



TORINO MEDICA

anno XXX
numero 3
2019

comunicazione
informazione
formazione

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO



FOCUS
Deprescrizione o
armonizzazione
terapeutica

“
Se vi è una magia su questo pianeta,
è contenuta nell'acqua.

(Loren Eiseley)

”



SS10117

L'acqua più leggera d'Europa,
grazie alle sue proprietà uniche,
è perfetta per accompagnare
ogni giornata.

Lauretana è un'acqua di qualità,
pura come nasce dalla sorgente,
a più di 1000 m s.l.m.

Ideale per il consumo quotidiano
di tutta la famiglia, è la scelta
di chi si vuole bene.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

14
residuo fisso
in mg/l

1,0
sodio
in mg/l

6,3
pH



Segui la leggerezza
www.lauretana.com

Sommario

numero 3_2019

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia.

4 Le politerapie: un esperimento quotidiano, spesso rischioso
Guido Giustetto

6 Chi ha paura della deprescrizione?
Mario Nejrotti

9 focus
Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

10 L'appropriatezza delle cure
Roberto Frediani

14 Deprescribing e tecniche di deprescrizione
I rischi della multiprescrizione
Pier Riccardo Rossi, Andrea Pizzini

21 Proposta di uno strumento di lavoro: INTERCheck
Luca Pasina

24 I rischi della multiprescrizione
Maurizio Dall'Acqua, Annalisa Gasco

27 Deprescrizione:
Il ruolo del MMG
Andrea Pizzini, Pier Riccardo Rossi

32 Il ruolo del medico ospedaliero
Patrizia Marino

35 Deprescrivere:
un intento realizzabile
Aldo Mozzone

39 Armonizzazione terapeutica:
un'esperienza modenese
Oreste Capelli, Matteo Morandi, Caterina Ricci, Mariangela Ghelfi

42 Il farmaco giusto al momento giusto.
Progetto ambulatorio DERT
Torre pellice
Daniilo Mourglia, Simonetta Miozzo

46 Anziani super trattati?
Meglio non esagerare
A cura di Il Pensiero Scientifico Editore

54 terapie e benessere
L'analgesia peridurale in travaglio di parto
Tiziana Borsatti

58 Dottore, ma è vero che...?
Un farmaco può non essere "efficace" anche se su di me ha funzionato?

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo: redazioneomceotorino@gmail.com

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI

Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI
Carlo FRANCO
Ivana GARIONE
Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore: Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Progettazione e
supervisione: Rosa Revellino

Coordinamento
redazionale: Noemi Urso

Redazione: Luca Nejrotti,
Laura Tonon (Il Pensiero
Scientifico editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Le politerapie: un esperimento quotidiano, spesso rischioso

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

È un dato acquisito che vi sia un aumento costante della prescrizione di farmaci e che all'interno di questo la politerapia, soprattutto nella popolazione anziana, sia sempre più diffusa. È anche noto che questo crea un insieme di eventi avversi di varia natura.

Certamente l'aumento delle politerapie trova motivazione in fatti indiscutibili: l'aumento della popolazione anziana e il conseguente incremento della probabilità di più patologie croniche compresenti.

Questi fattori, necessari, non sono però sufficienti a spiegare interamente il fenomeno dell'iperprescrizione. Vi sono diverse altre cause che agiscono sia in ambito medico, sia nella cultura comune.

La medicina positivista tuttora prevalente è basata sulla centralità dell'organo, sulla specializzazione, su protocolli, linee guida e algoritmi: per ciascun organo si può prevedere una medicina. La persona nel suo insieme, con le sue altre problematiche, rischia di non essere al centro dell'atto medico, se non come "contenitore" di principi attivi.

Vi è un'eccessiva fiducia dei medici (ma anche delle persone comuni) nell'efficacia e nella necessità dei farmaci. D'altra parte l'informazione di settore è tutt'ora direttamente o indirettamente nelle mani dell'industria farmaceutica. Poche volte a fronte di una prescrizione vi è la consapevolezza di quante persone è necessario trattare con un farmaco perché una ne sia curata. *Nature* definisce "Imprecision Medicine" il fatto che 25 persone debbano assumere un inibitore di pompa protonica perché almeno una ne abbia vantaggio, oppure 20 una statina per evitare, tra di loro, un evento cardiovascolare.

Prescrivere un farmaco fa risparmiare tempo? Il medico ha il tempo per conversare con il paziente, ascoltare la sua storia e valutare insieme le alternative alla farmacoterapia? Ha ricevuto una formazione adeguata in tema di comunicazione?

Tra le persone si è fatta strada da molto tempo una medicalizzazione della vita quotidiana, che vede nel farmaco quasi un bene di consumo (pensiamo agli integratori), la risposta più veloce, semplice e diretta al disagio, un grande aiuto per essere sempre più efficienti e performanti.

A fronte di tutto ciò, dobbiamo ricordarci, come medici, che un paziente anziano che assuma 6 o 7 farmaci è un esperimento in sé.



La persona nel suo insieme, con le sue altre problematiche, rischia di non essere al centro dell'atto medico, se non come "contenitore" di principi attivi

Non c'è nessuno studio che descriva quali interazioni vi siano in quella specifica persona che utilizza contemporaneamente quei farmaci a quelle dosi, a quelle ore, che mangia quei cibi, che ha quel metabolismo renale ed epatico... Le linee guida non contemplano la comorbilità, si riferiscono a popolazioni selezionate quasi mai corrispondenti al paziente che abbiamo davanti, non prevedono le interazioni tra farmaci.

Inoltre, quando aumentano i farmaci, sono più probabili errori di assunzione (dovuti magari a confezioni o nomi simili), diminuisce l'aderenza terapeutica, si incrementa il tasso dei ricoveri (significativo nei pazienti che assumono oltre 5 farmaci), aumenta la probabilità che almeno un farmaco presenti criticità (capita nel 67% delle persone all'ammissione in ospedale).

Una delle cause che porta a un alto numero di farmaci per paziente è il fenomeno della stratificazione nel tempo, ovvero la prescrizione di un farmaco sopra e dopo l'altro senza un momento per rispondere alla domanda: tutti questi farmaci sedimentatisi negli anni sono ancora utili? Una statina a 80 anni, un inibitore di pompa protonica prescritto in ospedale per lo stress post-operatorio, sono rimasti in terapia per inerzia o hanno ancora un valore terapeutico?

Un punto critico è il passaggio da un setting di cura all'altro, la possibilità di confrontarsi tra colleghi su come ottimizzare una politerapia, in modo che ciascun prescrittore possa rivalutare le proprie decisioni.

Anche per questo c'è necessità di tempo: tempo per pensare, per parlarsi, per rivedere i problemi attivi del paziente, per spiegare e condividere con lui le scelte.

Il ruolo che questo Ordine vuole avere può essere articolato in diverse modalità.

Innanzitutto esercitare un'attività di advocacy nei confronti delle aziende sanitarie perché permettano ai medici di avere il tempo necessario per svolgere interamente la loro funzione, per comunicare e per ripensare alle decisioni assunte.

In secondo luogo rivolgersi alla cittadinanza per dare informazioni sull'uso e sull'abuso dei farmaci e sulle alternative terapeutiche.

Infine investire nella formazione dei colleghi per aumentare l'appropriatezza nella prescrizione non solo farmacologica e la consapevolezza che l'automatismo visita/sintomo/problema = farmaco non solo non è la risposta efficace, ma il più delle volte può essere dannosa.

Questo potrebbe essere un altro modo di interpretare la medicina di precisione. Non solo interventi terapeutici, basati sulla fotografia del DNA, ma anche una medicina che si fondi sulla teoria dell'approssimazione (ma non del pressapochismo), sull'avvicinamento graduale, su correzioni e aggiustamenti progressivi, che sono il cuore del metodo delle cure primarie.

Chi ha paura della deprescrizione?

Mario Nejrotti

Direttore di Torino Medica

Il Focus di questo numero ci conduce in un campo complesso e scivoloso: quello di una riflessione sulla necessità di valutare le terapie nel loro complesso e capire quando mantenere un farmaco in terapia può essere più dannoso che utile, specie se associato ad altri preparati.

Nel Focus, dal titolo “Deprescrizione o armonizzazione terapeutica”, insieme ad altri articoli, si leggono i contributi di validi colleghi che hanno partecipato ai lavori di due Commissioni del nostro Ordine, Appropriatezza e Formazione-ECM, che sono sfociati in un corso di formazione, svoltosi con successo a fine giugno nella sede di Villa Raby.

Obiettivo deprescrizione

La deprescrizione in una società che da un lato invecchia e dall'altro trova sempre nuove soluzioni terapeutiche a malattie fino a pochi anni fa considerate incurabili, diviene paradossalmente una necessità assoluta dai risvolti profondamente etici e deontologici.

È intuibile che le politerapie o le terapie molto prolungate nel tempo, oltre a sommare i loro vantaggi, sommano anche gli eventi avversi, spesso in maniera poco prevedibile nel loro complesso.

È necessario quindi premere sull'acceleratore della formazione per medici e operatori sanitari con l'obiettivo di far somministrare solo farmaci compatibili, necessari e realmente efficaci nel contrasto della situazione patologica del paziente, nel controllo dei sintomi e nel rallentamento del verificarsi di complicazioni.

L'obiettivo è chiaro e il percorso sembra lineare, come per l'acquisizione di altre competenze e abilità altrettanto necessarie per la migliore cura dei cittadini.

Una difficoltà in più, spesso poco percepita in questo settore specifico, è però la presenza di un fattore X, che coinvolge paritariamente medici e pazienti quando vi è la necessità di sospendere o quantomeno armonizzare una terapia, e cioè la paura di farlo.

Il peso della paura del paziente

Questo timore affonda le sue radici in decenni di cultura di una medicina “trionfante”.

Soprattutto in campo farmacologico, per troppo tempo sono stati presentati i farmaci, a fronte talvolta di una scarsa reale efficacia e altrettanto spesso di pesanti effetti collaterali, come l'unica soluzione valida per ogni disturbo o patologia.

Questa visione è stata vincente e si è radicata nella cultura dominante, sia tra i professionisti sia nell'opinione pubblica.

Il valore magico e scaramantico delle medicine è, infatti, ancora forte.

È necessario premere sull'acceleratore della formazione per medici e operatori sanitari con l'obiettivo di far somministrare solo farmaci compatibili, necessari e realmente efficaci

I pazienti, soprattutto quelli con patologie cronico-degenerative, spesso anziani o affetti da diverse malattie contemporaneamente, annettono acriticamente all'insieme dei farmaci che assumono un potere salvifico. Percepiscono gli effetti collaterali, ma non potendo focalizzarne la causa specifica, sono portati spesso a sopportarli, non comunicarli e in definitiva a trascurarli.

Sospendere o ridurre il dosaggio di certi farmaci può causare un pesante disagio psicologico nei malati, come se gli si sottraesse un presidio che mantiene un equilibrio, se pur instabile.

La deprescrizione, quindi, deve passare necessariamente per un percorso di educazione sanitaria che faccia riflettere le persone su quando e come, in accordo con i medici, si possa o si debba ridurre il carico farmacologico complessivo.

Lo stesso discorso deve essere fatto per le auto-prescrizioni dei cittadini che inducono abitudini pericolose e necessitano di un soddisfacente rapporto medico paziente per superare le pressioni mediatiche sui farmaci, dietro le quali si giocano fortissimi interessi industriali.

Le paure dei medici

Un'altra paura, molto più complessa, condiziona i sanitari.

Di fronte a polipatologie e conseguenti politerapie si verifica spesso una condizione di lavoro in équipe. ▶



Il paziente viene seguito per ciascuna patologia dallo specialista di riferimento, che in assoluta buona fede e professionalità, prescrive la terapia necessaria e più adatta al caso.

L'insieme, però, di tali terapie può risultare disarmonico e creare difficoltà al paziente, ma la decisione di rivederle per renderle compatibili è difficile e non scevra di rischi.

Tutti i medici dovrebbero tener presente il problema della politerapia, specie negli anziani, almeno lo dovrebbero fare tutti quelli che seguono nel tempo il paziente: dall'internista, all'oncologo, al geriatra.

La decisione di rimodulare la terapia, però, può creare preoccupazioni nei medici, messi di fronte alla necessità di cambiare le abitudini del paziente e l'indicazione di colleghi specialisti.

Armonizzazione delle terapie: una figura di riferimento

Una figura di riferimento, però, è necessaria per tutti i pazienti, ed essa non può che essere quella dei medici di cure primarie: medico di famiglia e pediatra di libera scelta.

La continuità nell'assistenza assicurata da queste categorie di sanitari permette di osservare con più consapevolezza e possibilità di successo gli effetti della terapia nel tempo e gli eventuali sintomi di fenomeni avversi al loro primo mostrarsi.

Per permettere una demedicalizzazione consapevole è necessario promuovere l'autorevolezza della figura dei medici di cure primarie, rendere più agevole di quanto non lo sia già stato nel passato la comunicazione tra il livello territoriale dell'assistenza, quello specialistico e ospedaliero, per poter concertare e condividere meglio le scelte di ridurre, modificare o sospendere determinati schemi terapeutici.

Inoltre, a tutti i livelli di assistenza, non si dovrebbe avere timore di rivedere criticamente la terapia in funzione del decorso della patologia e della situazione generale del singolo paziente.

Una prescrizione in acuto di un farmaco antiepilettico, di una benzodiazepina, di un inibitore di pompa protonica, di un FANS dovrebbe essere sempre sospesa quando il quadro clinico non ne richieda più l'assoluta necessità di somministrazione, spesso invece tali prescrizioni rimangono attive come un obbligo rituale.

Terapie anacronistiche nel fine vita

L'esempio più eclatante della difficoltà di sospendere una precedente prescrizione è riportato nel Focus di questo numero della rivista nell'articolo di Luca Pasina, Unità di Farmacoterapia e Appropriata Prescrizione dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, che presenta *INTERCheck*, un supporto informatico alla prescrizione consapevole, sviluppato dallo stesso Istituto. L'autore pone il problema della somministrazione in fine vita di farmaci preventivi o sintomatici in pazienti con una aspettativa di vita molto ridotta.

Da uno studio dell'Istituto Mario Negri si evince, infatti, che oltre il 50% dei pazienti in fine vita riceve ancora almeno un farmaco con funzione preventiva, la cui attività va ben oltre l'aspettativa di vita.

La sospensione di queste terapie necessita di superare molti aspetti dei timori professionali più comuni: quelli delle implicazioni legali delle decisioni terapeutiche, del giudizio del paziente e della sua rete socio-familiare e delle critiche dei colleghi.

Consapevolezza del valore e dei limiti della medicina, coraggio e autorevolezza professionale, potenziamento del rapporto umano tra pazienti, medico e rete socio-familiare, spirito di collaborazione tra livelli diversi di assistenza: solo l'insieme di tutti questi elementi potrà accelerare la cultura di una demedicalizzazione responsabile, che porti a un livello ottimale l'armonizzazione delle terapie farmacologiche.

Deprescrizione o armonizzazione terapeutica



L'appropriatezza delle cure

Roberto Frediani

Coordinatore Commissione "Appropriatezza e promozione delle cure" - OMCeO Torino

Medicina Interna Ospedale Maggiore di Chieri - ASL TO5

"È appropriato ciò che risulta adeguato, preciso, calzante, opportuno"

Dizionario della Lingua Italiana
(Zanichelli 2012)



In sanità il termine “appropriatezza” indica la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico-terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze delle persone. Non si tratta di una dimensione semplice e riconducibile a un’unica interpretazione valida in assoluto; l’appropriatezza indica condizioni complesse.

Non esiste una definizione universalmente accettata di “appropriatezza”; il *Manuale di Formazione per il governo clinico* (luglio 2012) realizzato dal Ministero della Salute, dopo un’ampia disamina bibliografica, riporta che la definizione più diffusa a livello internazionale è quella della RAND (*Research And Development*): “una procedura è appropriata se il beneficio atteso supera le eventuali conseguenze negative, con un margine sufficientemente ampio da ritenere che valga la pena effettuarla”. Questa definizione viene considerata un utile punto di partenza, nonostante sia generica e contenga molti limiti, ricondotti in primis al non considerare il paziente come un individuo e al non considerare la ridotta disponibilità di risorse.

Nel glossario del Ministero della Salute, “l’appropriatezza definisce un intervento sanitario, di qualunque natura, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi”.

In sintesi credo che in medicina si debba considerare *appropriata* una prestazione efficace, eseguita in modo corretto, al paziente giusto e al momento giusto.

Nella Convenzione di Oviedo sui diritti dell’uomo e la biomedicina (Consiglio d’Europa 1997), gli stati della Comunità Europea, firmatari della Convenzione, si impegnano a garantire un “accesso equo a cure della salute di qualità appropriata” (art. 3).

In Italia dalla fine degli anni Novanta, nonostante alternanze politico-culturali, il termine *appropriatezza* è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria, acquistando una rilevanza normativa a partire dal Piano Sanitario 1998-2000. L’attenzione dei “policy-makers” italiani si è tuttavia per lungo tempo focalizzata sull’appropriatezza organizzativa, in modo particolare riguardo all’assistenza ospedaliera, di cui le liste di DRG a rischio di in appropriatezza rappresentano una delle principali traduzioni operative.

Appropriatezza clinica

Utilizzo di un intervento sanitario efficace in pazienti che ne possano effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche

Appropriatezza organizzativa

Erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, relativamente alla complessità dell’intervento/prestazione e alle caratteristiche cliniche del paziente

Sempre in termini legislativi relativi al nostro Paese, il DM 70/2015 riporta come obiettivo quello di: “promuovere la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure, l’uso appropriato delle risorse”.

Il DM 70/2015 insieme ai dati del Programma Nazionale Esiti (PNE), rappresentano strumenti per migliorare l’appropriatezza, l’efficacia, l’efficienza, la qualità e la sicurezza delle cure.

La Medicina non è una scienza esatta; le conoscenze sono in continua evoluzione, per molti problemi ci sono soluzioni diverse, ciascuna delle quali contempla vantaggi e svantaggi, senza dimenticare che di molti problemi di salute non sappiamo nulla. È esperienza comune constatare che in medicina il paziente reale poco corrisponde al paziente a cui fanno riferimento le linee guida e la EBM, non è il paziente degli studi clinici, per cui abitualmente per risolvere il medesimo problema sono proposti trattamenti del tutto diversi; esiste un’ampia variabilità prescrittiva di cui la letteratura scientifica ci offre molti riscontri istruttivi. Le decisioni cliniche sono influenzate da moltissime variabili, dipendono ►

Variabile importante è rappresentata da un'eccessiva aspettativa da parte dei pazienti sull'utilità di alcuni interventi, sovrastimandone l'efficacia; benefici spesso influenzati dal "mercato della salute" e dai media

ovviamente dalla natura e dalla gravità della patologia, dalle aspettative della persona, dalla incertezza delle conoscenze, dal contesto organizzativo, sociale e culturale di riferimento, e da molte altre componenti. Mentre un certo grado di variabilità nelle prescrizioni rappresenta un indicatore di buona qualità delle cure, un'ampia variabilità al contrario è un segnale di cattiva qualità delle cure. Altra variabile importante è rappresentata da un'eccessiva aspettativa da parte dei pazienti sull'utilità di alcuni interventi, sovrastimandone l'efficacia; benefici spesso influenzati dal "mercato della salute" e dai media.

La variabile "costi" entra presto a far parte del concetto di appropriatezza, per porre un contenimento al peso crescente della spesa sanitaria. La conseguenza è che i "third-payers" (i finanziatori pubblici e privati delle cure sanitarie) pongono un freno al rimborso dei servizi e delle prestazioni fornite. L'appropriatezza viene collocata in un contesto di relazione costo/efficacia. Le spese per i servizi sanitari sono ovunque in progressivo aumento e tutti i governi si chiedono quali azioni mettere in atto per frenare questo fenomeno e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici, universalistici, unica garanzia per un'etica della salute – tenendo conto anche che, oltre un certo limite, l'incremento dei costi, in termini di maggior numero di prestazioni erogate, non si accompagna a un effettivo miglioramento della qualità della vita e dello stato di salute.

L'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie rappresenta la chiave per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario; qualunque intervento: preventivo, diagnostico, terapeutico, assistenziale, organizzativo, riabilitativo, educativo, palliativo, può e deve essere valutato in termini di appropriatezza.

L'utilizzo di test diagnostici, farmaci, interventi chirurgici e procedure sanitarie in modo improprio è una pratica ampiamente documentata nella letteratura scientifica.

I ricercatori di numerose organizzazioni, fra le quali il Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, il New England Healthcare Institute, il McKinsey e il Thomson Reuter, stimano che il 30% circa della spesa sanitaria corrente sia non necessaria. Secondo la Cochrane Library solo l'11% di oltre 3000 prestazioni che costituiscono la pratica clinica corrente, ha un'adeguata documentazione di efficacia. Due terzi delle 9400 raccomandazioni rintracciabili su UPTodate sono poco consistenti sul piano scientifico e poco adatte a essere utilizzate in modo standardizzato e uniforme. Il 90% delle persone riferisce che nell'ultima settimana ha sofferto di vaghi disturbi e malesseri privi di base organica verso i quali la medicina è largamente impotente, ma che spesso sono motivo di terapie e/o esami diagnostici inutili. Il Rapporto OSMED del 2017 in Italia riporta un utilizzo di 1708,2 dosi di farmaco al giorno ogni 1000 abitanti, il 66,2% dei quali erogati a carico del SSN e il residuo 33,8% acquistati direttamente dal cittadino; questo vuol dire che ogni cittadino italiano in media ha assunto al giorno 1,7 dosi di farmaco. Secondo il report del WHO del 2010, l'ammontare delle prestazioni non appropriate corrisponde a circa il 20-40% della spesa sanitaria mondiale.

A conferma di questa deriva di inapproprietezza, tre delle maggiori riviste mediche internazionali, il BMJ con "Too much medicine", il Lancet con "Right care" e il JAMA Internal Medicine con "Less is more", evidenziano l'enorme spreco di risorse impiegate per assicurare prestazioni inutili e potenzialmente dannose, soprattutto per le persone sane.

In Italia è in corso un vivace dibattito sulla sostenibilità del Servizio Sanitario e il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure di cui hanno bisogno; il nuovo rapporto dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, che accoglie 35 paesi tra cui l'Italia) ci rivela che almeno un quinto della spesa sanitaria rappresenta un deprecabile spreco. Il documento suggerisce di indirizzare l'attenzione su tre fattori:

- eliminare le prestazioni inappropriate
- scegliere, fra le diverse alternative, quelle meno costose
- agire sull'inefficienza, sulle ridondanze amministrative, sui conflitti di interesse e la corruzione

Per essere dei
bravi medici non
basta essere dei
bravi scienziati;
le cure si
avvalgono
sicuramente
dell'approccio
scientifico ma si
giovano anche
di altri saperi
che riguardano
la persona;
saperi di cui il
professionista
sanitario deve
tener conto

Il primo punto fa riferimento ad appropriatezza e inappropriatezza, ricordando che le prescrizioni eccessive e inappropriate riguardano ogni ambito della medicina: parti cesarei, screening oncologici, cure aggressive di fine vita, le indagini radiologiche per il mal di schiena, le artroscopie a pazienti con "artrite" al ginocchio, le angioplastiche a pazienti con angina stabile, l'utilizzo di benzodiazepine negli anziani, l'utilizzo di antibiotici, statine, vitamine, sali minerali.

A livello internazionale assistiamo da alcuni anni allo sviluppo di iniziative intese a fronteggiare il fenomeno del sovra-utilizzo (over-use, over-treatment) di prestazioni sanitarie, possibile fattore di rischio per la salute delle persone e fattore concorrente all'incremento della spesa sanitaria e all'uso non efficiente delle risorse.

Le soluzioni per contrastare il sovra-utilizzo possono essere:

- quelle che cercano di disincentivare l'uso delle prestazioni (tetti di spesa, co-payement)
- quelle che cercano di intercettare e correggere l'inappropriatezza d'uso

Una delle più celebri iniziative per contrastare l'overtreatment è quella statunitense denominata Choosing Wisely, lanciata nel 2012 dalla Fondazione ABIM in alleanza con Consumer Reports, organizzazione no profit e indipendente di consumatori. La campagna intende promuovere il dialogo fra professionisti e pazienti su esami e terapie molto spesso non necessari, facendo riferimento a un elenco di raccomandazioni prodotte da molte società scientifiche; in Italia Slow Medicine aderisce da subito all'iniziativa e promuove il progetto "fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy".

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

***Costituzione della Repubblica
Italiana – Art. 32***

Prendere una decisione per il medico non è solo questione di conoscenze, ma di condivisione con il paziente, che di quella decisione è soggetto.

La patogenesi delle malattie cronico-degenerative è straordinariamente complessa; la persona "è qualcosa di diverso dalla somma delle reazioni chimiche che si producono nelle sue cellule" (A. Bonaldi).

Per essere dei bravi medici non basta essere dei bravi scienziati; le cure si avvalgono sicuramente dell'approccio scientifico ma si giovano anche di altri saperi che riguardano la persona: etica, filosofia, antropologia; saperi di cui il professionista sanitario deve tener conto.

L'attuale momento storico è caratterizzato dall'evidenza che molte persone sono sottoposte a un eccesso di prestazioni, mentre molte altre non possono accedere a cure di cui avrebbero bisogno (undertreatment). I decisori devono accettare che migliorare l'appropriatezza non equivale a una riduzione dei costi; questa visione economica fa sì che l'appropriatezza e quindi la riduzione di prestazioni diagnostiche e di terapie (deprescrizione) non siano percepite come un valore, ma come un razionamento.

Ottimizzare le limitate risorse disponibili è etica, e questo comporta un cambiamento culturale. Chi detiene responsabilità decisionali (politiche e istituzionali) ha l'obbligo, di fronte a un fenomeno iniquo, dannoso, pervasivo, di inserire l'appropriatezza fra le priorità operative della programmazione sanitaria, al fine di salvaguardare l'etica della cura.

Deprescribing e tecniche di deprescrizione

Pier Riccardo Rossi

Medico di Famiglia - ASL Città di Torino

Membro della Commissione Promozione e Appropriattezza delle Cure dell'OMCeO Torino

Andrea Pizzini

Medico di Famiglia - ASL Città di Torino

Membro della Commissione Formazione dell'OMCeO Torino

La polifarmacoterapia, definita dalla maggior parte delle fonti di letteratura come l'utilizzo di cinque o più farmaci al giorno, senza far menzione dell'appropriattezza delle prescrizioni¹ è argomento medico estremamente attuale e controverso.

Se qualcuno di voi, approfittando come i sottoscritti di quella grandiosa e gratuita risorsa offerta a tutti i medici piemontesi che è la Biblioteca virtuale per la salute (BVS-P), decidesse di digitare sul motore di ricerca Pubmed il termine "polifarmacy" si troverebbe di fronte a 9014 titoli di articoli raggruppati in 451 pagine. L'enorme numero di articoli che si occupano del problema testimonia il grande interesse della comunità scientifica e invita i clinici a porsi delle domande.

PRIMA DOMANDA: DAVVERO PRESCRIVIAMO COSÌ TANTI FARMACI?

Stando ai dati di prescrizione dei paesi occidentali, Italia compresa, sembra proprio sia così. I dati di prescrizione farmacologica in Italia contenuti nel rapporto OSMED 2018 ci raccontano che oltre il 66% degli ultrasessantacinquenni ha ricevuto la prescrizione di almeno 5 molecole nel corso dell'anno e che il 22% dei soggetti ha assunto almeno 10 principi attivi diversi².

SECONDA DOMANDA: COME MAI PRESCRIVIAMO COSÌ TANTI FARMACI?

La prima causa è senza dubbio l'aumento delle diagnosi di patologie croniche legato all'invecchiamento della popolazione. Come evidenziato dal grafico tratto da uno studio sulla prevalenza della multimorbilità nella popolazione generale in Scozia³, al crescere dell'età aumenta la compresenza di patologie croniche nello stesso individuo (**Figura 1**).

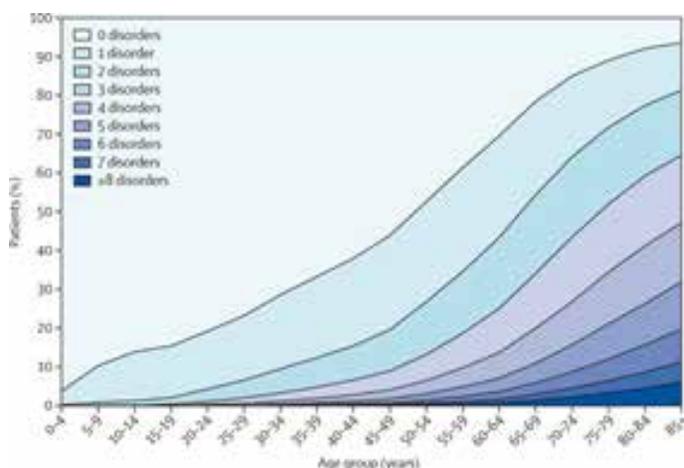


Figura 1
Distribuzione comorbilità
nella popolazione generale



La politerapia come conseguenza della multimorbilità potrebbe quindi essere un male necessario, come ci suggerisce un editoriale del BMJ pubblicato nel 2013⁴, tuttavia vi sono numerosi altri driver di poli-prescrizione nella pratica clinica. Un ragionevole elenco potrebbe essere il seguente: applicazione acritica sommatoria di linee guida specifiche per ciascuna patologia, attenzione terapeutica concentrata sulla condizione acuta, reazioni avverse a farmaci interpretate erroneamente come nuove malattie da trattare con ulteriori farmaci (fenomeno denominato “cascata prescrittiva”), limitate conoscenze di farmacologia e tossicologia geriatrica da parte dei medici, aspettative o richieste eccessive di pazienti e familiari⁵. Un’ulteriore considerazione è necessaria sulle linee guida: la maggior parte degli studi che conducono alle raccomandazioni in essa contenute sono effettuati su popolazioni selezionate che escludono in partenza soggetti anziani e con multimorbilità^{6,7,8}. Si potrebbe affermare per assurdo che ogni politerapia in un paziente anziano con multimorbilità sia “sperimentale”⁹.

TERZA DOMANDA: QUALI SONO I RISCHI LEGATI ALLA POLITERAPIA?

Almeno due sono le problematiche principali da considerare: il rischio di interazioni farmacologiche e reazioni avverse (*Adverse Drug Reaction*, ADR) da un lato e la diminuzione dell’aderenza terapeutica dall’altro. In particolare al crescere del numero dei farmaci aumenta progressivamente, e indipendentemente dalle classi di farmaci utilizzate, la probabilità di avere una reazione avversa da farmaci¹⁰. Le conseguenze documentate in letteratura sono ricoveri ospedalieri in eccesso, traumi da caduta, diminuzione delle capacità fisiche e cognitive e aumento del rischio di morte^{11,12}.

DEPRESCRIBING

Le politerapie di conseguenza vanno rivalutate con attenzione soppesando la bilancia rischio e beneficio di ogni singolo farmaco. Da alcuni anni in letteratura è crescente l’interesse per la procedura definita come “*deprescribing*”. Un recente documento di consenso la definisce come segue: “un processo, centrato sul paziente, di sospensione dei farmaci destinato a ottenere migliori risultati di salute attraverso l’interruzione di uno o più farmaci che sono potenzialmente dannosi o non più necessari”¹³.

Continuando nell’interrogare la letteratura andiamo a cercare la risposta ad alcune domande che ogni clinico si pone prima di intraprendere un percorso terapeutico di questo tipo. ▶

È SICURO ED EFFICACE IL DEPRESCRIBING?

In uno studio di fattibilità avente come oggetto la riduzione del numero dei farmaci prescritti a un gruppo di ultraottantenni affetti da 3 o più patologie furono sospesi il 60% dei farmaci che assumevano (in media 8 a testa). Solo il 2% delle terapie dovette essere ripresa, nessuno dei pazienti subì alcun evento avverso a causa della sospensione dei farmaci e il 90% di loro, a distanza di oltre un anno, riportava un miglioramento generale delle condizioni di salute¹⁴. Il processo del "deprescribing" sembra essere sicuro, tuttavia è necessario il monitoraggio di possibili ricadute di patologia o di fenomeni di astinenza¹⁰.

Riguardo all'efficacia le conclusioni riportate in una recente metanalisi ci dicono che sebbene dati da studi osservazionali abbiano suggerito che il "deprescribing" riduca la mortalità, il dato non è stato dimostrato in modo statisticamente significativo negli studi randomizzati. La mortalità invece è stata significativamente ridotta anche in studi randomizzati se si applicavano interventi specifici per il paziente¹⁵.

ESISTONO LINEE GUIDA O STRUMENTI VALIDATI PER DEPRESCRIVERE?

Non ci sono ancora vere e proprie linee guida sul deprescribing, tuttavia sono stati pubblicati criteri per deprescrivere e sono stati proposti algoritmi per aiutare i medici in questa attività clinica.

Beers Criteria: sono criteri espliciti utilizzabili per identificare i farmaci potenzialmente inappropriati, specie nel paziente anziano; orientano e aiutano il medico nella scelta dei farmaci da deprescrivere pur non volendo essere un limite alla libertà prescrittiva del singolo professionista; ciascun criterio deve essere comunque contestualizzato al singolo paziente e al setting clinico. I criteri di Beers, nati nel 1991, sono stati rivisti nel 2015¹⁶ e includono elenchi di classi di farmaci a potenziale rischio di effetti indesiderati suddivisi in cinque liste:

1. farmaci potenzialmente inappropriati
2. farmaci potenzialmente inappropriati solo in determinate condizioni cliniche
3. farmaci che devono essere usati con estrema cautela nell'anziano
4. combinazioni di farmaci associate a interazioni potenzialmente gravi, da evitare nell'anziano
5. farmaci che dovrebbero essere evitati o usati a dosaggio ridotto nell'insufficienza renale

Pur essendo un sistema molto rigoroso, non è facilmente trasferibile nell'attività quotidiana

STOPP & START criteria^{17,18}: sono elenchi di raccomandazioni sui farmaci per migliorare l'appropriatezza prescrittiva basati su due tipologie di criteri: classi di farmaci da non prescrivere nel paziente anziano (STOPP: Screening Tool of Older Person's Prescriptions) e classi di farmaci che sarebbero da prescrivere (START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). La prima versione dei criteri STOPP&START è stata validata e pubblicata nel 2008. Sono stati pubblicati sia studi osservazionali sia trial clinici che hanno applicato questi criteri ed è stata dimostrata una maggiore sensibilità e completezza di questo metodo rispetto ai criteri di Beers¹⁹.

A ottobre 2014 è stato pubblicato un aggiornamento ai criteri STOPP&START: le raccomandazioni sono passate da 87 a 114²⁰.

ALGORITMI DI DEPRESCRIZIONE

Ian Scott ha formulato una guida evidence-based in dieci passi per la deprescrizione^{21,22}. Il medico viene invitato ad avere un approccio proattivo alla sospensione o riduzione dei farmaci nei soggetti anziani. Il primo punto prevede, infatti, la presa in visione di tutti i farmaci che il paziente assume, incluse le molecole complementari e i farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione. Tale punto viene descritto come il metodo del *brown paper bag*: il paziente viene invitato a portare in un sacchetto tutti i farmaci che assume in maniera continuativa. In questo modo il medico potrà identificare i pazienti a rischio di ADR o con ADR in atto. I fattori di rischio in questo senso sono: più di otto farmaci, età superiore a 75 anni,

farmaci a elevato rischio di ADR (antitrombotici, insulina e ipoglicemizzanti orali, farmaci cardiovascolari, farmaci per il sistema nervoso centrale). Seguono gli altri otto passi che guidano verso la personalizzazione della terapia. Tuttavia tale approccio è complesso e non ha trovato applicazione pratica, richiedendo un percorso che male si sposa con i tempi ristretti che si possono avere nelle consultazioni quotidiane, specialmente per il medico di famiglia. Nel 2015 lo stesso Scott e altri autori hanno pubblicato su JAMA²³ un diagramma di flusso, costruito sulle premesse dei documenti precedenti. Tale documento è un'evoluzione sintetica e applicabile nel lavoro del medico pratico (**Figura 2**).

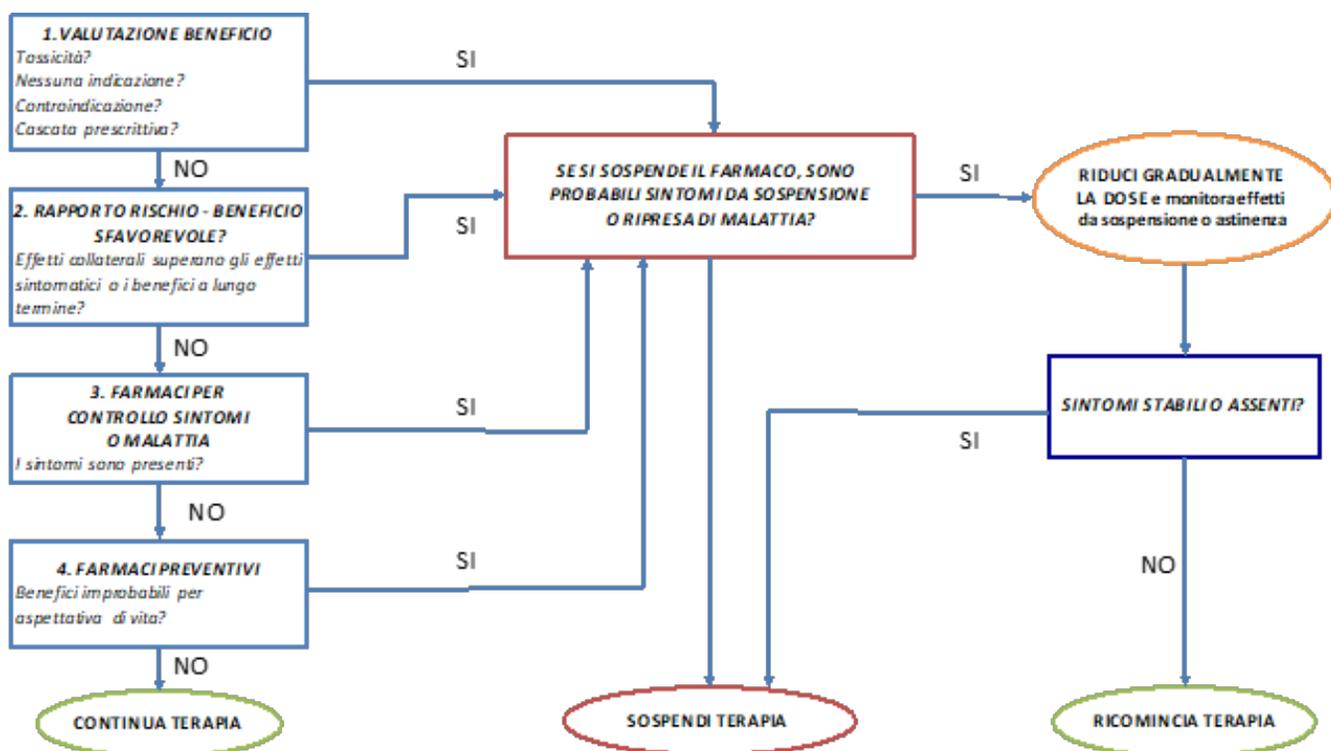


Figura 2
Algoritmo per decidere l'ordine e il modo con il quale alcuni farmaci potrebbero essere sospesi. *Tradotto da (21)*

È costituita da soli quattro passi e, partendo dalla verifica della terapia con il brown paper bag, prevede:

1. La valutazione del beneficio della terapia: vi è tossicità? Vi è indicazione terapeutica all'uso di quel farmaco? Vi sono controindicazioni o il farmaco è frutto di una cascata prescrittiva?
2. Vi è un rapporto rischio/beneficio sfavorevole, gli effetti collaterali superano gli effetti sintomatici o i benefici a lungo termine?
3. I farmaci sono stati prescritti per il controllo di sintomi o di una malattia acuta: i sintomi o la malattia sono ancora presenti?
4. I farmaci prescritti hanno un significato di prevenzione: i benefici di questa prevenzione sono improbabili per l'aspettativa di vita?

Se la risposta è no a tutti i punti si deve proseguire la terapia. Viceversa alla prima affermazione positiva si deve valutare se la sospensione del farmaco è sicura, ovvero se è probabile che alla sospensione compaiano sintomi da sospensione o ripresa della malattia: se la risposta è affermativa, prima di sospendere, si deve ridurre gradualmente la dose del farmaco e monitorare attentamente gli eventuali effetti da sospensione o da astinenza. Solo se i sintomi sono stabili o assenti si potrà così procedere alla eventuale sospensione della terapia.

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

Sicuramente da citare il sito www.deprescribing.org²⁴, un portale canadese che vede coinvolti medici e farmacisti nel tentativo di creare delle linee guida per la riduzione e/o sospensione dei farmaci in modo sicuro. Il loro sforzo è coronato dalla creazione di un crescente numero di algoritmi che consentono di avere in un colpo d'occhio tutte le evidenze e i consigli a oggi disponibili su come comportarsi in una particolare situazione clinica o patologia o gruppo terapeutico. A tale scopo possono essere di stimolo gli algoritmi già da loro prodotti su: PPI, Benzodiazepine, Antipsicotici atipici, Iperglicemizzanti orali (Figura 3).



September 2018

Antihyperglycemics Deprescribing Algorithm

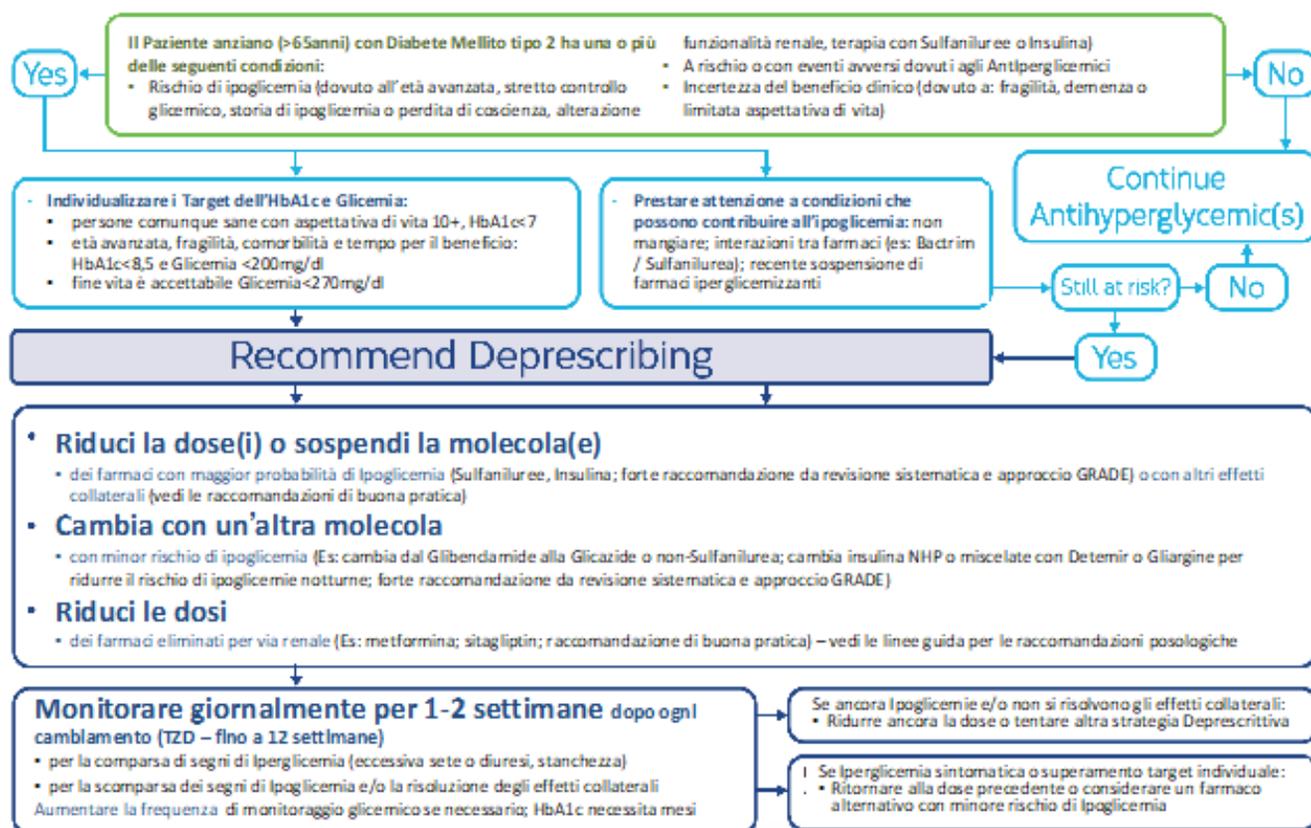


Figura 3
Algoritmo per la Deprescrizione degli Antiperipglicemizzanti

È d'obbligo infine citare Intercheck web, strumento del Mario Negri per l'appropriatezza che è oggetto di un articolo dedicato in questo stesso giornale.

MEDICI PAZIENTI E DEPRESCRIBING

È necessario porci ancora una questione: cosa pensano medici e pazienti del deprescribing?

Un'analisi dei dati di un questionario proposto ai medici di medicina generale di Parma evidenzia un giudizio favorevole al deprescribing nelle situazioni a rischio, anche se vi sono numerose barriere



all'attuazione del processo nella pratica clinica. Tali barriere sono rappresentate dalla paura di effetti da sospensione e di ripresa di malattia, dal timore di conflitto con i pazienti o i loro caregiver, dal rischio di parere contrastante tra i diversi professionisti che si occupano della terapia e dalla mancanza nelle linee guida di indicazioni sulla deprescrizione dei farmaci²⁴. Dati simili sono stati ottenuti da un questionario proposto ai medici di famiglia Torinesi (in corso di pubblicazione).

Un questionario proposto agli anziani seguiti da Medicare negli Stati Uniti ci racconta che i pazienti sono molto propensi a ridurre i farmaci assunti se è il loro medico di fiducia a proporlo²⁶. La riduzione dei farmaci assunti è quindi un processo che necessita di decisioni condivise tra medici e pazienti.

Bibliografia

- 1 Masnoon N, Shakib S, Kalish Ellet L, Caughey GE. *What is polypharmacy? A systematic review of definitions*. BMC Geriatrics 2017 OCT 10; (1) 230.
- 2 *L'uso dei Farmaci in Italia*. Rapporto nazionale anno 2018 dell'osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED) dell'Agenzia Nazionale del Farmaco (AIFA).
- 3 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet 380: 37–43, 2012. ►

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

- 4 Jacqui Wise. *Polypharmacy: a necessary evil*. MJ2013;347:f7033doi:10.1136/bmj.f7033 (Published 28 November 2013).
- 5 A. Cartabellotta. *Sospendere I farmaci negli anziani: un approccio evidence based*. Evidence Ottobre 2013.
- 6 A. Marengoni, G. Onder. *Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. A cascade of failure*. BMJ2015;350:h1059doi:10.1136/bmj.h1059 (Published 11 March 2015).
- 7 Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. *Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. BMJ 318:527-30, 1999.
- 8 Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. *Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?* BMJ 317:862-863, 1998.
- 9 Pizzini A. *Prescription of drugs in multimorbidity: When is it too much?* J AMD 2018 VOL. 21 N. 1 14-20.
- 10 Doan J, Zakrzewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. *Prevalence and risk of potential cytochrome P450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy*. Ann Pharmacother. 2013 Mar;47(3):324-32. doi:10.1345/aph.1R621. Epub 2013 Mar 12.
- 11 Thompson W, Farrell B. *Deprescribing: a narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action*. Eur J Intern Med. 2017;38:3-11.
- 12 Woodward MC. *Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications*. J Pharm Res. 2003;33:323-328. Accessed 1 June 2017.
- 13 A. Page, R. Clifford, K. Potter, C. Etherton-Beer. *A concept analysis of deprescribing medications in older people*. Journal of Pharmacy Practice and Research (2018) 48, 132-148 doi:10.1002/jppr.1361.
- 14 Garfinkel D, Mangin D. *Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults*. Addressing Polypharmacy Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-1654. doi:10.1001/archinternmed.2010.355.
- 15 Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. *The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis*. Br J Clin Pharmacol. 2016 Sep;82(3):583-623. doi:10.1111/bcp.12975. Epub 2016 Jun 13.
- 16 American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 63:2227-2246, 2015.
- 17 Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. *STOPP (Screening Tools Older Person's Prescription) and START (Screening Tools to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation*. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Feb;46(2):72-83.
- 18 O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, O'Connor M, Kennedy J. *STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age*. Eur Ger Med 1:45-51, 2010.
- 19 Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. *Effectiveness of the STOPP/START criteria: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies*. J Clin Pharm Ther. 2016 Apr;41(2):158-69. doi:10.1111/jcpt.12372. Epub 2016 Mar 17.
- 20 O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. Age Ageing. 2015 Mar;44(2):213-8. doi:10.1093/ageing/afu145. Epub 2014 Oct 16.
- 21 Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. *Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations*. BMJ Evid Based Med 18:121-124, 2013.
- 22 Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. *Effects of a drug minimization guide on prescribing intentions in elderly person with polypharmacy*. Drugs Aging 29:659-667, 2012.
- 23 Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjidic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. *Reducing Inappropriate Polypharmacy - The Process of Deprescribing*. JAMA Intern Med. 175:827-834, 2015.
- 24 The Canadian Deprescribing Network (CaDeN). *Optimizing Medication Use*. www.deprescribing.org, accesso del 17 febbraio 2017.
- 25 Djatche L, Lee S, Singer D, Hegarty SE, Lombardi M, Maio V. *How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing?* J Clin Pharm Ther. 2018;43:550-555. https://doi.org/10.1111/jcpt.12688.
- 26 Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. *Assessment of Attitudes toward deprescribing in older Medicare beneficiaries in the United States*. JAMA Intern Med. 2018 Dec 1;178(12):1673-1680. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4720.

Proposta di uno strumento di lavoro: INTERCheck

Luca Pasina

Unità di Farmacoterapia e Appropriately Prescrittiva

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Non sicuro | webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:https://www.intercheckweb.it/intercheckweb/

IRCCS **INTERCheck WEB** DONAZIONE

Drug-App. 2013.05/10: 821-7

LOGIN

Username/Email:

Password:

Ricorda Login

[Hai dimenticato la password?](#)

UTENTI ATTIVI: 8034

CONTATTI

intercheckweb@marionegri.it

STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.

INTERCheck è stato realizzato con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano attraverso un approccio di valutazione delle terapie che tiene in considerazione diversi aspetti della farmacologia geriatrica.

- Interazioni tra farmaci (database delle interazioni realizzato ed aggiornato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS).
- Farmaci potenzialmente inappropriati nell'anziano secondo differenti criteri della letteratura scientifica (Beers; START/STOPP).
- Valutazione del carico anticolinergico (Anticholinergic Cognitive Burden scale).
- Modalità di sospensione dei farmaci che necessitano riduzione graduale delle dosi.
- Dosaggio dei farmaci in soggetti con alterata funzionalità renale.
- Raccomandazioni di Choosing Wisely-Italy sulle terapie farmacologiche.
- Valutazione dei benefici e dei rischi attesi dalla terapia farmacologica attraverso l'impiego degli NNT&NNH.
- Algoritmo Garofalo/ADR Risk Score, per l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di effetti indesiderati da farmaco.
- Algoritmo Naranjo per la valutazione del nesso di causalità tra un farmaco ed un evento avverso.
- Algoritmo DIPS (Drug Interaction Probability Scale) per la valutazione del nesso di causalità evento avverso-interazione tra farmaci.

ISCRIZIONE AL SERVIZIO.

INTERCheck WEB è fornito gratuitamente dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del farmaco (medici, farmacisti e infermieri) che ne richiedono l'utilizzo. Per procedere all'iscrizione è necessario inviare una mail a intercheckweb@marionegri.it indicando il proprio nominativo, la professione svolta e il centro di appartenenza. Per i cittadini è invece attivo dalle 9.30 alle 12.30 un Servizio di Informazione sui Farmaci che è possibile contattare al numero: 02-3570319.

Eventuali donazioni saranno impiegate per sostenere la ricerca dell'Istituto, consentendo inoltre di mantenere aggiornato e attivo il sistema.

INTERCheck (www.intercheckweb.it) è un sistema di supporto alla prescrizione sviluppato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, con l'obiettivo di bilanciare rischi e benefici di una terapia attraverso una valutazione che consideri diversi aspetti della farmacologia, risultando per questo particolarmente adatto a valutare le terapie complesse dei soggetti trattati con un elevato numero di farmaci^{1,2,3}. In questi casi risulta infatti molto importante valutare non solo i rischi delle possibili interazioni, ma anche se tutti i farmaci prescritti sono realmente necessari o se vi sono trattamenti che dovrebbero essere sospesi a causa dell'alto rischio di effetti indesiderati. Lo strumento richiede

una registrazione gratuita ed è riservato agli operatori sanitari (medici, farmacisti e infermieri); consente di registrare le terapie di un paziente per poterle valutarle anche in un periodo successivo, in occasione di modifiche nel regime terapeutico. È disponibile anche l'app. Le informazioni fornite riguardano:

a. Interazioni tra farmaci: il database delle interazioni è realizzato e aggiornato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS sulla base delle informazioni contenute nella scheda tecnica dei farmaci, nelle note informative delle Agenzie Regolatorie e nelle pubblicazioni della letteratura scientifica. ▶

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica



b. Carico anticolinergico: viene fornita una valutazione dei farmaci che possiedono attività anticolinergica e che, essendo in grado di passare la barriera ematoencefalica, possono produrre effetti avversi a carico del sistema nervoso centrale. L'identificazione dei farmaci anticolinergici avviene attraverso l'utilizzo della scala ACB (*Anticholinergic Cognitive Burden scale*)⁴, che attribuisce ai farmaci un punteggio variabile (da 1 a 3) a seconda dell'entità degli effetti anticolinergici. La scala consente una valutazione del carico anticolinergico complessivo attraverso la somma algebrica dei punteggi dei farmaci inclusi: al crescere del punteggio complessivo aumenta il rischio di manifestare delirium o peggiori performance cognitive e/o funzionali. Particolare attenzione si dovrebbe porre alle terapie che globalmente forniscono un punteggio alla scala ACB superiore a 4 o 5. La scala risulta particolarmente utile nel caso di terapie complesse che espongono i soggetti ad alto carico anticolinergico, poiché sono molto numerosi i principi attivi che presentano modesti effetti anticolinergici (es. trazodone, warfarina, digossina, furosemide, metoprololo, prednisone ecc.) ma che possono contribuire a raggiungere un elevato carico anticolinergico. La scala è inoltre utile per l'identificazione dei principi attivi che possiedono minori effetti anticolinergici (es. citalopram, sertralina e mirtazapina tra gli antidepressivi; aloperidolo e risperidone tra gli antipsicotici).

c. Farmaci potenzialmente inappropriati nell'anziano: gli anziani rappresentano anche la popolazione più sensibile alle reazioni avverse da farmaco. Sono stati per questo proposti differenti criteri per l'identificazione dei farmaci ad alto rischio di reazioni avverse; quelli

che hanno trovato maggior impiego sono i criteri di Beers e START/STOPP^{5,6}. Sono noti come criteri espliciti per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e suggeriscono che un farmaco è da considerarsi potenzialmente inappropriato quando "il rischio di sviluppare eventi avversi supera il beneficio atteso dal trattamento, soprattutto se è disponibile un'alternativa di trattamento più sicura e/o efficace per la stessa condizione clinica". In entrambi i casi le raccomandazioni sono da ritenersi applicabili ai soggetti con età ≥ 65 anni. L'uso di questi criteri non deve prescindere dalla valutazione clinica e non va ritenuto adatto a valutare l'appropriatezza prescrittiva nei soggetti con limitata aspettativa di vita.

Altre informazioni fornite da INTERCheck e utili nella revisione delle terapie sono: le modalità di sospensione dei farmaci che necessitano riduzione graduale del dosaggio; le raccomandazioni di Choosing Wisely-Italy sulla terapia farmacologica; la valutazione dei benefici e dei rischi attesi dalla terapia farmacologica attraverso l'impiego dei valori NNT e NNH (Number Needed to Treat e Number Needed to Harm, ovvero numero di pazienti da trattare per avere un beneficio terapeutico e numero di pazienti da trattare per osservare un effetto avverso al trattamento). Al diminuire di NNT aumenta l'efficacia del trattamento per cui 1 è l'NNT ideale, poiché indica un successo terapeutico per ciascun paziente trattato. Questi valori sono importanti perché possono essere utili nel decidere se prescrivere un farmaco in relazione a un determinato obiettivo terapeutico (es. prevenire la mortalità o un evento grave) e possono essere usati come mezzo per standardizzare la comunicazione con i pazienti.

SONO STATI FATTI STUDI PER VEDERE SE È UTILE?

Sono stati condotti studi in diversi setting al fine di valutare l'utilità di INTERCheck nel ridurre i potenziali rischi associati alla terapia farmacologica. In due studi prospettici (uno condotto in un reparto di geriatria, l'altro in un campione di dieci RSA) si è osservata una riduzione significativa del numero di pazienti trattati con farmaci potenzialmente inappropriati, di quelli che ricevevano duplicati terapeutici (due o più farmaci della stessa classe terapeutica) e dei soggetti esposti a interazioni tra farmaci potenzialmente gravi. Un terzo studio per valutare il grado di corrispondenza tra la rilevanza clinica delle interazioni secondo INTERCheck e il giudizio personale dello specialista ospedaliero è stato condotto attraverso una revisione retrospettiva di un campione di cartelle cliniche di pazienti ricoverati nei reparti di medicina interna e di geriatria.

I farmaci con effetto preventivo non hanno alcun valore terapeutico se il tempo necessario per osservare il beneficio è superiore all'aspettativa di vita, e per questo motivo dovrebbero essere sospesi. Tuttavia, quest'attitudine non rientra nella normale pratica clinica

Lo studio ha evidenziato un elevato grado di corrispondenza, concludendo che l'uso di INTERCheck avrebbe portato a una diversa gestione delle prescrizioni (es. sospensione di almeno uno dei farmaci coinvolti nelle interazioni, aggiustamento dei dosaggi o avvio di un più attento monitoraggio).

SVILUPPI

Recentemente abbiamo condotto uno studio finalizzato alla descrizione delle terapie farmacologiche in relazione all'effetto preventivo o sintomatico nei pazienti in fine vita. L'obiettivo terapeutico in questi pazienti dovrebbe essere il controllo dei sintomi piuttosto che il prolungamento della vita. La nostra ricerca ha evidenziato che circa la metà dei pazienti in fine vita continuava a ricevere la prescrizione di almeno un farmaco con effetti preventivi, e dunque non più utile, fino al momento del decesso. I farmaci con effetto preventivo non hanno alcun valore terapeutico se il tempo necessario per osservare il beneficio è superiore all'aspettativa di vita, e per questo motivo dovrebbero essere sospesi. Tuttavia, quest'attitudine non rientra nella normale pratica clinica. Sulla base di questa esperienza un prossimo passo sarà quello di creare un modulo per fornire suggerimenti sui farmaci non necessari nel fine vita.

Bibliografia

1. Ghibelli S, Marengoni A, Djade CD, Nobili A, Tettamanti M, Franchi C, Caccia S, Giovarruscio F, Remuzzi A, Pasina L. *Prevention of inappropriate prescribing in hospitalized older patients using a computerized prescription support system (INTERcheck®)*. *Drugs Aging*. 2013 Oct;30(10):821-8.
2. Pasina L, Marengoni A, Ghibelli S, Suardi F, Djade CD, Nobili A, Franchi C, Guerrini G. *A Multicomponent Intervention to Optimize Psychotropic Drug Prescription in Elderly Nursing Home Residents: An Italian Multicenter, Prospective, Pilot Study*. *Drugs Aging*. 2016 Feb;33(2):143-9.
3. Antoniazzi S, Chiarelli MT, Nobili A, Pasina L, Venturini F. *The value of software that provides clinically relevant information on drug interactions*. *Eur J Intern Med*. 2015 Nov;26(9):e52-3.
4. Boustani M et al. *Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application*. *Aging Health* 2008;4(3):311-320
5. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8
6. *By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan 29. doi: 10.1111/jgs.15767

I RISCHI DELLA MULTIPRESCRIZIONE

Maurizio Dall'Acqua

Direttore Generale A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Annalisa Gasco

Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Il progressivo e costante processo di invecchiamento della popolazione, al quale si assiste ormai da qualche decennio, sta modificando sostanzialmente il contesto socio-demografico dei Paesi a economia avanzata. L'Italia, in particolare, risulta tra i Paesi con il più alto tasso di invecchiamento (% di over-65 sul totale della popolazione), collocandosi al terzo posto dopo Germania e Giappone¹.

Le proiezioni a medio termine non sono rassicuranti: nel 2045-50 in Italia si assisterà a un vero e proprio "picco di invecchiamento" con una quota di over-65 pari al 35%².

Parallelamente si assiste a una sostanziale transizione epidemiologica della patologia emergente, con una netta preponderanza di malattie cronicodegenerative legate all'età (25.000 nel 2028), sempre più spesso coesistenti nello stesso individuo³.

La multi-cronicità si accompagna al fenomeno della polypharmacy, definita come "somministrazione contemporanea di più di 5 farmaci"⁴ e ormai riconosciuta e accettata come "un male necessario"⁵: nella popolazione over-65 anni, la media dei farmaci assunti è pari a 6,7 sostanze per individuo, arrivando a 7,7 nei pazienti over-85. L'assunzione di un elevato numero di farmaci (pill-burden), spesso con schemi terapeutici complessi e di lunga durata, compromette la compliance del paziente alle terapie, con ripercussioni significative sulla qualità della vita, sull'efficacia delle terapie e sullo spreco di risorse economiche.

L'impatto sulla spesa sostenuta dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di un quadro demografico come quello descritto e prospettato dai più recenti rapporti internazionali, spinge a interrogarsi se un approccio dedicato al trattamento del "paziente anziano", oltre che a migliorare la sua qualità di vita, possa essere espressione e garanzia di maggiore sostenibilità a breve, medio e lungo termine.

È possibile modificare gli approcci, spostando il baricentro dell'assistenza "in acuto" verso quella "in cronico" e potenziare azioni che garantiscano la "continuità ospedale-territorio", volte a supportare il paziente affetto da una o più patologie croniche?

Per quanto riguarda le terapie farmacologiche, la risposta è affermativa. La Raccomandazione n. 17 del Ministero della Salute⁶ prevede da tempo un'attenta revisione dei tradizionali paradigmi terapeutici: il management del paziente polipatologico e/o politerapico dovrebbe prevedere l'introduzione del rischio di reazioni avverse ai farmaci (ADRs) come elemento integrante dell'approccio farmacologico, e un monitoraggio attento e puntuale della risposta alle terapie impostate, nell'ottica di una rivalutazione periodica dei trattamenti in corso e della semplificazione terapeutica.

Attraverso attività sistematiche e codificate di Ricognizione e Riconciliazione Terapeutica (RRT), è possibile agire su quelle "discrepanze non intenzionali" (interazioni farmacologiche, confondimenti, sovrapposizioni, ecc.) che possono causare danni al paziente (prolungamento della degenza, ADRs, ricoveri ripetuti ecc.), scarsa compliance e/o aderenza agli schemi terapeutici, ed effettuare un'armonizzazione delle terapie farmacologiche prescritte nei "momenti di transizione di cura"⁶.



L'esperienza maturata in questi anni ha altresì confermato che un'attività di RRT efficace e la conseguente armonizzazione delle terapie farmacologiche si realizzano solo attraverso la stretta collaborazione tra i professionisti che operano in ospedale e sul territorio

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la RRT una delle migliori strategie per garantire la qualità delle cure e la sicurezza per il paziente e raccomanda interventi per la prevenzione degli errori in terapia, spesso insiti nei regimi politerapici^{7,6}. Il Documento di Intesa Stato-Regioni del 2012⁸ la inserisce tra i criteri e i requisiti di accreditamento per le Strutture Sanitarie che a tal fine devono dimostrare di aver definito e implementato nella pratica clinica procedure operative che individuino i tempi e i modi per espletare i contenuti della Raccomandazione n.17, nonché gli attori coinvolti.

Negli ultimi due anni, l'A.O. Mauriziano di Torino, da tempo impegnata a proporre nuovi modelli di gestione integrata dei percorsi di cura, ha avviato tre progetti, tutt'ora in corso (in ambito nefrologico, onco-ematologico e internistico), che si propongono di affrontare il tema dell'armonizzazione delle terapie farmacologiche nei momenti di transizione di cura. La scelta dei contesti è avvenuta in accordo a quanto suggerito dalla stessa Raccomandazione Ministeriale n. 17, che individua nei pazienti cronici (con particolare riferimento a quelli in terapia con anticoagulanti, antidiabetici e immunosoppressori) e in quelli oncologici, quelle caratteristiche di particolare fragilità per le quali la RRT è, a tutti gli effetti, un'attività "eticamente necessaria".

L'approccio multidisciplinare clinico-farmacista-infermiere, che si configura anche momento di crescita professionale per ciascuna figura coinvolta, e il supporto di strumenti di Information and Communication Technologies (ICT), che consentono di effettuare la RRT contestualmente alla visita, sono gli aspetti innovativi di questa sperimentazione che fa propri i contenuti della Raccomandazione n. 17, dimostrando come l'armonizzazione di terapie prescritte da specialisti diversi a un unico paziente e/o di schemi terapeutici complessi sia una carta vincente per migliorare l'aderenza, evitare gli sprechi e, in sintesi, promuovere l'appropriatezza terapeutica intesa come efficacia, sicurezza e sostenibilità dei trattamenti farmacologici.

L'esperienza maturata in questi anni ha altresì confermato che un'attività di RRT efficace e la conseguente armonizzazione delle terapie farmacologiche si realizzano solo attraverso la stretta collaborazione tra i professionisti che operano in ospedale e sul territorio. Per questo motivo i progetti aziendali in essere, forti dei risultati raggiunti, evolvono verso la definizione di modelli che prevedano il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale, figura strategica ai fini della trasmissione e dello scambio puntuale dei dati per la completa presa in carico del paziente in ogni ambito di cura.

Bibliografia

1. OECD. *Rapporto 2015 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) - Ageing: Debate the Issues*. 2015.
2. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Report stime indicatori demografici*. 2019.
3. Agenzia Italiana del Farmaco. *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (Osmed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale*. Roma: s.n., 2018.
4. WHO in Aging and Health Technical Report. *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. 2004.
5. Jacqui Wise, freelance journalist. *Polypharmacy: a necessary evil*. BMJ. 47, 2013, Vol. 7033.
6. Salute, Ministero della. *Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*. Dicembre 2014.
7. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in Sanità: il problema degli errori*. s.l.: Ministero della Salute, 2003.
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri del Governo italiano. *Accordo Stato Regioni n. 179*. 26 settembre 2012.



DEPRESCRIZIONE: IL RUOLO DEL MMG

Andrea Pizzini

Medico di Famiglia - ASL Città di Torino

Membro della Commissione Formazione dell'OMCeO Torino

Pier Riccardo Rossi

Medico di Famiglia - ASL Città di Torino

Membro della Commissione Promozione e Appropriattezza delle Cure dell'OMCeO Torino

LA MULTIMORBILITÀ: UN PROBLEMA AL QUALE LE LINEE GUIDA NON SANNO DARE RISPOSTA

Nel 2005 è stato pubblicato un articolo su JAMA scritto da Cynthia Boyd¹ in cui si evidenziava come per un'ipotetica, ma più che realistica, paziente di 79 anni con le cinque patologie croniche più frequenti – ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), osteoartrosi e osteoporosi – non fosse possibile applicare le linee guida: se si provava a “sommare” le singole indicazioni tratte dalle linee guida, si avevano: 12 farmaci in 21 somministrazioni giornaliere, 4 attenzioni giornaliere nell'assumere i farmaci, 5 consigli dietetici da considerare contemporaneamente ai tre pasti, 5 diverse modalità di svolgere l'attività fisica, 8 compiti per il paziente, 10 compiti per il medico di famiglia. Inoltre, si sarebbe dovuto tenere conto di: 7 interazioni tra farmaci, 7 interazioni dei farmaci con altre patologie presenti, 9 interazioni con il cibo, 2 incompatibilità di dieta, 3 incompatibilità di attività fisica. Non è infrequente per il medico di famiglia incontrare un paziente almeno simile a quello descritto da Cynthia Boyd. In questi numerosi casi la mera messa in atto delle linee guida non può trovare applicazione. Numerosi articoli^{2,3} hanno evidenziato diversi problemi legati alle linee guida, ma quello che a oggi rimane irrisolto è legato alla loro trasferibilità clinica; infatti, l'utilità delle linee guida dipende in ultimo dalla capacità del medico di interpretarle con la flessibilità richiesta dalle variabilità presenti nel singolo paziente (multimorbilità - politerapia - preferenze)⁴: si potrebbe provocatoriamente sostenere che il medico deve conoscere le linee guida per poterle eventualmente non applicare.

In un articolo pubblicato sul BMJ da un gruppo di *general practitioner* di Cambridge, le linee guida vengono descritte come la “nuova Torre di Babele”⁵: i colleghi inglesi hanno fisicamente impilato le 855 linee guida utilizzate dai *general practitioner* della loro città, raggiungendo: un'altezza di 68 cm e un peso di 28 kg; concludono che il *general pratic-* ▶

Se le linee guida sono state create per implementare il miglioramento del trattamento dei malati affetti da una patologia cronica, esse non trovano utilità nel dirimere la scelta del miglior trattamento per le ormai sempre più numerose persone con più di una patologia cronica

tioner gestisce da solo il 90% dei problemi che gli si presentano, e ha bisogno di informazioni pratiche per gestire decisioni spesso difficili e complesse. La “massa di carta” che hanno raccolto rappresenta certo una grande mole di informazioni, ma queste non sono in grado di aiutare il loro processo decisionale: il sovraccarico di informazioni, anche se di buona qualità, può corrispondere a nessuna informazione.

Se le linee guida sono state create per implementare il miglioramento del trattamento dei malati affetti da una patologia cronica, esse non trovano utilità nel dirimere la scelta del miglior trattamento per le ormai sempre più numerose persone con più di una patologia cronica, semplicemente perché non sono create a tale scopo. Il problema tuttavia è che ormai la maggior parte dei malati presentano una multimorbilità: in uno studio condotto in Inghilterra si è visto, ad esempio, che se prendiamo in considerazione le dieci più frequenti patologie croniche in medicina generale come patologia indice, possiamo constatare come la maggior parte dei malati ha contemporaneamente con un'elevata probabilità anche le altre nove patologie⁶:

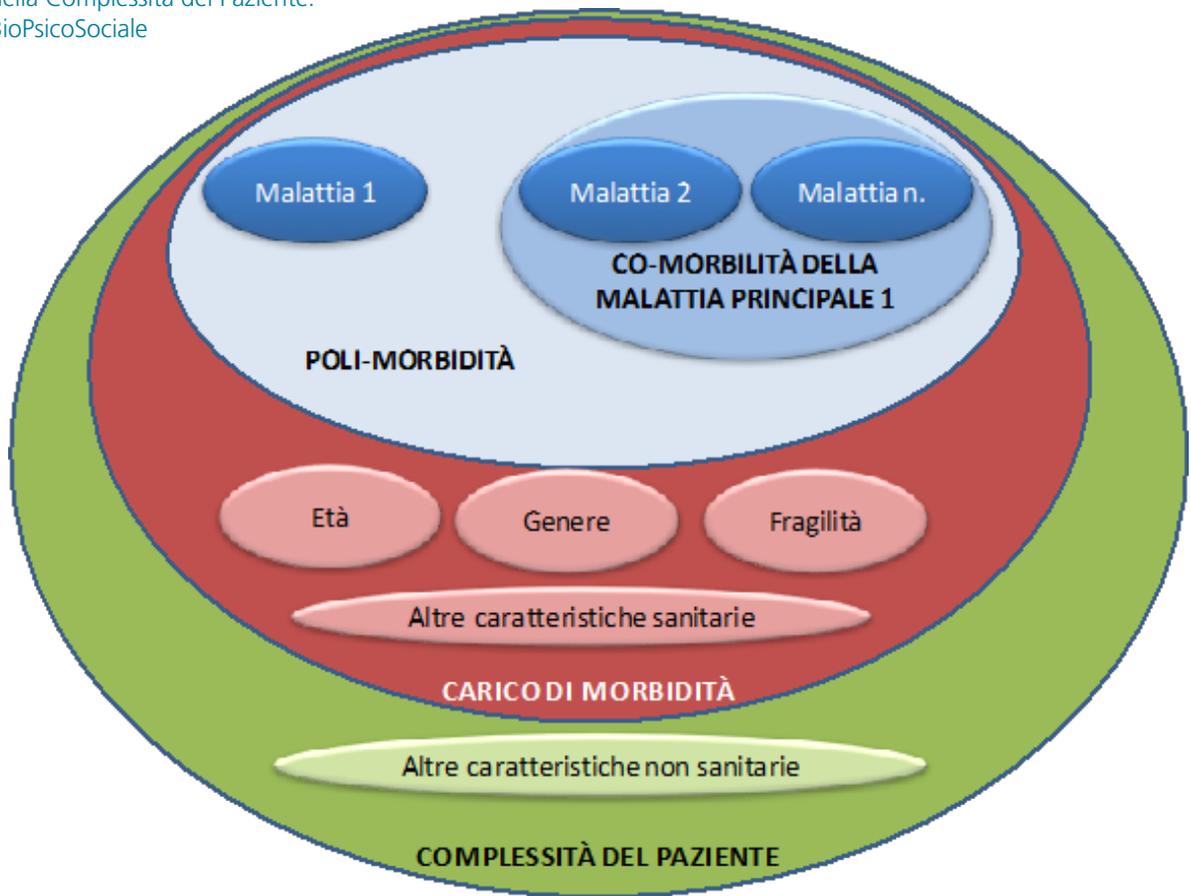
- per i pazienti con scompenso cardiaco ad esempio il 57% è anche affetto da ipertensione arteriosa, il 59% da cardiopatia ischemica, il 16% da ictus, il 26% da fibrillazione atriale, il 23% da diabete, il 18% da BPCO, il 23% da dolore cronico, il 17% da depressione e il 4% da demenza;
- per i pazienti con diabete mellito ad esempio il 54% è anche affetto da ipertensione arteriosa, il 23% da cardiopatia ischemica, il 6% da scompenso cardiaco, 9% da ictus, il 6% da fibrillazione atriale, il 8% da BPCO, il 21% da dolore cronico, il 18% da depressione e il 2% da demenza.

Il dato che colpisce di questo aspetto è che solo una piccola percentuale di pazienti è affetta solo dalla patologia indice: ad esempio solo il 3% è affetto da solo scompenso cardiaco, solo il 17% da solo diabete mellito, solo il 8% da sola cardiopatia ischemica, solo il 5% da sola demenza ecc. La conclusione è che per un medico di famiglia una linea guida che non tiene conto delle multimorbilità non è utilizzabile se non in un ristrettissimo numero di pazienti: un'indicazione valida per il 3% dei pazienti con scompenso cardiaco (quelli con solo quella patologia) non può essere di alcuna utilità pratica! Questo riflette il fatto che le evidenze cliniche non possono più essere automaticamente traslate nella pratica quotidiana, dove la multimorbilità è la condizione più comune⁷.

Un altro aspetto nuovo di cui il medico di famiglia deve tenere conto è che oggi i pazienti non devono più subire solo il peso dei sintomi che le malattie da cui sono affetti gli procurano, ma anche l'onere dei trattamenti che queste comportano (sotto forma di procedure e/o terapie)⁸. Oggi ai pazienti viene chiesto di essere parte attiva nel processo di cura delle proprie condizioni cliniche, ma è anche vero che essi hanno un carico di compiti e impegni sempre più gravoso e di questo ogni sanitario dovrebbe tener conto⁹: si sente sempre più la necessità di una medicina che valuti anche di questo aspetto, un approccio alla cura del paziente che enfatizzi le preferenze individuali, tenga conto di multimorbilità, e cerchi di ridurre il carico di lavoro per il paziente e il caregiver¹⁰. La domanda più semplice che ogni sanitario dovrebbe farsi è: “Può il paziente fare veramente quello che gli sto chiedendo di fare?”.

Ci vorrebbe la sensibilità e la capacità di identificare quelle condizioni e/o quei pazienti nei quali la complessità delle condizioni presenti dovrebbe far sì che il medico modifichi il suo modo di agire, adottando una medicina più rispettosa e meno invasiva. In medicina generale sono pochi gli strumenti clinici che permettano di identificare tali situazioni. Infatti, ci vuole uno strumento che consenta di valutare rapidamente, ma al contempo rigorosamente, tutti gli aspetti che costituiscono le caratteristiche sanitarie e non sanitarie importanti del paziente: un approccio olistico (tipico della medicina di famiglia) che possa al contempo tenere presente l'aspetto bio-psico-sociale (**Figura 1**). Esiste allo studio una scala che prende in considerazione tale aspetto che non è sinonimo di semplice fragilità, ma si spinge a considerare la complessità e vulnerabilità del paziente¹¹.

Figura 1
Rappresentazione grafica
della Complessità del Paziente:
BioPsicoSociale



Perché come afferma un editoriale di JAMA¹², c'è un modo semplice per ottimizzare l'Evidence-Based Medicine, ovvero incorporare nelle linee guida le preferenze dei pazienti: "Le linee guida tendono a semplificare l'approccio al paziente ammalato, ma i medici dovrebbero ricordarsi che prendersi cura dei pazienti dovrebbe essere una cosa complessa".

Riassumendo possiamo affermare che:

- le linee guida fino a oggi hanno solo indicato quando iniziare una terapia, ma non quando smetterla
- le linee guida sono fatte su una popolazione selezionata distante dalla "real life"
- le linee guida non tengono conto delle multimorbilità del paziente
- le politerapie sono tutte le volte un "esperimento empirico" e vanno affrontate dal medico curante
- più di otto farmaci hanno sicuramente degli effetti negativi sul paziente
- il carico per il paziente sta diventando insostenibile
- si deve tenere conto anche delle opinioni del paziente

RIDURRE I FARMACI: COME AGIRE NELLA MULTIMORBIDITÀ

Nella pratica clinica molti pazienti assumono molti farmaci: ma da dove deriva tutto questo? In genere accade che nel corso della vita di un paziente, con il presentarsi di determinate situazioni cliniche, la bilancia dei rischi e dei benefici faccia sì che le evidenze di indicazione e le evidenze di efficacia siano di maggior peso rispetto ai potenziali rischi determinati dall'intervento clinico. Tuttavia, con il passare del tempo o con il mutare delle condizioni bio-psico-sociali di quel paziente, possono sopraggiungere delle situazioni che spostano questo delicato equilibrio: queste possono essere dovute a cambiamenti correlati all'età, effetti collaterali, difficoltà nella metabolizzazione ed eliminazione dei farmaci, presenza di molte condizioni cliniche contemporaneamente o di molti farmaci, interazione tra farmaci. ►

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica



Questo deve portare alla considerazione che per alcuni pazienti, in alcune condizioni, può essere opportuno pensare a deprescrivere.

Per deprescrizione si intende "il processo pianificato e supervisionato di riduzione della dose o sospensione di quei farmaci che potrebbero causare danni o che non offrono più alcun beneficio", riducendo i farmaci in modo sicuro per adeguarsi ai cambiamenti della vita¹³.

LA DEPRESCRIZIONE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA: UNA NECESSITÀ EVIDENCE-BASED

Le linee guida dovranno dunque dare informazioni anche sulla deprescrizione nel campo della patologia cronica presa in esame, e infatti alcune hanno già iniziato ad affrontare tali aspetti: ad esempio la diabetologia ha già da anni inserito concetti di copresenza di altre patologie croniche, su come monitorare l'uso di alcuni farmaci, come adattare le terapie e i target al mutare delle condizioni dei pazienti e come monitorare tali aspetti. Tuttavia si è ancora lontani da un sistematico approccio alla deprescrizione nell'operato quotidiano dei medici, che sono ancora propensi ad aggiungere nuovi farmaci senza tenere conto di cosa già il paziente assume, piuttosto che a rivedere l'intera terapia. Non è infrequente oggi trovare dei pazienti che assumono un numero ben superiore a otto farmaci!

Il percorso che porterà alla presa di coscienza della necessità di adottare un approccio diverso ai pazienti affetti da patologie croniche è ormai iniziato. Per molti di loro è necessario pensare alla deprescrizione come a un momento indispensabile per garantire la salute e il benessere secondo un approccio *evidence-based*. Ogni clinico deve considerare che quando si prescrivono a un paziente più di cinque farmaci in terapia cronica gli effetti di tale terapia possono essere imprevedibili: bisognerebbe tutte le volte affrontare tali situazioni con lo spirito di un esperimento scientifico in cui non si può dare per scontato a priori l'esito dei risultati.

Tutti noi siamo stati formati fino a oggi a prescrivere i farmaci. Dovremo imparare anche a ridurli e se serve a toglierli: ci sono voluti molti anni per imparare come e quando somministrare un farmaco in modo appropriato, possiamo quindi immaginare che ci vorranno molti anni per imparare quando è opportuno ridurre o togliere lo stesso farmaco. Anzi, personalmente penso che la prescrizione di un nuovo farmaco in un paziente con più condizioni croniche sia più semplice della sua sospensione, non fosse altro perché il paziente in genere non se lo aspetta.

Per dipanare la complessa matassa della deprescrizione ci vuole un momento da cui iniziare e a mio parere si dovrebbe partire non tanto dall'età del paziente, ma più dal già citato concetto di complessità del paziente: in particolare modo, se vogliamo essere molto pratici, penso che il punto per un eventuale inizio di un processo di deprescrizione debba vedere coinvolti i pazienti che assumono più di otto farmaci in modo continuativo.

Bibliografia

1. 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 diseases*. JAMA 294:716-724, 2005.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet 380: 37-43, 2012.
3. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, Mannucci P, Pecorelli S, Marengoni A. *Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS)*. Eur J Intern Med 26:157-159 2015.
4. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. *Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. BMJ 318:527-30, 1999.
5. Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. *Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?* BMJ 317:862-863, 1998.
6. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo MET, Mercer SW. *Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity*. BMJ 345:e6341, 2012.
7. Ware JH, Hamel MB. *Pragmatic Trials - Guides to Better Patient Care?* N Engl J Med 364-18:1685-1687, 2011.
8. Mair FS, May CR. *Thinking about the burden of treatment*. BMJ 349:g6680, 2014.
9. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. *Understanding Patients' Experiences of treatment burden*. Ann Fam Med 9:235-243, 2011.
10. May C, Montori VM, Mair FS. *We need a minimally disruptive medicine*. BMJ 339:b2803, 2009.
11. Pizzini A, Marrocco W, D'Ingianna AP, Marri G. *The Biopsychosocial Vulnerability in Primary Care*. J Health Sci 5:159-165, 2017.
12. Montori VM, Brito JP, Hassan Murad MH. *The Optimal Practice of Evidence-Based Medicine*. JAMA 310:2503-2504, 2013.
13. The Canadian Deprescribing Network (CaDeN) - *Optimizing Medication Use*, www.deprescribing.org, accesso del 17 febbraio 2017.

IL RUOLO DEL MEDICO OSPEDALIERO

Patrizia Marino

Dirigente Medico SC Medicina Interna PO Rivoli - ASL TO3

Il tema della deprescrizione medica è diventato di stringente attualità, pur essendo emerso dalla fine degli anni '90.

Nel frattempo la ricerca scientifica ha prodotto nuovi farmaci e le società scientifiche nuove linee guida, creando uno scenario in cui il medico dispone di più armi terapeutiche, ma sempre più costose, mentre il paziente ha accresciuto le proprie aspettative di cura.

Le statistiche sulla politerapia sono allarmanti: dai 65 anni di età i pazienti che assumono da 5 a 9 farmaci sono circa il 50%, ed intorno al 12% quanti ne assumono 10.

Nella popolazione generale, tra i pazienti che assumono almeno cinque farmaci, un terzo sperimenta ogni anno una reazione avversa, di cui oltre il 25% è evitabile.

I medici ospedalieri come i colleghi del territorio hanno il dovere di assicurare le cure appropriate a tutta la popolazione. La stessa Convenzione di Oviedo all'Articolo 3 (Accesso equo alle cure sanitarie) del Capitolo I (Disposizioni generali) recita: Le Parti prendono, tenuto conto dei bisogni della salute e delle risorse disponibili, le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata. *Oviedo, 4 aprile 1997.*

La politerapia inappropriata può aumentare il rischio di effetti collaterali e di interazioni, inoltre incide negativamente sulla compliance, sulla aderenza alle stesse terapie e sulla qualità di vita del paziente.

Le problematiche crescono esponenzialmente nei pazienti anziani.

Il ricovero ospedaliero rappresenta un'occasione unica per attuare processi atti ad ottimizzare la terapia del paziente.

Nella realtà clinica il paziente viene spesso dimesso con un numero di farmaci superiore rispetto all'ingresso, perché vengono applicate le linee guida per singola patologia, perché l'attenzione è concentrata sulla condizione acuta, perché bisogna rispondere alle aspettative di pazienti e di familiari oggi più attenti e informati, o spesso disinformati, perché non esiste ancora una letteratura scientifica così corposa da consentire la stesura di linee guida anche sulla deprescrizione.

Eppure non sono i rari i casi di ospedalizzazioni per reazioni avverse scambiate come nuove malattie, mentre diventa sempre più difficile aggiornare le conoscenze in materia di farmacologia e tossicologia soprattutto rispetto a farmaci nuovi più potenti.

Inoltre la popolazione anziana che affolla i nostri reparti, quella più a rischio di politerapia, viene spesso esclusa dai grossi trial clinici, mentre è più forte la richiesta di poter accedere comunque alle terapie e alle procedure più recenti, per le quali non esistono ancora grossi dati di real life.

Durante la degenza ospedaliera il medico ha l'occasione di instaurare un rapporto fiduciario con il paziente e i suoi familiari tale da consentirgli di esprimere con autorevolezza



le decisioni cliniche prese. Diventa viepiù importante instaurare una buona relazione, basata sulla comunicazione che inizia dall'ascolto delle istanze del paziente.

Mutuando la guida alla deprescrizione in 10 step nei soggetti anziani formulata da Scott et coll. (*Scott IA, Martin JH, Gray LA, et al. Minimising inappropriate medication use in older populations-a 10 step conceptual framework. Am J Med 2012;125:529-37.*), si può assumere un atteggiamento proattivo alla deprescrizione, incastonandolo perfettamente nel processo di cura.

Al momento della ammissione, durante la raccolta anamnestica il paziente o il care giver devono fornire l'elenco dei farmaci che il paziente assume, comprendendo anche quelli non soggetti ad obbligo di ricetta, annotando bene gli orari di assunzione e insistendo sul conoscere la reale aderenza a tali terapie.

Nei soggetti in trattamento polifarmacologico si deve valutare il grado di tossicità presente e futura di ciascun farmaco e soprattutto valutare bene le interazioni.

Per questo ci si può affidare a molti strumenti, anche informatici: Criteri di BEERS, Criteri START and STOPP, ACB (valutazione carico anticolinergico), la piattaforma Interchekweb Mario Negri, il Canadian Deprescribing Network.

Un altro elemento decisionale importante, che scaturisce anche dall'iter clinico durante la degenza, è la valutazione dell'aspettativa di vita.

Un paziente affetto da patologie croniche end stage o oncologico senza indicazione a terapie attive o grande anziano, non trarrà vantaggio da farmaci prescritti per la prevenzione a lungo termine, come ad esempio i bifosfonati per l'osteoporosi o le statine per le malattie cardiovascolari.



focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

Nel corso del ricovero, dopo aver raccolto accuratamente tutte le notizie cliniche ed aver visionato la documentazione disponibile, si devono ridefinire le diagnosi con cui il paziente risulta etichettato, eventualmente ristadiando le patologie croniche, laddove non vi sia un programma di follow up, o almeno fornendo un percorso a tale scopo nel postricovero.

Individuati i farmaci non appropriati è necessario mettere a frutto il lavoro di relazione costruito e confrontarsi con il paziente e/o con il care giver, esplicitando le ragioni della loro eventuale sospensione, spiegando come farlo gradualmente laddove necessario.

Questo processo di cura deve risultare ben documentato nella relazione di dimissione, anche producendo i risultati di eventuali algoritmi informatici utilizzati, prevenendo il coinvolgimento del medico curante o di altri specialisti per l'inquadramento generale del paziente o per il successivo monitoraggio.

Anche la prescrizione di un nuovo farmaco richiede un momento di confronto per istruire il paziente o il care giver sul suo utilizzo.

Se il farmaco prescritto va sospeso nel tempo, o ne va modificata la somministrazione sulla base dell'andamento clinico, vanno fornite precise indicazioni per il monitoraggio.

Questo appare come un ulteriore carico di lavoro nei nostri reparti, cui è richiesto di ottimizzare il tempo di cura. Ma se cambiassimo il nostro approccio culturale, restituendo a noi stessi il ruolo di clinici che curano il malato nella sua globalità, se applicassimo valutazioni multidimensionali e affrontassimo l'evento acuto nel quadro delle comorbidità che ne condizionano la prognosi e la terapia, potrebbe questo processo diventare automatico.

All'interno della Commissione Promozione ed Appropriatezza delle cure proponiamo di implementare l'utilizzo di strumenti di deprescrizione all'interno delle realtà ospedaliere, proponendoli ad esempio in reparti pilota.

È auspicabile perciò pensare all'organizzazione della formazione, per superare la barriera culturale, conoscere i principi della Slow Medicine, le raccomandazioni di Choosing Wisely-Italy, gli strumenti informatici, la letteratura, le esperienze di altre realtà sanitarie.





Deprescrivere: un intento realizzabile?

Aldo Mozzone

Medico di Famiglia - ASL Città di Torino

Coordinatore della Commissione Formazione dell'OMCeO Torino

Un gruppo di formatori Medici di Medicina Generale (MMG) dell'ASL Città di Torino, presa coscienza del fatto che un gran numero di assistiti, specie anziani e affetti da più patologie croniche, arrivi ad assumere dieci o più farmaci quotidianamente, a partire dal 2017 si è confrontato sui meccanismi che sono all'origine di queste situazioni e su quali iniziative sarebbe stato possibile intraprendere per contribuire ad affrontare il problema. In particolare si è interrogato su quale difficile equilibrio debba rispettare il medico prescrittore tra evidenze scientifiche di efficacia dei farmaci, linee guida non sempre applicabili alla singola persona con le sue particolari caratteristiche, necessità di agire nel trattamento delle singole patologie da un lato e interazioni tra i farmaci, somma dei loro effetti collaterali, cambiamenti correlati con l'età dall'altro. Ci siamo inoltre confrontati su quanto sia difficile deprescrivere, quanto difficile sia spiegare ai propri assistiti che la somma dei farmaci consigliati, magari da diversi professionisti consultati, possa essere dannosa più che utile alla salute. L'attenzione si è concentrata in particolare sulla popolazione anziana che, per il sommarsi di diverse patologie, per la obiettiva difficoltà di seguire fedelmente le dosi e le frequenze di somministrazione dei farmaci consigliate, per la possibilità di venire a contatto con molteplici prescrittori, rappresenta la popolazione più a rischio verso l'eccesso di prescrizioni farmacologiche. ▶

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

Per dare un proprio contributo concreto, dopo la necessaria analisi della letteratura scientifica sul tema (dati epidemiologici, evidenza del problema, criteri di deprescrizione), il gruppo, operante nella Scuola Piemontese di Medicina Generale Massimo Ferrua, ha elaborato e proposto un corso di formazione per MMG. Successivamente lo stesso tema è stato oggetto anche di un progetto di buone cure per tutti i MMG della ASL della Città di Torino per il 2019. E ancora, è stato promosso un Convegno sul tema tenutosi presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino a Villa Raby l'8 giugno 2019, occasione per la necessaria condivisione tra medici operanti sul territorio e medici ospedalieri, di competenza specialistica o generica. Tale Convegno è stato voluto e promosso da due Commissioni del nostro Ordine Provinciale (Promozione e appropriatezza delle cure e Formazione permanente e accreditamento formativo).

Il Corso di formazione, a cui ha partecipato la quasi totalità dei medici convenzionati con la Asl Città di Torino, si è svolto nel 2018 in due sessioni serali di tre ore per 19 gruppi di circa 40 MMG, una in primavera e la seconda in autunno, per un totale di 38 edizioni. Lo stesso pacchetto formativo, riformulato in una giornata unica di sei ore, è stato presentato anche ad Asti (3 edizioni) e in ASLTO3 (3 edizioni).

Titolo del corso: Come e quando è necessario deprescrivere?

QUESTO IL RAZIONALE DEL CORSO

Molti assistiti del MMG, specie anziani e affetti da patologie croniche, assumono un consistente numero di farmaci. Ciò comporta il rischio del sommarsi degli effetti collaterali, interazioni farmacologiche pericolose e mette a rischio la compliance anche per le terapie irrinunciabili. Tra i compiti del MMG vi è quello di gestire la terapia del proprio assistito vigilando tra l'altro sul fatto che il ricorso a diverse consulenze specialistiche non si trasformi in una somma incontrollata di prescrizioni farmaceutiche. In particolare ci sono alcune categorie di farmaci che, assunti ormai da tempo, è difficile poter sospendere pur in presenza di motivazioni cliniche che lo richiedono. Le categorie più spesso coinvolte sono ad esempio gli inibitori di pompa protonica, le benzodiazepine, i FANS, e altre ancora.

Il Corso nasce con la finalità di sensibilizzare i partecipanti sul problema della contemporanea assunzione di numerosi farmaci da parte dei propri assistiti con i conseguenti rischi correlati al diverso profilo di rischio nella popolazione anziana e non, specie in particolari condizioni cliniche (ad esempio persone affette da insufficienza renale cronica). Il Corso si propone in particolare di formare il medico affinché sia in grado di valutare attentamente i pericoli connessi con l'assunzione di un eccessivo numero di farmaci e si impadronisca delle metodiche di deprescrizione, quando essa si renda necessaria.

OBIETTIVO FORMATIVO

Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di:

- definire sulla base delle evidenze gli obiettivi assistenziali e le priorità
- identificare tra i propri assistiti le situazioni più a rischio
- identificare i farmaci potenzialmente inappropriati
- costruire una graduatoria di priorità per agire in modo efficace
- applicare le tecniche di deprescrizione

ABSTRACT DEL CORSO

Confronto con i partecipanti che sono invitati a esprimere la loro esperienza nel campo della deprescrizione: in particolare su quanto è sentita come esigenza professionale a tutela della salute dei propri assistiti, quali difficoltà si incontrano, quali sono le categorie di farmaci su cui è prioritario agire.

Viene affrontata la problematica del largo utilizzo di farmaci inibitori di pompa protonica, spesso come risultato di prescrizioni indotte in ambito specialistico. Presentazione e discussione su casi esemplificativi.

Discussione con i partecipanti sulla assunzione cronica di benzodiazepine e sulle difficoltà di evitare abusi.

Sono introdotte alcune nozioni sulle modalità per deprescrivere (American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria, Start and Stopp, GIMBE. Antonino Carabellotta: *Sospendere i farmaci: un approccio Evidence-Based* 2013).

Confronto su esperienze di applicazione delle tecniche di deprescrizione e su eventuali risultati ottenuti nel periodo intercorso tra le due sessioni.

Presentazione e discussione di casi esemplificativi circa l'assunzione cronica di Farmaci Antinfiammatori non Steroidei (FANS).

Sono affrontate altre categorie di farmaci di potenziale interesse per la deprescrizione in quanto a rischio di interazioni e di effetti collaterali legati all'uso cronico.

Le metodologie didattiche utilizzate sono state quelle del confronto/dibattito con i medici partecipanti e della presentazione di problemi e casi clinici in plenaria.

A tutti i partecipanti è stato somministrato un test finale di apprendimento e uno di gradimento come da normativa ECM. ▶

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

CONCLUSIONE

L'adesione e la partecipazione alle attività didattiche costituisce la testimonianza di un primo obiettivo raggiunto: sensibilizzazione e confronto tra MMG su un tema non agevole da affrontare. Per quanto riguarda gli outcome, in particolare le ricadute a distanza, alcuni risultati potranno essere individuati con l'analisi delle schede raccolte con i progetti correlati.

Al termine del corso è stata mostrata ai partecipanti una frase che costituisce uno spunto di ragionamento e riflessione sulle terapie prescritte:

"...è necessario essere consapevoli che, se in certi casi l'esito favorevole delle cure da noi prestate è molto verosimilmente conseguenza della nostra competenza e abilità, in altri casi le nostre azioni terapeutiche potrebbero avere molto meno a che fare con la guarigione del paziente di quanto a noi piaccia pensare." (Antonio Ferrero. *Teoria dei sistemi complessi e determinismo in medicina*. Torino Medica, luglio-agosto 2014, pg. 27).

Alle varie edizioni del corso hanno partecipato in qualità di formatori i MMG:

Marco Araldi - Sabina Bianchi - Gianni Boella - Matteo Caposieno - Enrico d'Alessandro - Giuseppe Di Gravina - Ruggero Fassone - Roberto Mandas - Simonetta Miozzo - Paolo Morato - Aldo Mozzone - Claudio Nuti - Rosario Parisi - Patrizia Piano - Andrea Pizzini - Graziella Raiteri - Pier Riccardo Rossi - Angelo Rumore - Angelica Salvadori - Federico Stropiana - Franco Torta - Marzio Uberti - Sara Vitali

Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up
Odontoiatria **NEW**

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino
tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00



CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.

Armonizzazione terapeutica: un'esperienza modenese

Oreste Capelli *

responsabile Servizio Epidemiologia dei servizi e Governo Clinico

Matteo Morandi *

Appropriatezza prescrittiva, Staff di Direzione Sanitaria

Caterina Ricci *

Cardiologa Ambulatoriale

Mariangela Ghelfi *

Direttore Servizio Farmaceutico Territoriale

** Membri del Gruppo Multiprofessionale*

"Armonizzazione Terapeutica (Ar.Te.) delle Cure" dell'AUSL di Modena

Nel corso del 2017, allo scopo di perseguire l'Obiettivo Regionale di contenimento dell'utilizzo di farmaci Inibitori di Pompa Protonica, è stato prodotto un documento di indirizzo interaziendale nel quale si è iniziato a parlare di schemi di sospensione (deprescrizione) dei PPI prescritti in modo inappropriato per quantità e durata.

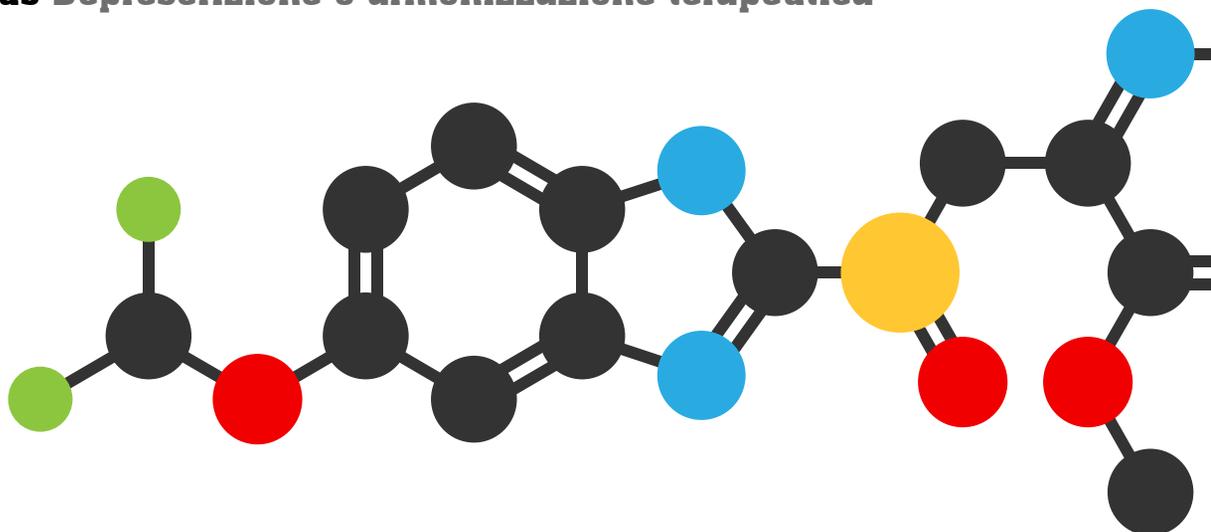
Visto il riscontro favorevole dell'iniziativa da parte dei clinici, sia ospedalieri che territoriali, si è iniziato a ragionare sull'avviare un percorso di deprescrizione dei farmaci cardiovascolari nei pazienti molto anziani (ultraottantenni), fragili e politrattati, alla luce delle crescenti evidenze scientifiche che sostengono tale pratica per ridurre gli eventi avversi, gli accessi in PS e l'accelerazione del decadimento cognitivo^{1,2,3,4}.

Il percorso di miglioramento aziendale, avviato nel 2018, si è sviluppato secondo tre direttrici:

1. Istituzione di un gruppo di miglioramento multiprofessionale (gruppo di lavoro-GdL) denominato "Ricognizione Farmacologica e Deprescrizione peer to peer (RiFaDeP2P)", che ha iniziato a sviluppare strategie e contenuti EBM, basati sulle solide basi delle Linee guida NICE^{5,6,7,8}.

Il GdL ha condiviso e sviluppato i seguenti contenuti:

- Definizione di alcuni criteri di attenzione per situazioni di particolare rischio farmacologico, quali le insufficienze d'organo, la valutazione dei parametri vitali e bioumorali ecc.;
- Implementazione della periodica riconciliazione delle politerapie nei pazienti anziani e/o fragili;
- Produzione di un documento di raccomandazioni di buona pratica clinica, a partire dai criteri STOPP⁹, per la prescrizione o deprescrizione di terapie di ampia diffusione. ►



L'Armonizzazione Terapeutica inizia da una prescrizione accorta e che comprenda azioni sistematiche di ricognizione, riconciliazione ed eventuale deprescrizione, tutte documentate e adeguatamente comunicate ai soggetti interessati e/o coinvolti nel processo di cura

Il GdL ha rapidamente deciso di abbandonare il termine *deprescrizione* – che rischiava di assumere per clinici e pazienti una connotazione negativa, di riduzione/contenimento delle terapie farmacologiche per motivi di risparmio economico, e che non descrive correttamente la complessità della relazione di cura che si instaura – per adottare quello di Armonizzazione Terapeutica (Ar.Te.) delle Cure.

L'Armonizzazione Terapeutica inizia da una prescrizione accorta e che comprenda azioni sistematiche di ricognizione, riconciliazione ed eventuale deprescrizione, tutte documentate e adeguatamente comunicate ai soggetti interessati e/o coinvolti nel processo di cura.

2. A partire dai contenuti elaborati, il GdL ha pianificato attività di:

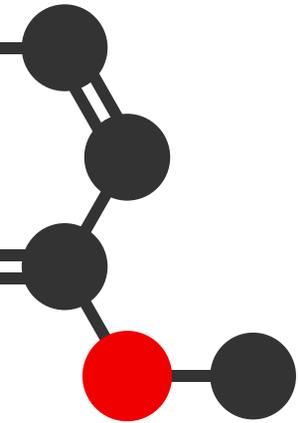
- Formazione di un gruppo interdisciplinare di medici specialisti, in particolare cardiologi, internisti e geriatri, MMG (medici di medicina generale) e farmacisti, sia territoriali che ospedalieri, al fine di costituire una rete di medici esperti-facilitatori sulla gestione delle politerapie, equamente distribuiti sul territorio provinciale;
- Formazione a cascata per tutti i MMG e gli specialisti ambulatoriali, mediante percorsi formativi accreditati e ricollegati a reportistiche di auditing locale.

Il percorso formativo "Implementazione di percorsi di Armonizzazione Terapeutica (Ar.Te.) delle Cure – Formare i Formatori" si è sviluppato nel secondo semestre 2018 in quattro moduli e in tre edizioni parallele (una edizione per ogni area provinciale), con il coinvolgimento di circa 15 professionisti – medici specialisti, ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale e farmacisti – per edizione.

L'obiettivo formativo generale è consistito nel formare un gruppo multidisciplinare di esperti per l'armonizzazione terapeutica della cura, facilitatori di area, con i quali poi iniziare a diffondere le competenze e le strategie dell'Armonizzazione Terapeutica su tutto l'ambito aziendale.

Gli obiettivi formativi specifici che sono stati sviluppati nei quattro moduli del corso sono stati:

1. Imparare a riconoscere situazioni di rischio farmacologico dei pazienti anziani, quali le insufficienze d'organo, le polipatologie, le interazioni farmacologiche rilevanti ecc., attraverso la riconciliazione delle politerapie nei pazienti anziani e/o fragili;
2. Conoscere e saper applicare i criteri STOPP per l'armonizzazione terapeutica di terapie cardiovascolari in pazienti anziani e/o fragili;



3. Conoscere e saper applicare i principi fondamentali della comunicazione terapeutica verso pazienti, caregiver e colleghi, sia sul territorio che in ospedale;
4. Imparare a promuovere e coordinare la diffusione delle attività di cui ai punti 1 e 2 ai medici di medicina generale e agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Le tre edizioni (una per area) ognuna composta da 4 incontri di 4 ore ciascuno (per un totale di 48 ore), ha avuto un gradimento complessivo molto positivo e l'evento è stato giudicato particolarmente rilevante. I materiali del corso, arricchiti dalle osservazioni ed esperienze dei discenti, sono stati raccolti in un manuale teorico-pratico sui percorsi di Armonizzazione Terapeutica, destinato a tutti gli operatori dell'AUSL di Modena.

A seguire, con il supporto dei professionisti "facilitatori", è stata implementata la diffusione dei contenuti a platee di professionisti più ampie (tutti i MMG aziendali e gli specialisti ambulatoriali), nell'ambito della formazione obbligatoria aziendale.

3. La terza direttrice di sviluppo del percorso di "Armonizzazione terapeutica delle Cure (Ar.Te. delle Cure)" sta attualmente sviluppando attività di:

- Auditing, attraverso l'avvio di percorsi di ricognizione, riconciliazione e armonizzazione terapeutica sul territorio e in alcuni reparti ospedalieri, basati sui criteri selezionati in ambito cardiovascolare;
- Presentazione del percorso in pubbliche assemblee con pazienti e caregiver per sensibilizzare i cittadini al tema dell'Appropriatezza e della Sicurezza Terapeutica attraverso i percorsi di Armonizzazione Terapeutica delle Cure.

Per il 2019 il percorso dell'Ar.Te. svilupperà nuovi temi formativi, quali l'armonizzazione delle prescrizioni di farmaci neuropsichiatrici, ampliando la platea dei formatori e avviando attività formative specifiche nelle Case Residenza per Anziani e in altre UUOO ospedaliere.

Bibliografia

1. CL Burgess et al. *Adverse drug reactions in older Australians*, 1981–2002. MJA 2005; 182: 267–270
2. DS. Budnitz et al. *Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans*. N Engl J Med 2011 365_2002-2012 DOI: 10.1056/NEJMsa1103053
3. J Wallace, DS. Paauw *Appropriate Prescribing and Important Drug Interactions in Older Adults*. Med Clin N Am 99 (2015) 295–310
4. MJ Rawle et al. *Associations Between Polypharmacy and Cognitive and Physical Capability*. A British Birth Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2018;66(5):916-923.
5. Gordon D. Schiff et al. *Principles of Conservative Prescribing*. Arch Intern Med. 2011;171(16):1433-1440.
6. O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. Age and Ageing, 44(2), 213-218. DOI:10.1093/ageing/afu145
7. *Multimorbidity: clinical assessment and management*. NICE guideline [NG56] Published date: September 2016 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
8. *Deprescribing: A Practical Guide*. <http://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/Version 2.0 2017>

IL FARMACO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO

PROGETTO AMBULATORIO DERT TORRE PELLICE

Danilo Mourglia

MMG, geriatra - ASL TO3 Piemonte

Simonetta Miozzo

MMG - ASL TO3 Piemonte

Per questo progetto siamo partiti da tre esigenze:

1. La proposta da parte della Asl di intervenire attivamente nella nascente Casa della Salute Funzionale di Torre Pellice.
2. La volontà di incoraggiare i MMG a un atteggiamento proattivo verso i loro pazienti evitando di duplicare attività già praticate da altri servizi, mantenendo e rinforzando l'attitudine dei MMG della Val Pellice a uso critico e appropriato delle terapie.
3. La possibilità di condividere con i cittadini scelte di utilizzo della struttura dell'ex Ospedale Valdese di Torre Pellice e di promozione della salute.

Il percorso ha avuto questa laboriosa evoluzione:

- 7/2017 **Brainstorming** tra alcuni componenti dell'équipe con analisi del contesto territoriale e di cosa potesse essere utile per i nostri pazienti;
- 7-10/2017 **Verifica della letteratura** inerente all'eccessiva medicalizzazione degli anziani;
- 10/2017 **Presentazione di una bozza** del progetto alla Direzione generale, al Sindaco di Torre Pellice e a tutti i medici di medicina generale dell'équipe Val Pellice;
- 10/17 a 4/18 **Elaborazione del progetto ambulatorio DeRT**, della formazione e trattativa economica con l'ASL;
- 8/2018 **Chiusura trattative** con Azienda Sanitaria;
- 10/2018 **Adesione** al progetto e alla Casa della Salute Funzionale;
- 11/2018 **Firma** per la Casa della Salute e progetto sperimentale DeRT;
- 02/2019 **Inaugurazione** della Casa della Salute e dell'ambulatorio.

L'“Ambulatorio DeRT - Deprescrizione e riconciliazione terapeutica” dunque è un ambulatorio eseguito da MMG e una Infermiera di Comunità, dedicato a pazienti >65 anni che assumono più di 5 farmaci, con lo scopo di rivedere e riconciliare le terapie croniche alla luce delle esigenze cliniche attuali e dei desideri del paziente, e di ridurre il rischio di effetti indesiderati e di danni da interazioni farmacologiche, migliorando così l'aderenza alle terapie.

È stato realizzato con:

- I medici di medicina generale della Val Pellice che hanno volontariamente aderito al progetto (10 su 15 dell'équipe territoriale)
- L'Infermiera di Comunità dipendente ASL
- La Direzione ASL
- Il Distretto Pinerolese
- L'Area Formazione

Su una popolazione di 13.963 assistiti, 4.189 sono cittadini > 65 aa (circa il 30%) e di questi 1026 (il 24%) assume continuamente >5 farmaci (**vedi tabella**).



IL PROGETTO

Il progetto è stato studiato in quattro fasi molto articolate, per dare la massima ampiezza da una parte e rigore scientifico dall'altra.

L'INFORMAZIONE

Abbiamo previsto incontri informativi con i cittadini, con i farmacisti territoriali ma non siamo ancora riusciti a effettuarli. Intanto però abbiamo avuto grande rilievo mediatico con apparizioni su giornali locali e nazionali e tutte e tre le reti Rai con un ottimo servizio a Medicina 33, Rai2.

LA FORMAZIONE

I medici e l'infermiera aderenti al progetto seguono un percorso di formazione sul campo che prevede:

- Quattro incontri d'aula con docenti esperti
- Tre workshop
- Una comunità di pratica sulla piattaforma aziendale Smart4learn con gruppo di discussione aperto anche a eventuali colleghi esterni al progetto, e in cui sarà possibile trovare la bibliografia essenziale, i materiali didattici e i self assessment per la autovalutazione.

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

ALTRI ATTORI ATTESI

Sono stati predisposti tavoli di condivisione e implementazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri delle aree:

- Neurologia
- Geriatria
- Cardiologia
- Diabetologia
- Medicina interna

Alcuni incontri sono già stati effettuati, l'accoglienza è stata molto buona.

Sono state inizialmente evidenziate le criticità come nella tabella. Al termine del progetto andremo a verificare il comportamento reale.



COME STA ANDANDO?

- Ad agosto 2019 sono stati 126 i pazienti prenotati;
- 76 i pazienti visti di cui 38 donne, con una media di 10,64 farmaci a persona, un minimo di 5 e un massimo di 22;
- 5 i pazienti che hanno rifiutato la consulenza.

Per ora vi sono state alcune pubblicazioni su riviste scientifiche e di settore e abbiamo presentato due abstracts alla ventiquattresima conferenza europea WONCA, tenutasi a Bratislava dal 26 al 29 giugno.

CONCLUSIONI

L'ideazione e l'elaborazione sono stati processi lunghi e faticosi, segnati da momenti di tensione nell'équipe dei MMG. La conclusione della fase progettuale può essere di per sé un ottimo risultato.

Storicamente il dolore viene considerato solo nella sua componente emozionale e non come campanello d'allarme che, se non contenuto e controllato, può avere delle ripercussioni negative sul benessere materno fetale, e le carenze organizzative sono dovute alla scarsa conoscenza che si dà alla nascita in sicurezza

L'Azienda Sanitaria ha mostrato fin da subito interesse alla proposta convenendo che siano i MMG a declinare l'*appropriatezza terapeutica* per i propri assistiti, conoscendone i bisogni e i desideri.

La sperimentazione dell'ambulatorio DeRT ci consente di provare a praticare quanto le innumerevoli evidenze suggeriscono riguardo all'uso eccessivo dei farmaci negli anziani, puntando lo sguardo sull'aderenza terapeutica e sulla riconciliazione terapeutica.

Questo progetto rappresenta un vero esempio di medicina di iniziativa a cui sarà possibile agganciare altre attività *virtuose* di promozione della salute e prevenzione (p.es. ambulatorio Stili di Vita, AFA, vaccinazioni).

Per evitare di generare malumori e incomprensioni tra i professionisti e confusione tra i pazienti e i caregiver sarà indispensabile promuovere e realizzare gli incontri interdisciplinari e di informazione sin dai primi passi dell'attuazione dell'ambulatorio.

IL FARMACO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO, DUNQUE

- In un territorio (la Val Pellice) predisposto a ragionamenti improntati all'appropriatezza e alla accuratezza delle cure;
- Per una visione della medicina generale intesa come mix efficace di "Ragione e Sentimento";
- Senza dare mai nulla per scontato né, d'altra parte, impossibile;
- Avendo come punto cardine l'*Ars Medica*: se vogliamo pensare innanzitutto alla qualità della vita delle persone che abbiamo in cura non dobbiamo solo seguire linee guida e algoritmi per l'ottenimento di una salute basata su numeri, ma avere una visione olistica;
- È stata una scommessa sul portare, pare primi in Italia, dalla teoria alla pratica un progetto innovativo se non rivoluzionario;
- Appare evidente come emergeranno un numero di dati e spunti di riflessione davvero notevole (ricerca in medicina generale, audit tra pari?);
- È sicuramente una soddisfazione e un riconoscimento a chi ha dedicato a questo modo di fare medicina e "fare salute" l'intera vita professionale.

*... ma misi me per l'alto mare aperto...
Dante, Canto XXVI Inferno*

I protagonisti

- Silvia Berger, MMG
- Giuseppe Bevacqua, MMG
- Lorenzo Fossat, MMG
- Enrico Genesi, MMG
- Federico Gennaro, MMG in formazione
- Mauro Godino, MMG
- Simonetta Miozzo, MMG
- Danilo Mourglia, MMG
- Alberto Panero, MMG
- Silvana Pons, MMG
- Maurizio Vittone, MMG
- Cristina Guiot, INFERMIERA
- Paola Fasano DIRETTORE DI DISTRETTO

Anziani super trattati? Meglio non esagerare

A cura di Il Pensiero Scientifico Editore

L'invecchiamento e il conseguente aumento di pazienti anziani complessi rappresentano un'importante sfida per la medicina e per i sistemi sanitari nazionali. La sfida è quella di rivoluzionare il sistema e l'approccio nella gestione clinica, guardando oltre la singola malattia e condividendo con il paziente le scelte terapeutiche sulla base delle sue esigenze e delle sue priorità. Saper interrompere una terapia quando diventa rischiosa, saper togliere il superfluo per alleggerire il peso della cronicità.

“La vecchiaia non è una battaglia. La vecchiaia è un massacro” scriveva Philip Roth in uno dei suoi ultimi racconti – *Everyman* – sull'invecchiare, sull'ammalarsi e sul morire, sulle vite di ognuno. Oggi giorno, con l'aumento dell'aspettativa di vita, spesso la vecchiaia porta con sé la diagnosi di condizioni croniche da cui non si guarisce, quali ipertensione arteriosa, iperlipidemia e diabete, che si sommano l'una all'altra nel tempo. Condizioni inizialmente silenti, che vengono intercettate da indagini diagnostiche o semplicemente nel corso di una visita di controllo; spesso sono incurabili, con un andamento progressivo incerto. In pochi anni da persona sana si diventa paziente cronico, dall'essere paziente cronico si passa alla condizione di paziente complesso (*multiple chronic conditions*) con due o più malattie croniche. Di pari passo anche il piano terapeutico si allunga: si inizia con un farmaco per abbassare la pressione arteriosa, un altro per il colesterolo e poi quello per l'iperglicemia. In un secondo momento può essere che il cardiologo valuti la necessità di aggiungere un diuretico e un secondo antipertensivo, l'endocrinologo invece opti per la prescrizione di una incretina. La lista non si ferma qui. Subentra la diagnosi di scompenso cardiaco oppure di broncopneumopatia ostruttiva, non da ultime la depressione e la difficoltà a dormire. Un quadro complesso, che pesa sul paziente e sui suoi familiari, in cui ciascuna di queste condizioni mediche croniche può influenzare l'esito di trattamenti di altre patologie concomitanti. Un quadro comune che rappresenta una sfida per i sistemi sanitari ancora inadeguati ad affrontare una domanda sanitaria, dagli alti costi, che richiede un approccio non centrato sulla singola patologia ma orientato alla persona.

Si stima infatti che circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche: una percentuale destinata a crescere considerato l'invecchiamento della popolazione a cui si accompagna un aumento delle patologie cronico-degenerative e della multimorbilità (presenza di due o più patologie croniche contemporaneamente). Entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 153 milioni. Nella regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie croniche, quali scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, depressione, demenza e disturbi del sonno, colpiscono otto persone over 65 su dieci e spesso si sviluppano contemporaneamente nello stesso individuo. In Italia la multimorbilità interessa un terzo della popolazione adulta e la sua prevalenza aumenta con l'età, raggiungendo il 60% tra gli individui di età compresa tra 55 e 74 anni¹.

“Il paziente comune oggi è quello con più malattie cronico-degenerative. Un'affermazione diffusa che vale nella maggior parte dei Paesi ad alto reddito e che lo sta diventando anche nei Paesi a medio e basso reddito” commenta **Victor Montori**, endocrinologo e diabetologo alla Mayo Clinic in Minnesota (Stati Uniti). “Il paziente con più patologie mette a dura prova il sistema sanitario. La prassi infatti è di soddisfare le richieste di cura attenendosi alle raccomandazioni di linee guida basate sulle evidenze



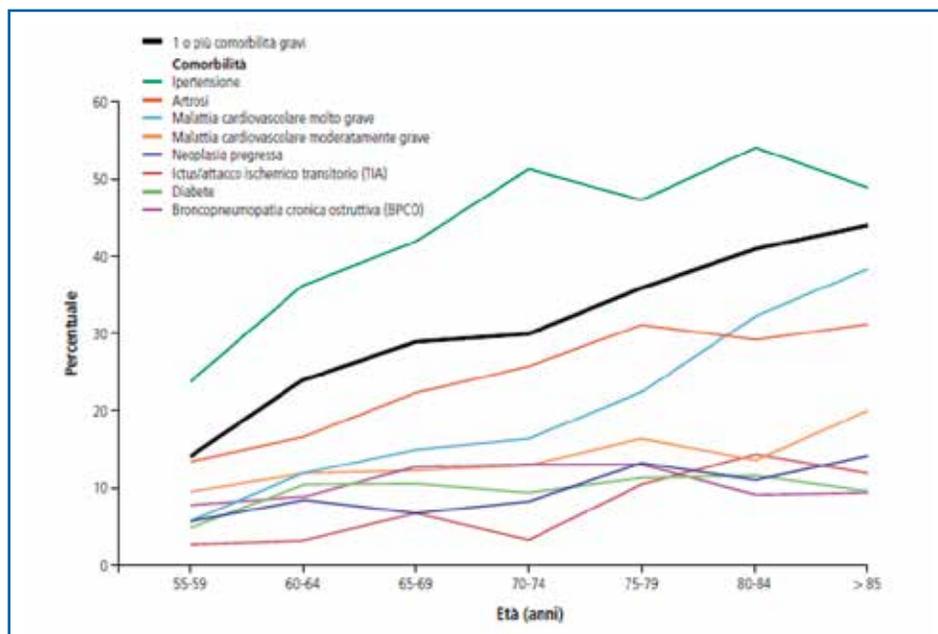
che però riguardano il trattamento di una specifica condizione clinica o patologia. Ne consegue che lo stesso paziente con due o più malattie croniche viene curato applicando più linee guida e più interventi farmacologici che però possono interagire tra di loro. E alcune di queste interazioni potrebbero essere dannose.”

A causa della compresenza di più di una malattia molte persone anziane assumono dieci o più farmaci al giorno, con il rischio di sviluppare patologie iatrogene conseguenti alle terapie in atto. Ogni nuovo farmaco introdotto può creare una serie di eventi avversi concatenati: la cosiddetta “cascata terapeutica” che l’American Geriatrics Society classifica come una delle cinque maggiori minacce alla salute degli anziani.

“L’impiego contemporaneo di più farmaci prescritti dal medico (politerapia), in particolare nel paziente anziano, chiama in causa due potenziali rischi” spiega Graziano Onder, responsabile dell’Unità operativa complessa per la Continuità assistenziale del Policlinico Gemelli di Roma, che rappresenta un punto di riferimento per i pazienti anziani affetti da multimorbilità in fase di riacutizzazione. “Il primo è legato alle reazioni avverse dell’interazione di farmaci assunti simultaneamente: l’effetto di un farmaco può essere potenziato o ridotto dalla contemporanea assunzione di un altro farmaco. Questo fa sì che subentrino delle reazioni avverse nel caso in cui l’interazione accentui di molto l’azione del principio attivo oppure che annulli l’effetto terapeutico del farmaco se viceversa l’interazione ne depotenzi l’azione.”

Andamento della percentuale di comorbilità in funzione dell’età.

(Fonte: Ministero della Salute [2]).



focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

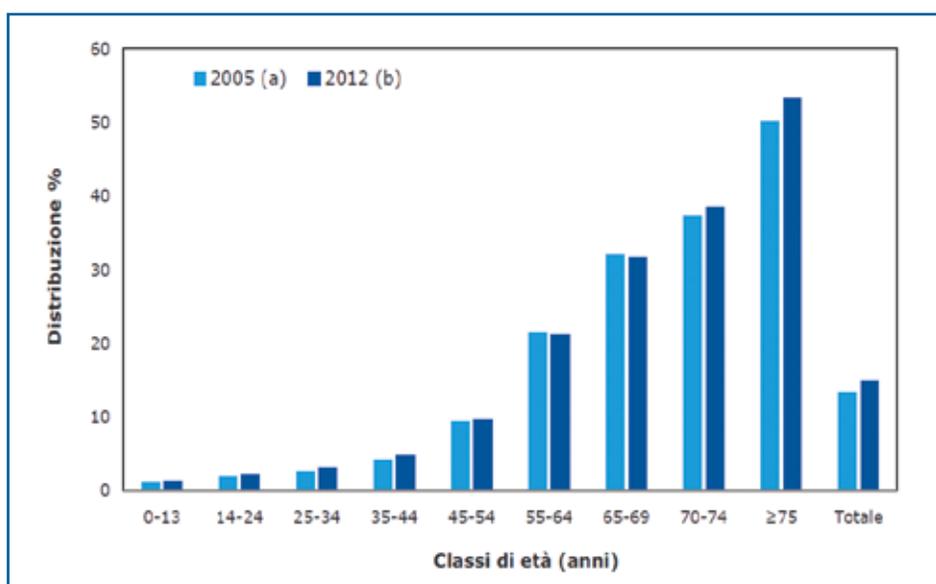
La politerapia, a cui si aggiunge l'utilizzo di più medicinali non prescritti oppure l'eccessiva somministrazione di quelli prescritti, non tutti strettamente necessari, è responsabile di scarsa qualità di vita, ospedalizzazioni ripetute e incremento dei costi e della mortalità². I dati italiani raccolti dalla Società Italiana di Medicina interna con l'Istituto Mario Negri di Milano (Registro Reposi)³, su oltre 5.000 pazienti ricoverati nei reparti di medicina interna e geriatria di tutta Italia, stimano che un milione di italiani over 65 entrino in ospedale per problemi legati ai farmaci assunti e oltre due milioni sperimentino ogni anno una reazione avversa da farmaci, con aumento di visite mediche e specialistiche. Va da sé, pertanto, che migliorando l'appropriatezza nelle prescrizioni e riducendo i farmaci inutili si potrebbero evitare molte visite specialistiche e molti ricoveri.

"Un altro rischio importante, soprattutto negli anziani che molto spesso hanno difficoltà cognitive, difficoltà di memoria e difficoltà funzionali" continua il geriatra del Policlinico Gemelli "è quello dell'aderenza e degli errori nella assunzione della terapia farmacologica: è chiaro che quando si prendono fino a dieci farmaci nel corso della giornata, il rischio di sbagliarsi è piuttosto elevato. Quindi questo aumenta il rischio di errori e di conseguenza anche di reazioni avverse legate all'utilizzo di questi farmaci." Maggiore è il numero di farmaci assunti, maggiore è la probabilità di interazioni farmacologiche e di una peggiore aderenza a uno schema terapeutico che, se troppo articolato, si associa più frequentemente a sovradosaggi accidentali o a somministrazioni dimenticate.

I farmaci sono importanti per rallentare la progressione delle condizioni considerate patologiche ma da cui non si può guarire. Da essi dipendono sicuramente il benessere quotidiano e la sopravvivenza del paziente. Ma il punto cruciale è che rischi e benefici vanno sempre e comunque soppesati, lasciando aperta la possibilità di revisionare costantemente il piano terapeutico, magari non solo aggiungendo una nuova terapia ma anche togliendone una già in uso. Negli ultimi dieci anni nei paesi anglosassoni ha preso piede il movimento del *deprescribing*, che vuole stimolare una prescrizione appropriata e una revisione costante del quadro terapeutico complessivo del paziente (soprattutto anziano) in politerapia, in modo da valutare quando un farmaco diventa inappropriato o superfluo, quando evidenti o potenziali effetti negativi superano i benefici correnti e/o potenziali. Un articolo del *JAMA Internal Medicine* descrive il *deprescribing* come un processo sistematico che deve tenere conto degli obiettivi di cura, del livello di funzionamento, dell'aspettativa di vita, dell'età, dei valori e preferenze del singolo paziente⁴. La letteratura medico-scientifica conferma che nel paziente anziano esposto a un numero eccessivo di farmaci la deprescrizione, oltre a non peggiorare i risultati clinici e non produrre sindromi associate all'abbandono degli stessi e reazioni avverse, può portare benefici in termini sia di riduzioni di cadute sia di miglioramenti comportamentali e cognitivi⁵.

Persones con almeno una malattia cronica grave (per 100 persone), stratificate per classe d'età – media settembre-dicembre 2005 e anno 2012. (Modificata da ISTAT 2014 [4]).

(a) malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, demenze.
(b) Dati provvisori).



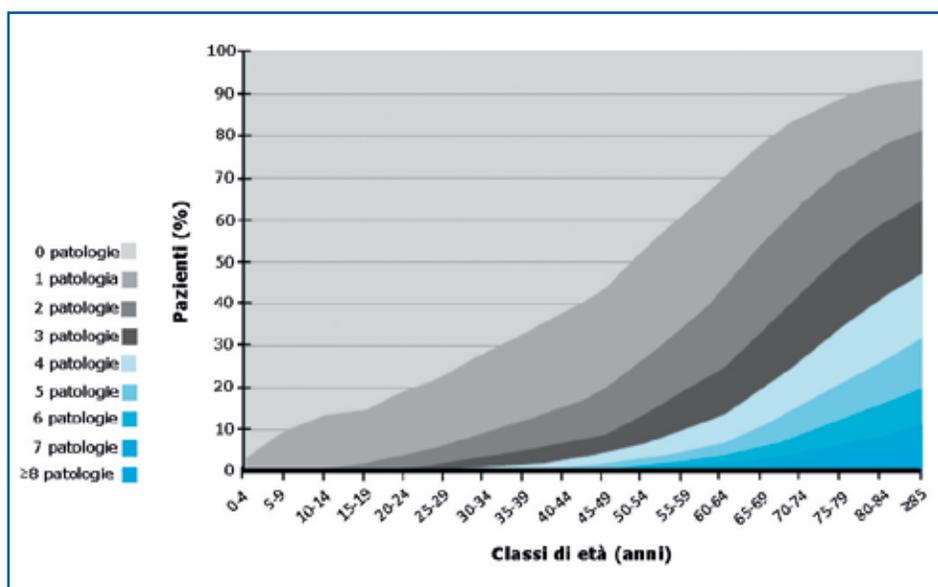
LA SCELTA DI INTERROMPERE UN FARMACO

Nonostante i progressi compiuti dalla medicina, l'approccio predominante alla persona affetta da polipatologie continua a essere un'assistenza frammentata in diversi setting di cura, che deriva da una medicina iperspecialistica: come sottolineava Montori, ogni specialista si concentra sull'organo di sua competenza e – attenendosi alla *best medical practice* e alle linee guida specifiche per singole patologie – prescrive un farmaco senza tenere conto delle possibili interazioni con altri che il paziente sta già assumendo né, tantomeno, quale peso ulteriore comporti sul paziente e sui caregiver. Rivalutare quindi regolarmente la necessità di continuare una terapia farmacologica o di sospenderla perché non più necessaria per quel paziente dovrebbe fare parte del normale iter prescrittivo.

“Innanzitutto bisogna indentificare quali sono le priorità cliniche del paziente, il che presuppone una valutazione globale e non specialistica. Una volta definite quali terapie sono prioritarie serve tenere in considerazione le possibili interazioni con altri farmaci che il paziente assume e semplificare, laddove possibile, il piano terapeutico” spiega Onder. Per esempio gli inibitori di pompa protonica, cioè i cosiddetti gastroprotettori, hanno fatto il loro ingresso sul mercato circa venticinque anni fa e oggi rappresentano la classe di farmaci più prescritta nel mondo, anche in Italia, come viene documentato dall'ultimo Rapporto Osmed⁶. Tuttavia il loro uso prolungato e cronico è dibattuto e può condurre a importanti danni alla salute, come la Società americana di gastroenterologia ha sottolineato nel 2017 in un documento che presenta i rischi e benefici dell'assunzione a lungo termine di questa categoria di farmaci. “Gli inibitori di pompa protonica sono tra i farmaci sui cui ragionare in un'ottica di *deprescribing*. In media, in Italia, ne fa uso un anziano su due. Sarebbe bene non prescriverli o sospenderli a quei pazienti che non soddisfano le indicazioni delle note AIFA⁷ che limitano la prescrizione a carico del Sistema Sanitario Nazionale per la prevenzione delle complicanze gravi in alcune categorie di pazienti. La vitamina D” continua Onder “è un altro farmaco che si tende a sovraprescrivere: è efficace nel trattamento di alcune condizioni, quali l'osteoporosi, ma serve fare una riflessione più ampia sul reale utilizzo al di fuori di specifiche patologie.” La prescrizione non accurata e appropriata di questi farmaci può condurre a importanti danni alla salute del paziente e la deprescrizione può rappresentare una forma di prevenzione dell'eccessiva medicalizzazione.

Un terzo fattore importante da valutare per una buona prescrizione è il fattore età. “Non tutti i medicinali sono necessari in tutte le fasi della vita. Per esempio sappiamo che le statine sono efficaci nella prevenzione cardiovascolare primaria soprattutto nei giovani, o comunque nelle persone che hanno meno

Numero di condizioni patologiche croniche per gruppo di età.
(Modificata da Barnett, 2012 [7]).



focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

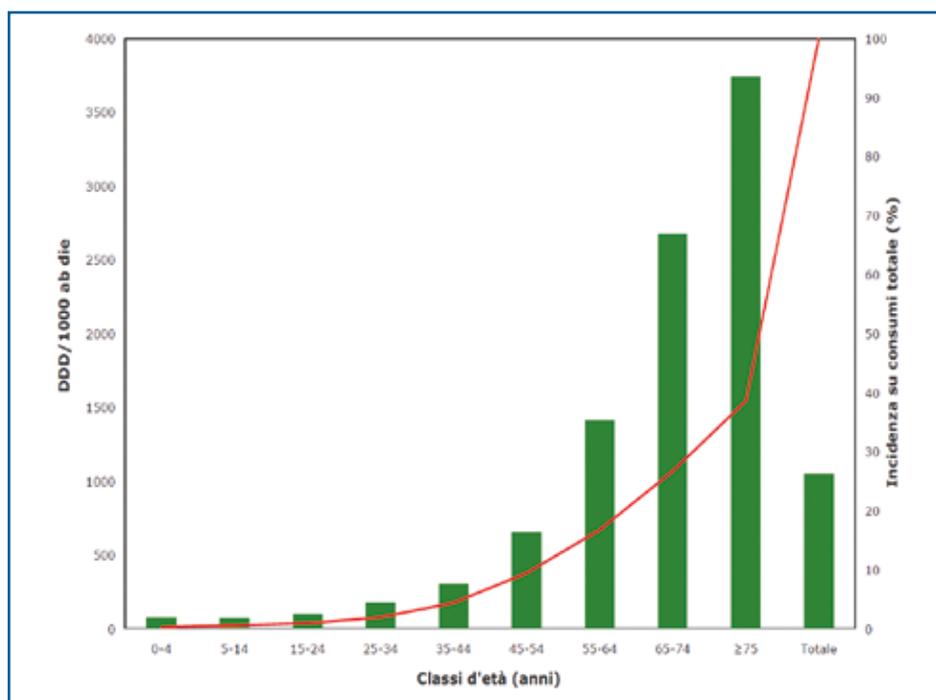
di 75 anni; ma la loro efficacia superata questa soglia di età è ancora del tutto sconosciuta. Quindi nel paziente con più di 75 anni senza una storia di infarto alle spalle andrebbe presa in considerazione la scelta di sospendere la terapia per il colesterolo o di ridurla. Un altro esempio riguarda il paziente con un'attesa di vita limitata vuoi per le patologie di cui soffre, vuoi per l'età avanzata: avrebbe senso prescrivergli un farmaco che previene delle malattie e i cui effetti si vedono a distanza di tre, cinque o dieci anni?"

In sintesi, serve valutare la complessità del paziente e delle sue caratteristiche e decidere quali trattamenti sono veramente necessari nella sua fase di età in relazione agli altri farmaci che assume.

UN PERCORSO A OSTACOLI

"Per essere un medico dovresti sapere quando prescrivere un medicinale, ma per essere un buon medico devi sapere quando interromperlo" ha scritto un medico commentando un tweet sul *deprescribing* nel grande anziano che nel giro di poco tempo ha guadagnato numerosi retweet e commenti. Ma farlo non è sempre così semplice e immediato. Un ostacolo potrebbe essere il timore del medico di incorrere in possibili contenziosi medico-legali per aver tolto dal piano terapeutico un farmaco che ha una certa efficacia e la cui sospensione potrebbe causare degli effetti negativi al paziente. Per avere un comportamento di tipo preventivo-cautelativo non ci si assume la responsabilità di deprescrivere.

"Però da geriatra" riflette Onder "penso che la principale barriera al *deprescribing* sia una resistenza culturale, sia da parte dei medici la cui formazione è stata incentrata su come prescrivere un farmaco e non su quando interrompere la terapia, sia da parte dei pazienti e familiari ancora legati all'idea che smettere di prendere un farmaco significhi non essere più curati. Una buona assistenza medica non vuol dire aggiungere un farmaco ma valutare quali sono farmaci veramente necessari e se possibile toglierli considerando le priorità del paziente. Il concetto statunitense del *less is more* non ha ancora pienamente attecchito. Un altro ostacolo da superare, di cui ho già fatto cenno, è la visione iperspecialistica delle malattie che ci porta a curarne alcune molto accuratamente ma senza avere una visione globale del paziente: noi medici curiamo le persone e non le malattie."



UN CAMBIO DI SISTEMA, A PIÙ LIVELLI

Negli ultimi anni diverse società scientifiche hanno messo a punto toolkit e algoritmi per guidare i medici nella valutazione circa l'interrompere o meno una terapia. L'American Geriatrics Society ha elaborato i Beers Criteria⁸ che identificano farmaci o classi di farmaci che dovrebbero essere generalmente evitati nelle persone di 65 anni o più perché o inefficaci, o comportanti un rischio inutilmente elevato per le persone anziane, o da non usare nelle persone anziane con particolari condizioni mediche. In Italia l'Azienda USL di Parma con la Thomas Jefferson University ha predisposto degli algoritmi per la deprescrizione di specifiche categorie di farmaci (antipsicotici, antiiperglicemici, inibitori di pompa, benzodiazepine) che in determinate condizioni non sono più necessari nel paziente anziano⁹. La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia insieme alla Società di Medicina interna, alla Società di Medicina generale e alla Società di Farmacologia sta sviluppando delle linee-guida specifiche sul problema della politerapia, focalizzate sulla sospensione di farmaci di comune utilizzo che indicano quando è opportuno sospenderne alcuni, molto diffusi e in alcuni casi abusati, come per esempio i gastroprotettori, le statine o l'antipertensivo.

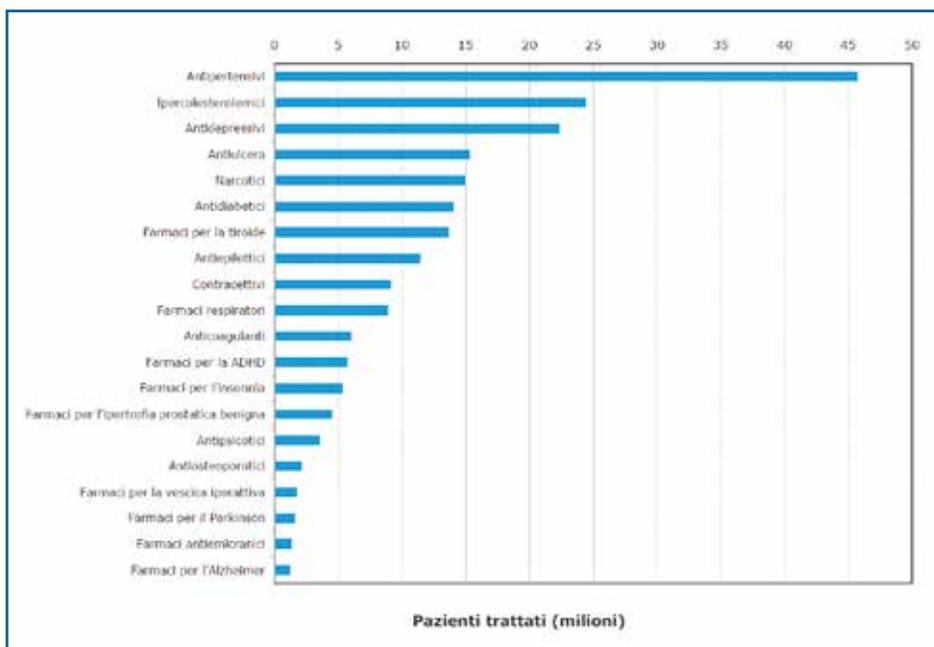
Ragionando a livello di sistema il McColl Institute for Healthcare Innovation, in California, ha messo a punto il Chronic Care Model per l'assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche, il quale propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari per presa in carico della condizione dei malati cronici. Il modello californiano suggerisce dei percorsi ad hoc da inserire nell'organizzazione sanitaria e un approccio "proattivo" tra un team multiprofessionale costituito da medici di famiglia, infermieri e operatori sociosanitari e i pazienti stessi che, resi in-formati, diventano parte integrante del processo assistenziale.

Strumenti utili per il clinico che si può trovare in difficoltà nel gestire la deprescrizione. Ma non sufficienti per gestire l'intero processo. Il *deprescribing* richiede una riflessione sulla presa in carico del paziente anziano complesso fragile a fronte di una sanità iperspecialistica con una rete di servizi e strutture ricca e qualificata, ma caratterizzata da frammentarietà di interventi e ridotto "dialogo" tra i diversi suoi attori coinvolti, oltre che da una scarsa interrelazione tra ospedale e territorio. In Italia, secondo il rapporto Osmed 2017, nella fascia di età 65-69 anni il numero di principi attivi utilizzati è pari a 7,7, che passa a 11,8 nei pazienti con età ≥ 85 anni. Un italiano su cinque di età ≥ 65 anni assume almeno 10 principi attivi diversi dimostrando in questa popolazione un frequente ricorso alla politerapia. La Raccomandazione del Ministero della Salute sulla Riconciliazione Terapeutica¹⁰ e il Piano Nazionale Cronicità¹¹ contengono precise indicazioni proprio sull'aderenza, sulla deprescrizione e sul modo di superare la modalità frammentata che caratterizza molti servizi, ispirandosi in parte al Chronic Care Model californiano.

Ma come prendersi carico del paziente anziano il politerapia nella sua globalità e specificità? Come intercettarlo? Dopo i primi esperimenti in Emilia-Romagna e Toscana, è decollato in Piemonte il progetto pilota dell'Asl Torino 3 "Le medicine giuste al momento giusto", coordinato da Simonetta Miozzo, medico di medicina generale, di cui abbiamo sentito raccontare la nascita direttamente dalla penna dei protagonisti a pag. 42 e seguenti. Il progetto è nato con la finalità valutare le terapie croniche e migliorare l'aderenza terapeutica, in particolare per i pazienti con più di 65 anni di età, in presenza di pluripatologie e con almeno 5 farmaci da assumere quotidianamente¹². Il centro del progetto è l'ambulatorio per la Deprescrizione e riconciliazione terapeutica, presso la Casa della Casa della salute di Torre Pellice, che accoglie i pazienti inviati dai loro curanti per rivalutare le terapie in corso e migliorare l'aderenza terapeutica. Come ha spiegato alla stampa Flavio Boraso⁹, direttore generale dell'Asl Torino 3, "la rivalutazione del piano di trattamento del paziente viene condotta da due medici di Medicina generale e un'Infermiera di Comunità, concentrandosi sulle possibili interazioni fra farmaci, applicando criteri validati e l'utilizzo di un supporto informatico realizzato allo scopo dall'Istituto Mario Negri e già in uso in altri contesti. Dopo la consulenza, il paziente tornerà dal proprio medico di famiglia e insieme condideranno le proposte di modifica terapeutica scaturite dalla consulenza".

focus Deprescrizione o armonizzazione terapeutica

Numero di pazienti (milioni)
in trattamento con
le terapie selezionate.
(Modificata da IMS Health,
2014 [14]).



PER CONCLUDERE... NON SOLO FARMACI

In un'ottica più complessiva, il *deprescribing* dovrebbe riguardare anche la diagnostica, che in parte concorre all'origine del problema in una medicina definita da Montori "industrializzata". Accade infatti che la cronicità venga etichettata come tale troppo presto, prescrivendo farmaci per condizioni che ancora non ne richiederebbero o perché le linee guida, vedi quelle per il trattamento dell'ipertensione arteriosa o dell'iperlipidemia, abbassano sempre di più la soglia superata la quale l'intervento farmacologico viene raccomandato. Oppure perché la persona stessa si sente più sicura a prendere il farmaco. Lo stesso vale con gli screening o le prescrizioni inappropriate di indagini diagnostiche che, in generale, possono portare a diagnosi incerte che a loro volta aumentano le prescrizioni. In un circolo vizioso.

"Anche la diagnostica diventa sempre più accurata, sempre più specialistica e allo stesso tempo più costosa e complicata" sostiene Onder. "È necessario focalizzare la diagnostica su quello che è importante per il paziente, sulle sue priorità cliniche. Anche lo screening per alcune patologie dopo una certa età, quale per esempio quello mammografico dopo gli 80 anni, non viene ritenuto più necessario o indispensabile, sebbene la scelta sia poi del medico curante che deve contestualizzare il singolo intervento. Anche perché le risorse non sono infinite, e il nostro Sistema Sanitario Nazionale è uno dei pochi a copertura totale ossia universalistico, uno dei migliori da questo punto di vista, e per mantenerlo e salvaguardarlo è necessario ottimizzare le risorse disponibili piuttosto che sperperarle."

Lo screening rientra in uno dei punti delle raccomandazioni dell'American Geriatrics Society che sottolineano di valutare nei pazienti anziani con severa comorbilità l'utilità di procedure di screening e terapie aggressive in rapporto ai rischi, la speranza di vita, le preferenze e l'impatto sulla qualità di vita del paziente¹³.

Una delle maggiori sfide della medicina e dei sistemi sanitari è dunque la presa in carico del paziente cronico nella sua globalità attraverso un approccio al paziente personalizzato e basato sulla valutazione multidimensionale geriatrica e non più sulle linee guida per le singole patologie. Per il medico la principale sfida è invece mettere il paziente nelle condizioni di esprimere durante la visita medica le proprie preferenze, i propri bisogni per arrivare a una scelta condivisa. Montori invita a cambiare prospettiva per vedere la cronicità dalla parte di chi ne soffre. La cronicità pesa sul sistema sanitario, sui medici ma ancor prima sui pazienti e i familiari che, volenti o nolenti, devono impegnare tempo ed energia per soddisfare le proprie esigenze e farsi carico dei trattamenti o test diagnostici prescritti. "In generale, non sappiamo gli effetti che le nostre decisioni hanno sui pazienti e su chi li segue. In alcuni casi le richieste che derivano dalle

nostre decisioni, col fine di garantire gli outcome clinici migliori, superano la capacità di autogestione del paziente che non essendo in grado di eseguire correttamente le indicazioni non potrà che aggravarsi anche se l'assistenza sanitaria intensificherà le cure.”

“Vi è una forma di deprecrizione che consiste nell'interruzione di quelle terapie i cui rischi superano i benefici e che dovrebbe essere la priorità assoluta per la sicurezza del paziente. Vi è però anche un'altra forma che riguarda l'esclusione o sospensione di interventi potenzialmente sicuri ed efficaci, ma che a causa delle altre condizioni cliniche del paziente, della sua situazione psicosociale, dei suoi valori e delle sue preferenze, non sono più la priorità, e l'equilibrio rischio-beneficio da positivo diventa negativo” spiega Montori, sottolineando dunque che i medicinali soggetti a prescrizione medica non sono l'unica cosa che potrebbe essere sospesa. Promotore di quella che lui definisce “patient revolution”, un movimento che si ribella all'assistenza sanitaria “industrializzata” contemporanea e ne pretende invece una attenta e premurosa nei confronti del singolo paziente¹⁴, Montori incita a un ripensamento profondo nelle modalità della cura del paziente cronico, che non può prescindere da un processo decisionale condiviso per adattare il programma sanitario alla situazione del singolo paziente, considerando le sue esigenze e i suoi obiettivi, l'impegno che gli viene richiesto e il peso dei trattamenti. La via dovrebbe essere quella di una medicina a minimo impatto (*minimally disruptive medicine*), che dia il minor fastidio possibile al malato, non aggiungendo alcun carico non necessario agli oneri che già comporta la malattia. “Una cura attenta e premurosa, una cura gentile e sicura perché rispetta il poco tempo e la poca energia che il paziente dispone, permettendogli così di impiegarli per svolgere i propri lavori e hobby e infine per perseguire i propri sogni e le proprie speranze.”

Bibliografia

1. Ministero della Salute. *Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso*. Quaderni del Ministero della Salute 2013.
2. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, et al. *The costs of adverse drug events in hospitalized patients*. Adverse Drug Events Prevention Study Group. JAMA 1997; 277: 307-11
3. *Over 65, l>alert degli internisti: troppe pillole non curano e fanno esplodere i conti pubblici*, di Francesco Perticone (presidente Società Italiana di Medicina Interna, Simi). Il Sole 24 Ore Sanità, 30 ottobre 2017.
4. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couter D, Rigby D, Gnjjidic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. *Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing*. JAMA Internal Medicine, 2015
5. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, et al. *Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review*. Drugs Aging 2008; 25: 1021-31.
6. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2017*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco 2017.
7. Note AIFA. www.aifa.gov.it/content/note-aifa
8. American Geriatrics Society 2019. *Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2019; 67: 674-94.
9. www.ausl.pr.it/azienda/deprescrizione/deprescrizione.aspx
10. Ministero della Salute. Raccomandazione n. 17 - *Riconciliazione farmacologica* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2354_allegato.pdf
11. Piano Nazionale della Cronicità. *Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
12. *Asl To3. Al via sperimentazione progetto Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica (DeRT) in Torre Pellice*. Quotidiano Sanità, 14 febbraio 2019.
13. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians*. J Am Geriatr Soc 2012;60:E1- E25
14. Montori V. *Perché ci ribelliamo. Una rivoluzione per una cura attenta e premurosa*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.



L'ANALGESIA PERIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Tiziana Borsatti

Spec. Anestesista e Rianimazione

Consigliera OMCeO Torino

Il dolore del travaglio del parto è il dolore più intenso che la maggior parte delle donne sperimenta nel corso della vita e l'evidenza medica (EBM) considera l'analgia peridurale o epidurale la più efficace nel corso del travaglio stesso. Non esiste un unico dolore perché le intensità di percezione e le variabili sono molteplici: l'emozionabilità, l'ansia, la paura, le esperienze di vita, la memoria del dolore, l'epigenetica.

La tecnica peridurale fu realizzata nel 1885 da Cornig. Soeckel fu il primo ad utilizzare l'analgia loco-regionale in travaglio di parto, ma fu Aburel, nel 1931, a codificarla. Tale tecnica fu introdotta in Italia, e proprio a Torino, culla dell'anestesia italiana, dal prof. Achille Mario Dogliotti, chirurgo e antesignano della Scuola Italiana di Anestesiologia, che il 18 aprile 1931 pubblicò, nel bollettino della Società Piemontese di Chi-

rurgia (Vol. 1 anno 1931), il lavoro: “Un promettente metodo di anestesia tronculare in studio: la anestesia peridurale segmentaria”. Il Professor Dogliotti descrisse, con estrema precisione, la tecnica di esecuzione del blocco. Tecnica rimasta pressoché invariata tranne, ovviamente, per i materiali (oggi giorno molto raffinati, monouso, atraumatici e biocompatibili) e per i farmaci (attualmente si utilizzano anestetici ed oppioidi più potenti e meno tossici). E fu la Professoressa Elsa Margaria che dal 1968 ha realizzato e diretto fino al 2002 (su mandato del Professor Ciocatto, allievo del professor Dogliotti) il Servizio di anestesia e rianimazione degli Istituti Universitari di Ginecologia ed ostetricia dell’Ospedale Sant’Anna di Torino, il primo servizio anestesilogico italiano che si è occupato di analgesia peridurale in travaglio di parto.

Il blocco va eseguito sterilmente previa visita anestesilogica e consenso della donna. La paziente può essere posizionata seduta o in decubito laterale. Sarebbe preferibile eseguire la peridurale a una dilatazione della cervice uterina sui 3/4 cm, ma è anche possibile posizionare il cateterino prima, a dilatazione inferiore e senza particolari interferenze, su richiesta della partoriente, soprattutto nei parti indotti dove la caratteristica del dolore continuo può divenire insopportabile.

Avanzando con il travaglio le contrazioni sono più frequenti e più dolorose con maggior difficoltà per la paziente nel mantenere la posizione indicata e per l’operatore nell’eseguire la tecnica. Previa anestesia locale sul sito lombare scelto (L2/L3 - L3/L4) si prosegue con ago di Tuohy con calibro 18 gauge, utilizzando un mandrino liquido o a bassa resistenza. Con questa tecnica, per raggiungere lo spazio epidurale, l’ago attraversa i seguenti tessuti: cute, sottocute, legamenti sopraspinoso, interspinoso e legamento giallo. La presenza della punta dell’ago in questo legamento è percepita come aumento di resistenza superato il quale la caduta di tale resistenza indicherà lo spazio peridurale. Si inserirà il cateterino per 3/4 cm, sfilando l’ago di Touhy, per poi fissarlo alla cute. Se la tecnica viene eseguita con criteri di sicurezza la complicità maggiore può essere una cefalea nucale transitoria da puntura durale, dovuta al superamento della punta dell’ago dello spazio peridurale (0,8% delle peridurali antalgiche eseguite). Cefalea che regredisce, con adeguata posizione supina, somministrazione di liquidi e antidolorifici nel giro di pochi giorni.

Mi piace definire questa tecnica come “raffinata” perché, soprattutto nella donna gravida, richiede particolare delicatezza, attenzione e manualità specifica. Il BMI della donna, a termine di gravidanza, supera abi-

tualmente i parametri normali raggiungendo, a volte, parametri elevati. I tessuti sono spesso edematosi con aumentata difficoltà nell’evidenziarne i reperi.

Tale metodica, proprio per la sua flessibilità e modularità, si adegua alla donna, alle sue aspettative, al dolore che caratterizza ogni fase del travaglio e ne rispetta la fisiologia. Consente la deambulazione in travaglio, riduce lo stato d’ansia e la paura che ancestralmente accompagnano l’evento del parto.

Inoltre, con il progredire dell’informatizzazione, le più recenti tecniche di analgesia combinata spino-epidurale mantenuta con i nuovi infusori elettronici, che offrono una infusione automatica computerizzata pulsatoria (PIEB), permettono di ottenere minore dolore incidente e quindi migliore copertura analgesica anche nel secondo stadio del travaglio. Ciò risulta in una maggior soddisfazione materna perché libera di poter gestire il suo dolore. Con un apposito pulsante la partoriente può autosomministrarsi i farmaci in sicurezza sotto il controllo dell’ostetrica.

Nonostante gli indiscussi benefici, le discussioni sull’eventuale responsabilità che tale analgesia potrebbe avere sull’aumento dei tagli cesarei sono ancora, in certe strutture, all’ordine del giorno. Un adeguato controllo del dolore ha permesso di offrire alla donna tocofobica, che richiedeva a ogni costo il cesareo, un parto spontaneo in analgesia assolutamente ben accetto, con tutti i benefici che ne conseguono come da dettami dell’OMS sulla riduzione dei parti chirurgici. Già nel 2005 una Cochrane ha stabilito l’assenza di associazione tra questo tipo di analgesia e l’aumento dei tagli cesarei e la definisce, se eseguita in modo corretto, non solo come tecnica in sé ma anche come dosaggio farmacologico con anestetici locali ed oppioidi, priva di interferenze sul decorso fisiologico del travaglio.

Il travaglio viene suddiviso in tre stadi:

- Il primo è definito “periodo dilatante” e vede l’insorgenza di contrazioni che vanno incontro a frequenza, intensità e durata progressive che portano all’appianamento e all’assottigliamento della cervice uterina fino alla dilatazione completa;
- Il secondo è definito “periodo espulsivo” e termina con l’espulsione del feto;
- Il terzo termina con l’espulsione della placenta.

Il dolore è acuto con una componente somatica e una viscerale e ha delle caratteristiche diverse nei tre stadi. Inizialmente le contrazioni stimolano recettori e fibre del sistema nervoso vegetativo ed è limitato ai

dermatomeri T11 e T12. Successivamente, ai 3/4 cm di dilatazione si estende a T10 ed L1. Il dolore è più severo, viene percepito come "mal di schiena" e sarà viscerale.

A dilatazione completa il dolore sarà dovuto alla distensione del perineo e sarà somatico profondo. Si comprenderà quindi come questi tipi di dolore rappresentino un elevato stress per l'organismo con importanti effetti sui sistemi:

- **cardiovascolare:** l'aumento della gittata cardiaca del 40%-50% e il conseguente aumento della pressione arteriosa sia sistolica che diastolica portano a un aumento del lavoro del cuore sinistro che può provocare importanti complicanze nelle pazienti cardiopatiche, affette da ipertensione gravidica, ipertensione polmonare o anemia severa e determina una riduzione del flusso ematico placentare;
- **respiratorio:** l'iperventilazione riduce la PaCO₂ e aumenta il pH con conseguente alcalosi respiratoria e con il possibile verificarsi di episodi momentanei di ipossiemia materna e a volte fetale; l'alcalosi e la diminuita PO₂ possono portare a ipoafflusso e decelerazioni del battito cardiaco fetale.

Il dolore determina poi una liberazione di catecolamine con un decremento del 40-70% del flusso uterino. L'adrenalina liberata ha un effetto tocolitico con riduzione dell'attività uterina e prolungamento del travaglio.

Sul feto il dolore può quindi provocare, oltre alla diminuzione del flusso intervilloso placentare durante la contrazione, come conseguenza dell'alcalosi indotta, una ulteriore vasocostrizione del letto placentare con diminuita perfusione e ridotta cessione di ossigeno. In una situazione normale tutti questi effetti sono ben tollerati, ma in situazioni di riserva uteroplacentare già compromessa quali preeclampsia, diabete e soprattutto malattie cardiache il benessere del feto può essere compromesso.

[La peridurale può quindi apportare un beneficio sicuro:](#)

PER LA MADRE:

- ottimo controllo del dolore
- riduzione dell'iperventilazione con ridotto consumo di ossigeno
- controllo dell'acidosi metabolica
- riduzione dell'ansia
- riduzione della liberazione di catecolamine
- miglioramento del circolo placentare

PER IL FETO:

- ridotta acidosi metabolica
- la vasodilatazione migliora la circolazione placentare
- riduzione del consumo di ossigeno e quindi miglioramento dell'ossigenazione fetale

LE INDICAZIONI ALLA ANALGESIA CHE POSSIAMO DEFINIRE ASSOLUTE SONO QUINDI:

- patologie cardiache e respiratorie materne
- ipertensione indotta dalla gravidanza
- travaglio indotto
- parto prematuro
- diabete mellito
- pregressi interventi addominali
- rischio di distacco retinico

LE CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE AL BLOCCO SONO, OLTRE AL RIFIUTO DELLA PAZIENTE:

- coagulopatie
- trombocitopenia grave
- trattamento eparinico
- ipertensione endocranica
- precedenti interventi alla colonna lombare (posizionamento di placche metalliche)
- infezioni cutanee sul sito di iniezione
- patologie neuro-muscolari

Storicamente il dolore viene considerato solo nella sua componente emozionale e non come campanello d'allarme che, se non contenuto e controllato, può avere delle ripercussioni negative sul benessere materno fetale, e le carenze organizzative sono dovute alla scarsa conoscenza che si dà alla nascita in sicurezza. L'evento è peraltro gravato da un elevato contenzioso, perché l'urgenza in sala parto è una delle più drammatiche e non può non esistere un anestesista dedicato. Come è presente la figura del cardioanestesista o del neuroanestesista, non può non esserci un anestesista specializzato in anestesia ostetrica. Il tutto non è limitato alla conoscenza della tecnica ma a ogni criticità: dalla conoscenza della gestione del travaglio alla farmacologia materno-fetale, dalla gestione dell'emergenza alla rianimazione specifica.

Per questi motivi non possono esserci piccoli punti nascita a bassa natalità diffusi sul territorio, si disperde la specificità, la professionalità e le competenze tecniche di tutti gli operatori del sistema con aumento dei tagli cesarei giustificati dalla medicina difensiva.

Si è lottato molto perché la partoanalgesia venisse inserita nei LEA e dopo molti anni in cui si apponeva un "immaginario" codice DRG: 0391 (deciso unanimemente durante un convegno nazionale con anestesisti specialisti nel settore) il 18 marzo del 2017 venne finalmente codificato da nuove linee guida del Ministero della Salute per i LEA. Al di sopra dei 2000 parti l'anno le strutture devono contemplare anestesisti dedicati e al di sotto dei 2000 parti l'anestesista di guardia, adeguatamente formato, dovrà comunque offrire una valida analgesia e quindi il blocco analgesico perimidollare come da dettami dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Secondo l'OMS il parto senza dolore è un diritto di tutte le donne ma in Italia solo il 20%-25% può beneficiarne mentre ad esempio in Francia ne beneficiano il 75% e negli Stati Uniti il 65%.

L'analisi dei dati parziali provenienti da singole realtà ospedaliere evidenzia la presenza, a livello nazionale, di pochi ospedali di eccellenza che offrono l'analgesia peridurale 24/24 ore per 365 giorni all'anno. L'Ospedale Sant'Anna di Torino (7000 parti l'anno) offre da anni, gratuitamente, a tutte le pazienti tale opportunità. Dal settembre 2018 il servizio di Anestesia dell'Ospedale Maria Vittoria (1200 parti l'anno) e dal dicembre dello stesso anno il servizio di Anestesia dell'Ospedale Martini (700 parti l'anno), previo un percorso prestabilito, eseguono l'analgesia peridurale alle pazienti che ne fanno richiesta.



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura del CSTNF, riservata esclusivamente ai laureati in Medicina e Chirurgia, con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **accreditata presso la Regione Piemonte per la formazione nelle Medicine non Convenzionali**, possedendo i requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 13 del 25 giugno 2015. E' abilitata, quindi, a rilasciare ai diplomati un **attestato per l'iscrizione negli elenchi dei medici esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale. L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario di II livello con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento gli iscritti sono **esonerati dai 50 crediti annuali previsti dalla formazione ECM**. La Scuola, attiva dal 1978 e **Patrocinata dall'Ordine dei Medici di Torino**, da dicembre inizierà il suo 42° anno di attività.

Il **programma didattico** sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. A partire da quest'anno ha iniziato la collaborazione con la **Zhejiang Chinese Medical University di Hangzhou, Cina**. Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana Società Agopuntura)**.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **209 edizioni** di eventi ECM.

Dottore, ma è vero che...?

IL SITO PER UN'INFORMAZIONE SCIENTIFICA ACCREDITATA

<https://dottoremaeveroche.it>

La FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, è un organo ausiliario dello Stato e la principale istituzione del mondo medico nel nostro Paese. Come tale essa ha due scopi principali e perfettamente complementari: tutelare la popolazione facendo sì, insieme ad altri organi, che venga garantito e difeso il suo diritto alla salute e, al tempo stesso, vigilare sulla Professione medica, difendendone la dignità e proteggendola da abusi.

Dottoremaeveroche è un sito che nasce con lo scopo di assolvere a entrambi questi compiti: offrire alla popolazione un'informazione accessibile, scientificamente solida e sempre trasparente, e ai Colleghi strumenti comunicativi nuovi, in linea con i tempi, proficui nell'aggiornare lo scambio che è alla base del rapporto tra medico e paziente.

Proponiamo in lettura, anche in questo numero, due articoli di Dottoremaeveroche che riguardano temi tanto dibattuti quanto, sovente, fraintesi.

RTM

UN FARMACO PUÒ NON ESSERE “EFFICACE” ANCHE SE SU DI ME HA FUNZIONATO?

di IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE

Immagina di esserti preso l'ennesimo raffreddore della stagione. Vai in farmacia e fai una scorta di tutto quello che – in una settimana – potrà aiutarti a star meglio. Se deciderai di non far nulla, ci vorranno sette giorni, più o meno. È una battuta, ma mica tanto. Se non facciamo nulla, alcune malattie peggioreranno, ma potremmo non avere vantaggi neanche da un atteggiamento determinato e relativamente più aggressivo. Altre, invece, potrebbero migliorare anche se non facessimo nulla. Non sono pochi, a dire il vero, i disturbi che passano senza bisogno di mettere in atto particolari terapie. I medici li chiamano autolimitanti.

Capita più spesso di quanto crediamo. Torniamo dalla partita di calcetto con la caviglia dolorante o da una gita col mal di gola. Se dopo un paio di giorni sarà passato tutto, saremo sicuri di dover ringraziare la pomata all'arnica comprata in erboriste-



Cerca le risposte alle domande
più frequenti sulla salute

...inizia qui a chiedere



ria o le pasticche consigliate dal farmacista? Come spiegano gli autori di un progetto internazionale che si chiama Testing treatments (che in italiano potremmo tradurre con “mettere alla prova i trattamenti”), “la conoscenza della storia naturale di una malattia, tra cui la probabilità che passando il tempo possa migliorare da sola (remissione spontanea), può evitare l’uso di trattamenti non necessari e false credenze su rimedi la cui efficacia non è provata” (Evans, 2011).

Quando un disturbo o una malattia sono in fase acuta è più facile stabilire una relazione di causa ed effetto. Le cose si complicano in presenza di sintomi “che vanno e vengono” oppure di quelle malattie croniche di cui soffrono ormai molte persone, soprattutto anziane. “Per esempio – spiegano sempre gli autori di Testing treatments – i pazienti con artrite sono più propensi a cercare aiuto quando sono in una fase acuta che, per sua natura, è improbabile che possa durare a lungo. Nonostante il trattamento ricevuto – convenzionale o complementare, efficace o inefficace – è probabile che il loro dolore migliorerà dopo averlo ricevuto, semplicemente perché la fase acuta va placandosi. Comprensibilmente, tuttavia, i medici e i pazienti tenderanno ad attribuire tali miglioramenti al trattamento assunto, anche se può non aver avuto nulla a che fare con i miglioramenti.”



Dottore, vuol dirmi dunque che non dovremmo mai essere sicuri di nulla?

Assolutamente no. Per fortuna la ricerca scientifica ci mette nelle condizioni di avere numerose ragionevoli certezze. Ma non dovremmo mai dimenticare che tutti siamo soggetti a un problema: vediamo quello che ci aspettiamo di vedere. Se siamo convinti di una cosa – in questo caso: se siamo convinti che una terapia sia efficace – andremo alla ricerca di qualsiasi appiglio capace di confermare le nostre convinzioni, così che saremo sempre più sicuri di avere ragione. Al contrario, abbiamo difficoltà a ricono-



scere gli elementi che possono contraddire le nostre opinioni e quindi tendiamo a ignorarle. Talvolta senza neanche farlo apposta. Come dice lo studioso tedesco Gerd Gigerenzer, dovremmo ricordarci sempre che a prendere le decisioni è gente come noi, mediamente ignorante (nel senso di non sempre preparatissima), con poco tempo a disposizione e un futuro incerto (Gigerenzer, 2009).

Questa è la disposizione d'animo che contribuisce alla diffusione di informazioni assolutamente improbabili, fino a farle diventare certezze. “La mamma di un mio amico beve ogni sera una tisana di zenzero e cannella e non si ammala da dieci anni”: quante volte ci capita di sentir dire una frase del genere? Ancora: “Prendi anche tu gli integratori che mi permettono di giocare a tennis con ragazzi che hanno venti anni meno di me”. In assenza – o quasi – di prove scientifiche di efficacia di un rimedio che decidiamo di assumere, possono essere gli effetti psicologici a spiegare perché con alcuni pazienti un certo trattamento contribuisca ad alleviare i sintomi fino a far realmente verificare dei miglioramenti anche se il trattamento, di fatto, non contiene nessun principio attivo (un trattamento “finto”, spesso conosciuto come un “placebo”).

Alcuni pazienti hanno riportato miglioramenti dopo aver ricevuto pillole a base di zucchero, iniezioni di acqua, trattamenti con dispositivi elettrici inattivati, o interventi chirurgici in cui non era successo niente di diverso da un piccolo taglio fatto e ricucito.



Sarà anche come dice lei, dottore. Ma se sto meglio perché dovrei abbandonare le mie “cure” preferite anche se di efficacia non provata?

Almeno per due ragioni. Una è che i trattamenti inefficaci potrebbero distrarci da quelli che funzionano. L'altra è che molti trattamenti (se non la maggior parte) hanno effetti collaterali negativi, alcuni a breve termine, altri a lungo termine e qualcuno forse ancora non conosciuto. Se i pazienti non ricorressero a “terapie” basate su aneddoti o sul passa parola, si risparmierebbero i possibili effetti indesiderati. “Quindi vale la pena di individuare quei trattamenti che è improbabile che aiutino o che potrebbero causare più danni che benefici. Inoltre, la ricerca può anche scoprire importanti informazioni su come i trattamenti funzionano e così indicare la possibilità di sviluppo di trattamenti migliori e più sicuri” (Evans, 2011).

“VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*
Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.
10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it



Una cosa che mi chiedo spesso è perché alcune terapie – in effetti forse un po' stravaganti – non sono rimborsate dal servizio sanitario...

I servizi sanitari dovrebbero supportare i costi di quei trattamenti che rappresentano un buon investimento a fronte delle limitate risorse disponibili per l'assistenza sanitaria. Se ad alcuni pazienti sono dati trattamenti di non dimostrata utilità questo può significare privare altri pazienti di trattamenti che hanno dimostrato di essere di beneficio.



Mi vuol dire, dottore, che l'opinione del paziente conta poco o per nulla?

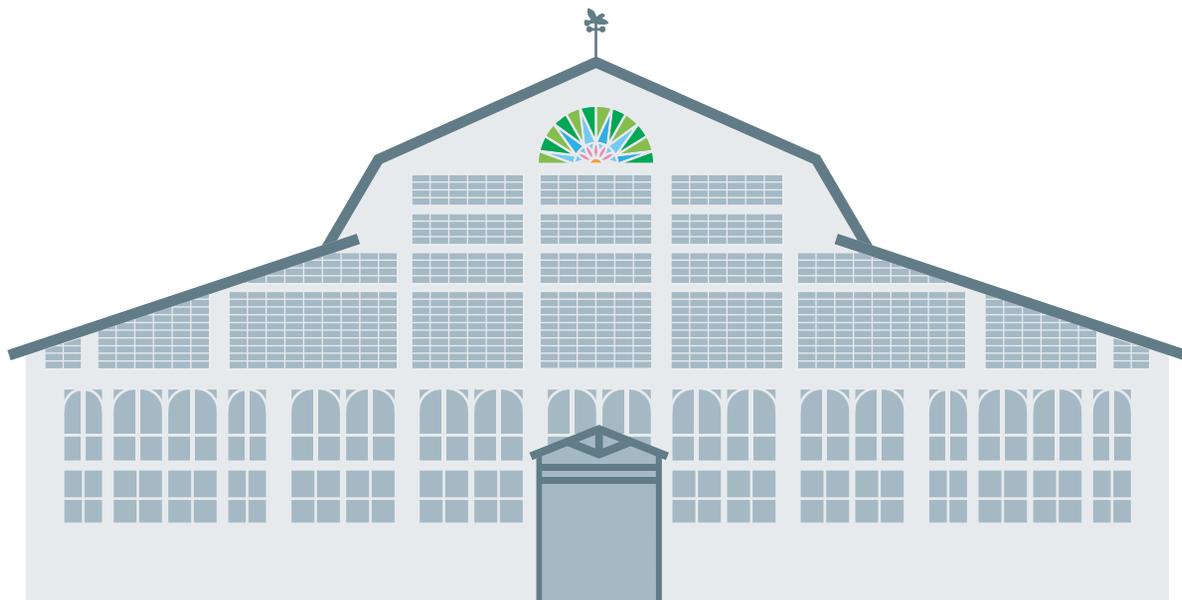
Al contrario, il punto di vista del malato – e in certe occasioni anche dei suoi familiari – è spesso il punto di partenza di ricerche su nuovi trattamenti apparentemente promettenti. Seguendo proprio queste impressioni, attraverso ricerche rigorose a volte si può arrivare alla identificazione di effetti dannosi o utili dei trattamenti. C'è un'attività di ricerca molto intensa che sta studiando quelli che sono stati chiamati gli esiti riferiti dal paziente (in inglese: patient reported outcomes), includendo sistematicamente queste osservazioni nella valutazione degli studi dei nuovi medicinali e, in generale, degli interventi sanitari (Botturi & Rodella, 2014).

Quindi, sebbene sia una componente soggettiva, le impressioni delle persone sugli effetti dei trattamenti non devono essere ignorate. Il singolo caso riferito, però, ha valore di aneddoto e raramente può rappresentare una base affidabile per trarre solide conclusioni sugli effetti dei trattamenti, tanto meno per giungere a conclusioni generali.



Se quello che è accaduto a una singola persona non fa testo, cosa deve avere uno studio perché ci si possa fidare?

La cosa forse più importante è che lo studio confronti cose diverse ma simili. Come spiegano gli autori di Testing treatments, “i confronti sono fondamentali per tutte le sperimentazioni dei trattamenti. I medici e i pazienti a volte confrontano nelle loro menti i vantaggi di due trattamenti. Per esempio, possono avere l'impressione che i pazienti stiano rispondendo a un trattamento in modo diverso rispetto alle risposte avute con altri trattamenti precedenti. I trattamenti sono generalmente valutati confrontando gruppi di pazienti che hanno ricevuto trattamenti diversi. Se la valutazione deve essere corretta, i confronti devono assicurare che simile sia confrontato con simile: la sola differenza sistematica tra i gruppi di pazienti deve essere il trattamento che hanno ricevuto”.



Il commiato ha trovato casa.

Presto Giubileo darà alle famiglie la possibilità di allestire la cerimonia funebre del proprio congiunto in un luogo accogliente, ampio ma intimamente raccolto, personalizzabile secondo ogni possibile esigenza.

Una vera e propria “Casa del Commiato”, pensata e progettata per garantire all’ultimo saluto il tempo e lo spazio che merita.

E per offrire a chiunque, indipendentemente dal culto o dalla filosofia di vita, un luogo d’incontro e di riflessione dove sentirsi uniti, protetti, vicini.

Insieme. A casa.

www.giubileo.com

FUNERAL HOME



GIUBILEO
Le cerimonie funebri dei Torinesi.

ALFA ROMEO STELVIO



VIENI A PROVARELO DA SPAZIO.

La meccanica delle emozioni

Consumi carburante ciclo misto gamma Stelvio 5,2 - 9,8 (l/100km). Emissioni CO₂: 138 - 222 (g/km). Valori omologati in base al metodo di misurazione/correlazione nel ciclo NEDC, aggiornati alla data del 30/09/2019. I valori sono indicati a fini comparativi.

TI ASPETTIAMO NELLE NOSTRE NUOVE SEDI

SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE ALFA ROMEO

TORINO

Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711
Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

MONCALIERI
C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840
Seguici su:   www.alfa.spaziogroup.com