UNASAM – Comitato Scientifico
Raccomandazioni sull'uso appropriato dei farmaci nei percorsi di cura

1. E' necessario realizzare una pratica corretta che informi le persone sugli effetti, desiderati e non, degli psicofarmaci; che non cali il farmaco dall'alto dal 'prescrittore' al 'paziente', ma che lo significhi come gesto di cura e di attenzione, insieme a tanti altri che riguardano la sua vita; che lo moduli rispetto all'estrema variabilità individuale della risposta; e che lo inserisca costantemente in un progetto terapeutico e riabilitativo condiviso, negoziato e discusso con le persone, e che salvaguarda la salute nel suo complesso.

2. Occorre identificare il modo in cui i farmaci sono prescritti, somministrati e assunti, i contesti istituzionali e di servizio in cui ciò avviene, la serie più ampia di risposte in cui si inseriscono.

3. Il farmaco è strumento importante all'interno di una presa in carico, utile a volte a facilitare la relazione terapeutica ma certo non a sostituirne il fondamentale apporto.

4. La farmacoterapia va inserita all'interno di un approccio d'equipe multidisciplinare e pluriprofessionale.

5. Va promosso il coinvolgimento dell'utente e della sua rete sociale nel programma terapeutico-abilitativo individuale, attraverso la pianificazione condivisa delle cure, in modo tale da favorire un'adesione globale al trattamento.

6. In ogni caso va rispettato il principio della dose minima efficace attraverso un attenta e temporalizzata titolazione che guardi all'efficacia e alla tollerabilità in maniera complessiva (*effectiveness*).

7. Va tutelata la salute fisica insieme con la salute mentale. Da anni molti *warnings* sono stati emessi in relazione sia agli effetti collaterali e agli eventi avversi, specie dei neurolettici ma non solo, con accresciute conoscenze in ambito neurologico, cardiologico e dismetabolico, sia all'impatto degli stessi sugli stili di vita (sedentarietà, abuso compensativo di sostanze, tabagismo, potenziamento dei sintomi negativi etc). Introdurre corretta alimentazione e stili di vita "sani e attivi" è pertanto necessario.

8. Va contrastata la mortalità "in eccesso" o evitabile, come esposto nelle linee guida per le comorbidità del WHO (2018). Realizzare e diffonderne la traduzione italiana.

9. Va promosso l'uso di monoterapie, secondo le indicazioni dell'AIFA (che nel 2006-7 prescriveva, in conseguenza delle prime dimostrazioni di cardiotossicità dei neurolettici/antipsicotici, procedure rigorose di controllo della funzionalità cardiaca, evitando la simultanea prescrizione di più di un neurolettico e quella concomitante delle benzodiazepine).

10. Va ridotto l'uso di politerapie, discutendone criticamente il razionale determinato dalla risposta a sintomi isolati o a dimensioni psicopatologiche distinte.

11. Va abbattuto l'uso della cosiddetta "contenzione chimica". Ricordarsi che la sedazione è un effetto collaterale indesiderato e si associa ad altri negativi, oltre che ad un possibile peggioramento delle condizioni generali, cui alla fine si risponde a volte con la contenzione meccanica.

12. Vanno ridotti i frequenti *switch* tra farmaci, spesso non sufficientemente motivati sul piano terapeutico o della tollerabilità.

13. Va affrontata la questione del non-uso o della sospensione dell'uso del farmaco (*de-prescribing*) attraverso procedure definite in cui si "prova in modo concordato" a diminuire e a sospendere le terapie, all'interno di un'alleanza terapeutica e di un'offerta complessiva, anche abilitativa ed emancipativa.

14. Si deve procedere ad una sistematizzazione delle conoscenze per un "uso razionale degli psicofarmaci", calato nel contesto italiano, attraverso una *consensus conference* su un draft preliminare preparato da una task force istituita presso l'ISS.

–