raccordano alle Linee-guida più accreditate.

CAMPIONAMENTO e PERIODO di osservazione delle variabili

Sono stativalutati tutti i gottosi che sono nostri pazienti in carico. Per le variabili cliniche laboratoristiche è stato valutato l'ultimo valore in cartella.

CRITERIO di INGRESSO

Tutti i PAZIENTI con fondato sospetto di gotta:

a) **PODAGRA CLASSICA** (coinvolgimento della prima articolazione metatarso-falangea), *soprattutto se più di un episodio chiaro (Anche SENZA iperuricemia); o un solo episodio a clinica chiara ed eventuale iperuricemia.*

DEFINIZIONE di PODAGRA: per PODAGRA intendiamo: Attacco di dolore iper-acuto che si sviluppa in ore (24 ore) all'articolazione I metatarso-falangea, con rossore, edema e calore della parte.

Ricordiamo che il valore diagnostico della podagra come indicatore di GOTTA è elevato:

Sensibilità 96%; Specificità 97%; LR positivo: 32 ; LR negativo: 0.04 (Ottimi valori di *likelihood ratio*, sia positivo che negativo)

b) In caso di attacco senza chiara podagra o senza presenza di tofo: **PRESENZA in cartella di chiara positività ad almeno 6 criteri su 12 dell'American College of Rheumatology:**

1. Asymmetric swelling within a joint on a radiograph
2. First metatarsophalangeal joint is tender or swollen (i.e., podagra)
3. Hyperuricemia
4. Maximal inflammation developed within one day
5. Monoarthritis attack
6. More than one acute arthritis attack
7. Redness observed over joints
8. Subcortical cysts without erosions on a radiograph
9. Suspected tophi
10. Synovial fluid culture negative for organisms during an acute attack
11. Unilateral first metatarsophalangeal joint attack
12. Unilateral tarsal joint attack

c) **presenza di TOFO:** *pur in assenza di classica podagra*, presenza di una storia di sospetto attacco (vedi punto precedente) e chiaro segno di TOFO

In caso di incertezze o difficoltà nel documentare l'esistenza di tali criteri in cartella il caso è stato escluso dall'audit.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- **pazienti di età inferiore a 18 anni al momento della prima diagnosi;**

- **pazienti con le seguenti gravi condizioni: Insufficienza Renale Cronica grave, Emopatie e Neoplasie gravi, disturbi neurologici e mentali gravi.**

VARIABILI Analizzate;

Variabili descrittive:

A) VARIABILI anagrafiche

B) TIPOLOGIA: Criterio Ingresso Gotta

b1) Podagra

b2) Assenza di podagra, ma TOFO presente + sospetta gotta su base clinica

b3) Assenza di podagra e di tofo, ma sospetta gotta clinica, su base di 6/12 criteri dell'Associazione Reumatologica americana

C) Lunghezza della storia di gotta nel Paziente

D) Importanti co-morbilità (si è scelta la prevalente, dopo aver osservato la storia in cartella, in funzione della valutazione delle controindicazioni ai FANS)

E) Numero di attacchi importanti nella storia clinica;

Variabili per l'Audit:

- A) Ultima data dell'uricemia
- B) Ultimo valore dell'uricemia
- C) Principale farmaco anti-attacco usato nell'ultima crisi, da valutare lungo tutto il database, sino al 30 giugno 2008 ed in relazione ad eventuali controindicazioni a FANS; in particolare
 - c1 - FANS rapidi indicati dalle LG più accreditate (Diclofenac, Indometacina, Naprossene)
 - c2 - Colchicina
 - c3 - Corticosteroidi
- D) Colchicina a scopo profilattico
- E) Allopurinolo e sua Posologia media. In particolare
 - a - sotto i 300 mg
 - b - 300 mg
 - c - oltre 300 mg

METODO DI LAVORO

Dopo aver estratto i pazienti (vedi Post-scriptum), grazie ad una Query SQL inviata a tutti gli aderenti, è stata utilizzata una semplice maschera web per introdurre i dati resi anonimi.

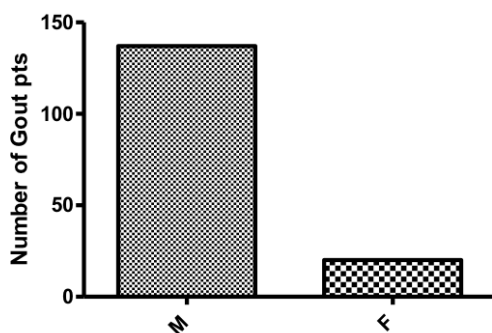
RISULTATI

MMG partecipanti e numerosità gottosi: hanno partecipato all'indagine 19 MMG italiani della Lista Netaudit (www.netaudit.org), con una media per assistiti di 1355 pazienti (minimo 1005- massimo 1567), che hanno in carico 157 casi di gotta: in media 8,3 pazienti gottosi per ognuno dei 19 MMG. Più in dettaglio: la mediana è di 8 casi per MMG; il 25° centile cade su 5 casi ed il 75° centile è di 10 casi. La prevalenza osservata è in linea con quella osservata negli studi internazionali (2,3)

Sesso dei gottosi: nella nostra casistica la gotta appare nettamente come una malattia "maschile": il rapporto M/F è di 137/20 (circa 7 a 1), e cioè l'87% (IC da 81% a 92%) di maschi ed il 13% di femmine (FIGURA 1)

Figura 1

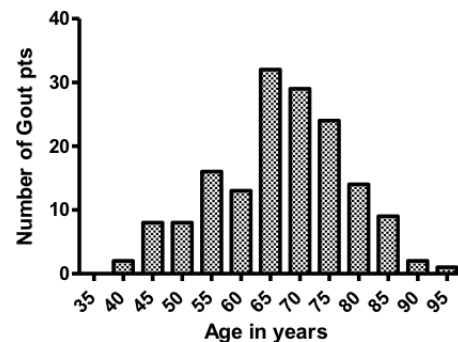
Sex of gout patients (157)



Classi di età dei gottosi: l'età mediana risulta di 67 anni (Mediana 68; Minima e massima: rispettivamente 39 e 68 anni; 25° centile e 75° centile rispettivamente 59 e 75 anni) (FIGURA 2)

Figura 2

Histogram of Frequency 153 gout patients of Italian 19 Gps of Netaudit Group



Gotta e criteri diagnostici: tra i 157 casi, la maggioranza ha come principale base diagnostica uno o più attacchi di podagra (117 casi, pari al 74,5%); per 26 casi (16,5%) il criterio principale è stata la presenza di almeno 6 criteri definiti dall'ACP (vedi sopra); nei restanti 14 casi, il criterio principale è legato alla presenza di tofo.

Caratteristiche della Storia di Gotta: La maggioranza dei 157 casi ha una storia vecchia almeno di 3 anni (125 casi, pari al 79%); 80 pazienti (51%) ha almeno 6 anni di storia di gotta.

Numero di attacchi nella storia clinica: Per 12 casi (7,5%) la cartella è carente in merito alla comprensione del numero di attacchi; 29 casi (18,6%) hanno subito un solo attacco; da 2 a 3 attacchi in 57 casi (36,3%); infine in 59 casi (37,6%) i pazienti hanno subito più di 3 attacchi.

SINTESI sulle caratteristiche dei pazienti: la nostra casistica indica che la maggior parte dei gottosi è di sesso maschile, con età superiore ai 55-60 anni, con lunga storia clinica e attacchi ripetuti più volte.

VALUTAZIONI DI AUDIT RISPETTO AL MONITORAGGIO E TERAPIA

Frequenza di richiesta (con risposta a valore numerico) dell'Uricemia nei gottosi:

Il dato più rilevante è confortante: nel 72% l'uricemia è stata richiesta a meno di 6 mesi prima della fine del periodo di analisi (69 casi: 43,9%) o da 6 a 12 mesi prima (45 casi: 28,7%) .

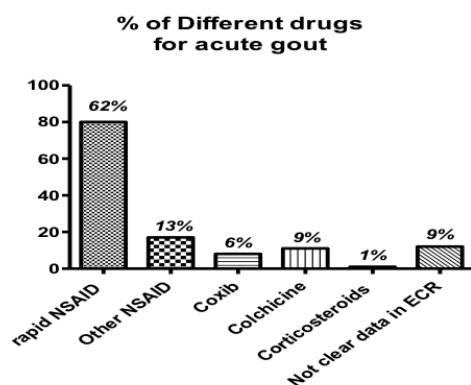
Per il resto: in 34 casi (21,6%) da 12 a 48 mesi prima; solo in 2 casi su 157 non esiste alcun valore in cartella; solamente in 7 casi l'ultima uricemia è stata richiesta da più di 48 mesi prima del periodo di analisi

Uso di Fans nelle crisi di pazienti senza controindicazioni:

Le LG più accreditate (vedi bibliografia) sostengono che nei casi senza controindicazioni (129/153, nella nostra casistica) bisogna adoperare FANS a breve

durata d'azione (Diclofenac, Indometacina, Naprossene): Questi sono stati prescritti in 80/129 casi, quindi nel **62%** (95% IC = 53% - 70%): un dato sufficiente ma migliorabile verso standard auspicabili di almeno l'80%. (**FIGURA 3**)

Figura 3



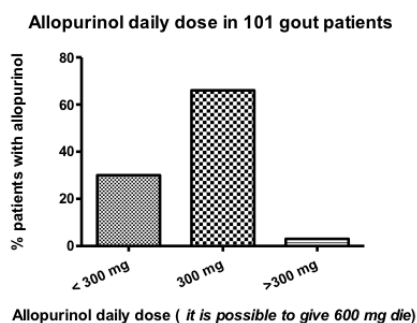
È interessante notare che nonostante la presenza di controindicazione in 24 casi, la percentuale di somministrazione di **FANS** risulta maggiore del 70%; la colchicina invece viene prescritta in caso di controindicazione ai FANS solo in 4 su 24 casi; e solo 3 su 24 sono i pazienti con contrindicazioni ai FANS che usano cortisonici: **dato da migliorare**.

COLCHICINA a scopo profilattico

Solo in 5 casi è stata aggiunta colchicina a scopo profilattico pre-allopurinolo. Anche se si limita l'analisi ai casi con controindicazioni ai FANS (utilizzati qui come per profilassi pre-allopurinolo), si nota un assai scarso utilizzo di colchicina: 2 soli casi. **Tale dato è da migliorare molto.**

Impiego e posologia dell'allopurinolo in profilassi (FIGURA 4)

Figura 4



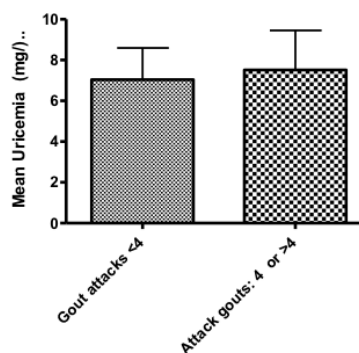
A 101 su 157 pazienti viene somministrato allopurinolo. La maggioranza dei pazienti in terapia con allopurinolo utilizza una dose fissa di 300 mg/die: il 66% (67 su 101); solamente il 30% (31 su 101) usa dosi fisse minori di 300 mg; **solo il 3% (3 su 101) dei**

pazienti assume più di 300 mg di allopurinolo, nonostante la scheda tecnica e le linee-guida dicano di incrementare le dosi sino ad almeno 600 mg e nonostante risulti dall'analisi dei dati che il 44,5% dei valori di uricemia risulta sopra i 7,5 ed il 30% sopra gli 8 mg.

Uso dell'allopurinolo non correlato a livello di uricemia (Figura 5): abbiamo valutato, tra i pazienti con il numero di crisi registrato in cartella (145 su 157), la media dell'uricemia nel gruppo di pazienti con al massimo 3 crisi (89) e nel gruppo di pazienti con più di 3 crisi (56 pazienti): i pazienti con più crisi hanno un'uricemia media uguale o probabilmente maggiore (*differenza non significativa*) rispetto a chi ha meno crisi: 7,5 mg rispetto a 7 mg. Questo dato, assieme a quello dell'esigua minoranza di pazienti che assumono più di 300 mg/die, indicano la possibilità di sottodosaggio del farmaco nei pazienti con più crisi, che secondo le linee-guida devono avere come target un controllo dell'uricemia a meno di 6 mg.

Figura 5

Unpaired t test: Uricemia in Gout pats
(2 groups: less than 4 attacks ; 4 or more attacks in history)



CONCLUSIONI

I nostri dati indicano da una parte un'attenzione dei MMG partecipanti verso il monitoraggio dell'uricemia e l'impiego dei FANS più indicati (a breve durata di azione) nelle crisi; dall'altra mostrano un eccesso di omogeneità e "tradizionalismo" nell'impiego dei farmaci per l'attacco e per la profilassi. In effetti vi è carenza nell'uso - consigliato dalle linee guida più autorevoli - di colchicina o corticosteroidi, in presenza delle non infrequenti controindicazioni ai FANS. Vi è inoltre notevole sottoutilizzo di colchicina a scopo profilattico. Il dato che più colpisce, infine, è quello legato al prevalente uso di una dose fissa di 300 mg di allopurinolo per la profilassi, indipendente dai livelli documentati di uricemia; sembra non acquisita tra i partecipanti la scheda tecnica del farmaco che indica di adattare, in base all'uricemia e al suo target (< 6 mg), la sua posologia sino a 600-900 mg die. Perché l'allopurinolo è usato meno del necessario nella gotta cronica e a dosi subterapeutiche? Secondo un recente

articolo del BMJ (4) ciò avviene per paura degli effetti cutanei, che sono più rari di quanto si pensi. In realtà, da una valutazione informale tra i membri di Netaudit, risulta piuttosto che il sottoutilizzo dell'allopurinolo avvenga perché non teniamo conto in cartella del numero delle crisi (più crisi in un tempo di alcuni mesi dovrebbe spingerci all'uso cronico). In quanto al suo sottodosaggio, ciò avviene, a parere dei membri di netaudit, perché prevale l'inerzia del dosaggio fisso a 300 mg e perché non si mettono in correlazione le dosi con il target ottimale, magari non sempre conosciuto (< 6 mg di uricemia) ed il massimo dosaggio possibile (600-900 mg/die). In merito ad altri farmaci per la gotta da noi non analizzati:

A) PROBENECID: gli autori del citato lavoro (4) lamentano il sotto-uso. In realtà in Italia esso è scomparso dal commercio per motivi difficilmente comprensibili (si è citata tra le ragioni anche il suo possibile uso per doping).

B) FEBUXOSTAT: Netaudit non l'ha analizzato anche perché il nostro studio è stato concepito prima del suo ingresso nella farmacopea italiana. È piuttosto condivisibile la tesi che sostengono gli autori britannici: si rischia di sottoutilizzare terapie di una certa età (allopurinolo) quando arrivano sul mercato farmaci simili. Il Febuxostat, pur essendo molto più costoso e pur da valutare ancora per i rischi cardiovascolari, potrebbe imporsi, ancora prima che il vecchio e non tramontato allopurinolo venga usato bene. Ciò è ancor più vero per la colchicina. Essa è da usare maggiormente nelle crisi acute o nella gotta cronica insieme all'allopurinolo (per prevenire riacutizzazioni quando si inizia allopurinolo) ma intanto negli USA il suo prezzo è aumentato di 50 volte, a causa di paradossali questioni di brevetto sul vecchio farmaco diventato "orfano", ma con una nuova indicazione per una malattia rara (le febbre mediterranea). E così molti gottosi americani non possono più permetterselo. Da noi in Italia non siamo ancora a questo punto, anche se qualche avvisaglia c'è: in commercio abbiamo solo la dose di 1 mg e non la dose più idonea di mezzo milligrammo.

In buona sostanza, la gestione di un'antica malattia, la gotta, pone modernissime ed emblematiche sfide ai membri di Netaudit e a tutti i medici di medicina generale.



Alcune informazioni da tener presente

DIAGNOSI DIFFERENZIALE con ARTRITE SETTICA: attenti a non omettere la diagnosi differenziale con artrite settica, soprattutto quando ci troviamo di fronte ad una mono-artrite del ginocchio ed a leucociti > 40-50 mila.

Per una valutazione di cosa sono e come appaiono i TOFI: si veda la voce TOPHI in Google (sezione immagini) o si legga la voce tophi all'URL <http://alturl.com/yhmuz> e all'URL <http://alturl.com/6z6oi>

I Tofi sono presenti sull' orecchio, olecrano, articolazioni interfalangee e anche nei pressi dei Noduli di Heberden e Bouchard

COSA SI INTENDE per TERAPIA CRONICA (ad esempio Diuretici in cronico): nella cartella vi è traccia di almeno una prescrizione a quadrimestre per due quadrimestri.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Zotti F e la Redazione. *Dialogo sui farmaci*: la problematica della gotta –il punto di vista di un MMG (<http://www.dialogosuifarmaci.it/rivista/pdf/4aa67a7d57748.pdf>)
2. Jordan K.M.et al.British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Gout – executive guideline- *Rheumatology* (2007, may 23)
3. Gout: An Update - September 15, 2007 -- American Family Physician <http://www.aafp.org/afp/20070915/801.html>
4. Lipworth W, Kerridge I, Brett J, Day R. How clinical and research failures lead to suboptimal prescribing: the example of chronic gout. *BMJ*. 2011 Dec 1;343:d7459. doi: 10.1136/bmj.d7459.

