UNASAM – Comitato Scientifico

Raccomandazioni sull’uso appropriato dei farmaci nei percorsi di cura

draft 08.04.21

A cura di Roberto Mezzina, Barbara D’Avanzo e Beppe Tibaldi

- I rapporti OSMED testimoniano che le prescrizioni di antipsicotici e antidepressivi aumentano per tutte le classi da diversi anni.
- L’utilizzo degli psicofarmaci non è ottimale, con documentazione di frequenti politerapie di farmaci della stessa classe e di classi diverse, utilizzo prolungato e off-label.
- Spesso il farmaco viene usato al di fuori di una funzione terapeutica, a scopo di contenzione.
- Al tempo stesso, aumentano le segnalazioni degli effetti collaterali e dei danni alla salute delle persone che li utilizzano.
- Tutto questo è implicitamente accettato come un danno collaterale che non è sufficiente a mettere in discussione l’utilità degli psicofarmaci. Poiché il loro utilizzo è prolungato, massiccio e diffuso, questa posizione è evidentemente semplicistica.
- La ricerca sullo sviluppo di nuovi psicofarmaci è ferma, e gli psicofarmaci rimangono non specifici per le condizioni da trattare con effetti collaterali ancora troppo pesanti. A questo si associa la spinta

Nell’attività quotidiana dei servizi, il ragionare degli operatori è concentrato sulla strategia farmacologica. Ne deriva un impoverimento della risposta complessiva del servizio alla sofferenza, una necessità limitata di identificare strategie alternative, che produce a sua volta servizi troppo centrati sulla prescrizione farmacologica, incapaci di offrire con la qualità e la continuità necessaria interventi e approcci di altro tipo. In più ne conseguono

l‘affermazione che le competenze più importanti siano quelle farmacologiche e che tutto il resto sia secondario

un ostacolo a studiare come si possano trattare le persone senza il ricorso immancabile ai farmaci o usando i farmaci in modo diverso.

Molte persone hanno paura dei farmaci e temono di diventarne dipendenti, altre vivono il farmaco come un’imposizione, non ne tollerano gli effetti collaterali, e non li assumono o li assumono con scarsa regolarità. Se si **vuole garantire il diritto alla cura** è necessario avere strategie alternative.

Valore del confronto e della condivisione tra operatori e operatori e gli altri attori per avviare un cambiamento. Mettere in discussione l’autoreferenzialità del prescrittore e la natura “privata” dell’alleanza terapeutica.

Raccomandazioni 1

- 1. Va sottolineato che il ricorso al farmaco non debba essere considerato sempre necessario ed inevitabile, come prima risposta alle forme di sofferenza psichiatrica (cfr. guida interventi WHO mhGAP).
- 2. 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.
- 3. 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 una condivisione effettiva delle decisioni terapeutiche.

Raccomandazioni 2

- 4. 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. La farmacoterapia va inserita all'interno di un approccio d'equipe multidisciplinare e pluriprofessionale.
- 5. 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. La costruzione di una buona relazione terapeutica riguarda tutta la rete familiare e microsociale del soggetto sofferente.
- 6. La prescrizione e l'uso dei farmaci deve considerare attentamente costi e benefici. 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).

Raccomandazioni 3

- 7. Nello specifico, va promosso l'uso di monoterapie (vedi indicazioni AIFA). Va messo in discussione l'uso di politerapie, spesso giustificato dalla risposta a sintomi isolati o a dimensioni psicopatologiche distinte. Vanno altresì ridotti i frequenti *switch* tra farmaci, spesso non sufficientemente motivati sul piano terapeutico o della tollerabilità, ma invece promossi e sospinti dal marketing di nuove molecole.
- 8. Va abbattuto l'uso della cosiddetta "contenzione chimica". 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.
- 9. 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". E' indispensabile che i sistemi informativi dei DSM includano i parametri di monitoraggio della salute fisica. Va ridotta la mortalità evitabile (OMS).

Raccomandazioni 4

- 10. 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.
- 11. I Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie devono produrre "bilanci sociali" che rendano conto dell'uso degli psicofarmaci e della spesa ad essi relativa, prevedendo delle azioni specifiche in caso di aumento. Va ridotta la personalizzazione del rapporto tra informatori scientifici delle aziende farmaceutiche e i singoli medici.
- Si deve procedere ad una sistematizzazione delle conoscenze per un "uso razionale degli psicofarmaci" (o meglio un "uso parsimonioso e ragionato"), calato nel contesto italiano, attraverso una *consensus conference* su un draft preliminare preparato da una task force istituita presso l'ISS sulla base di questi orientamenti. Se la task force/consensus conference non risultasse attivabile, si propone la stesura di un libretto di raccomandazioni utili, che l'UNASAM metta a disposizione di tutte le Associazioni di utenti e familiari e che offra a tutti i Direttori dei DSM Italiani.