

Più cautela nel prescrivere farmaci

Educare i medici perché diventino dei buoni prescrittori a vita? È uno dei quesiti che emergono da un articolo recentemente pubblicato sul JAMA¹: “Anche se riviste e programmi medico-sanitari sono pieni di informazioni sui farmaci e sul trattamento di patologie specifiche, vi è poca educazione su come diventare dei reali prescrittori a vita”¹ è quanto premettono Schiff e Galanter, citando inoltre alcuni report dell’Association of American Medical Colleges in cui, tra l’altro, si fa riferimento all’influenza estremamente negativa che l’industria del farmaco ha sull’educazione medico-sanitaria e sugli operatori sanitari stessi^{2,3}.

E cosa significa che a fronte di molta informazione su farmaci e patologie il medico può comunque non avere capacità prescrittive ottimali? Significa, tra le altre cose, che i fattori alla base di una corretta prescrizione vanno al di là della mera conoscenza del farmaco e della familiarità clinica con la singola patologia. Ecco perché “una riforma educativa è necessaria, ma non è sufficiente a garantire che i pazienti vengano trattati in maniera ottimale” si sostiene nell’articolo del JAMA e perché, ancora, “oltre a migliorare l’educazione professionale in farmacologia e ridurre al minimo la formazione poco equilibrata promossa dall’industria, gli aspiranti prescrittori hanno bisogno di principi che li guidino in farmacoterapia e li aiutino a diventare prescrittori più attenti, cauti, ed *evidence-based*”¹.

La posta in gioco è alta: da una parte minimizzare il rischio per il paziente di andare incontro a terapie farmacologiche inutili o – peggio – dannose; dall’altra contenere i costi che simili terapie (inutili o dannose) comportano per il servizio sanitario e per il cittadino-paziente.

Linee guida per una prescrizione più cauta

Schiff e Galanter suggeriscono sei principi (box) che vorrebbero rappresentare “l’antidoto definitivo o globale ai molti fattori che contribuiscono ad una prescrizione subottimale”¹, allo scopo – appunto – di rendere eccellente la capacità prescrittiva del medico. Sono tutti principi che sottolineano la multifattorialità di una buona pratica prescrittiva in quanto ad essa contribui-

scono numerosi elementi di natura diversa. Aderendo a tali principi, nella sua pratica prescrittiva il medico deve/dovrebbe:

- individuare e promuovere alternative al farmaco valide ed efficaci (vedi box, “pensare oltre il farmaco”), quali esercizio fisico, alimentazione, riduzione di elementi di stress psico-fisico, in sintesi una terapia basata su modificazioni dello stile di vita;
- seguire pratiche prescrittive più caute e giudiziose (vedi box, “prescrizioni più strategiche”) e sempre basate sull’evidenza;
- vigilare sulle conseguenze e sui possibili effetti avversi di un farmaco e di una terapia farmacologica (vedi box, “intensificare la vigilanza degli effetti avversi”), condividendo con il paziente i possibili problemi legati all’assunzione della terapia;
- avere un approccio di giusto scetticismo verso i nuovi farmaci (vedi box, “cautela e scetticismo verso farmaci nuovi”) che – a differenza di quelli da più tempo sul mercato, tra cui ovviamente i farmaci equivalenti – hanno a loro sfavore meno evidenze di sicurezza per un impiego ancora limitato nella pratica clinica;
- contrastare con fermezza ma anche con intelligenza e sensibilità le richieste di farmaci spesso eccessive provenienti dal paziente (vedi box, “condividere l’agenda con i pazienti”); tale azione di contrasto però non dovrebbe nascere e concludersi con un semplice rifiuto da

Schiff e Galanter suggeriscono sei principi che vorrebbero rappresentare “l’antidoto definitivo o globale ai molti fattori che contribuiscono ad una prescrizione subottimale”, allo scopo di rendere eccellente la capacità prescrittiva del medico.

parte del medico, quanto piuttosto rappresentare la volontà di condivisione di medico e paziente relativamente ai trattamenti farmacologici;

- considerare sempre benefici e rischi a lungo termine del farmaco e non solo ragionare sul breve termine (vedi box, "il peso di effetti più ampi e a lungo termine").

Dalla teoria alla pratica: non è sempre facile

Per ognuno di questi principi, esistono però delle barriere che ne ostacolano l'implementazione nella pratica clinica del prescrittore.

Ad esempio, come dichiarano gli autori della pubblicazione sul JAMA, "è più facile scrivere una ricetta anziché ricercare approcci alternativi"¹, data anche la pressante mancanza di tempo a disposizione del medico e dell'operatore sanitario; oppure, relativamente alla prescrizione di nuovi farmaci, "gli specialisti si sentono costretti a prescriberne perché molti pazienti trattati riportano il mancato funzionamento di terapie più conservative, e la reputazione di un medico specialista cresce grazie all'impiego dei più recenti progressi terapeutici"¹, e così via, per cui comprendere e superare le barriere può risultare critico, difficile e lungo.

A sfavore, tra l'altro, di una certa cautela nella pre-

scrizione e di una prescrizione quindi più conservativa c'è la stessa letteratura medica, dove spesso a predominare sono gli studi promossi e finanziati dall'industria che possono riflettere un orientamento non sempre favorevole ad una pratica prescrittiva cauta e giudiziosa.

Circa i sei principi suggeriti nell'articolo del JAMA, gli autori concludono che "considerati nel loro insieme, rappresentano un significativo cambiamento degli attuali modelli prescrittivi" e proseguono affermando che "più che nichilismo terapeutico, l'approccio di queste linee guida mira a rispettare i limiti della conoscenza ed allineare i clinici agli interessi dei pazienti"¹. **bif**

Bibliografia

1. Schiff GD, Galanter WL. Promoting more conservative prescribing. JAMA 2009; 301: 865-7.
2. Association of American Medical Colleges. Industry funding of medical education: report of an AAMC Task Force. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2008.
3. Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in medicine: education in safe and effective prescribing practices. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2008.

Per saperne di più

- De Angelis CD, Drazen JM, Frizelle FA, et al. International Committee of Medical Journal Editors. Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. JAMA. 2004; 292: 1363-4.
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med 2003; 348: 1556-64.
- Jones OA, Voulvoulis N, Lester JN. Potential ecological and human health risks associated with the presence of pharmaceutically active compounds in the aquatic environment. Crit Rev Toxicol 2004; 34: 335-50.
- Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, et al. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293: 1995-2002.
- Lasser KE, Allen PD, Woolhandler SJ, Himmelstein DU, Wolfe SM, Bor DH. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. JAMA 2002; 287: 2215-20.
- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998; 279: 1200-5.
- Macht DI. Osler's prescriptions and materia medica. Osler Libr Newsl 1994; 76: 1-5.
- Padwal RS, Majumdar SR. Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant. Lancet 2007; 369: 71-7.
- Sigurgeirsson B, Olafsson JH, Steinsson JB, Paul C, Billstein S, Evans EG. Long-term effectiveness of treatment with terbinafine vs itraconazole in onychomycosis: a 5-year blinded prospective follow-up study. Arch Dermatol 2002; 138: 353-7.
- Schiff GD, Klass D, Peterson J, Shah G, Bates DW. Linking laboratory and pharmacy: opportunities for reducing errors and improving care. Arch Intern Med 2003; 163: 893-900.
- Zhan C, Sangl J, Bierman AS, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. JAMA 2001; 286: 2823-9.
- Waxman HA. The lessons of Vioxx: drug safety and sales. N Engl J Med 2005; 352: 2576-8.

Box. Principi di prescrizione conservativa*.**1. Pensare oltre il farmaco**

- Cercare alternative non farmacologiche come prima e non come ultima risorsa.
- Trattare le cause scatenanti anziché trattare solo i sintomi.
- Cercare l'opportunità di prevenire anziché concentrarsi esclusivamente sul disturbo dimostrato o sul miglioramento sintomatico.

2. Prescrizioni più strategiche

- Rinviare il trattamento farmacologico ogni volta che è possibile e desiderabile.
- Usare solo pochi farmaci; imparare ad usarli bene.
- Evitare di passare da un farmaco all'altro senza ragioni di evidenza clinica.
- Essere scettici relativamente alla terapia individualizzata quando gli studi suggeriscono scarsa evidenza di beneficio nella coorte analizzata.
- Essere cauti relativamente a prescrizioni telefoniche o via e-mail.
- Ogni qual volta è possibile, cominciare solo con un nuovo farmaco per volta.

3. Intensificare la vigilanza degli effetti avversi

- Mantenere un alto grado di sospetto per gli effetti indesiderati dei farmaci.
- Educare i pazienti sui potenziali effetti indesiderati per assicurare un più tempestivo riconoscimento da parte loro.
- Essere vigile ai segnali di sintomi da astinenza di un medicinale che mascherano una ricaduta del disturbo.

4. Cautela e scetticismo verso farmaci nuovi

- Apprendere notizie su farmaci nuovi e nuove indicazioni da fonti imparziali e da colleghi con reputazione di prescrittori cauti.

- Non aver fretta di usare nuovi farmaci dal momento che nuovi effetti avversi spesso emergono più tardi.
- Essere certi che i medicinali migliorano i risultati clinici e non modificano soltanto un marker surrogato.
- Non estendere le indicazioni lontano dalle evidenze dello studio clinico.
- Evitare di essere attratti dalla farmacologia elegante o da meccanismi fisiologici in assenza di benefici di risultati clinici dimostrati.
- Diffidare di relazioni selettive e/o di presentazioni parziali di studi.

5. Condividere l'agenda con i pazienti

- Non accondiscendere a tutte le richieste dei pazienti per nuovi farmaci che hanno visto in pubblicità.
- Evitare la prescrizione di ulteriori medicinali anche se si sospetta una possibile non aderenza.
- Esigere dai pazienti storie mediche accurate per evitare prescrizioni ripetute di farmaci precedentemente provati senza successo.
- Interrompere farmaci che non funzionano o di cui non c'è più bisogno.
- Lavorare con il paziente e promuovere il desiderio del paziente per una terapia prudente.

6. Il peso di effetti più ampi e a lungo termine

- Pensare oltre gli effetti a breve termine; considerare benefici e rischi a lungo termine.
- Cercare sistemi prescrittivi migliori (per es. inserimento dati computerizzato) anziché solo nuovi farmaci come modo per migliorare la farmacoterapia.

*Tradotto da Schiff GD, Galanter WL. Promoting more conservative prescribing. JAMA 2009; 301: 866.