

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 su *JAMA*¹: "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 di *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 (*vedi box*) che vorrebbero rappresentare "l'antidoto definitivo o globale ai molti fattori che contribuiscono a 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 contribuiscono 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 azio-

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 a 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 qualvolta 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 vigili 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 dei pazienti

- Non accondiscendere a tutte le richieste dei pazienti per nuovi farmaci che hanno visto in pubblicità
- Evitare le prescrizioni 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.

ne di contrasto, però, non dovrebbe nascere e concludersi con un semplice rifiuto da 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 su *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 prescrivere 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 prescrizione 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 a una pratica prescrittiva cauta e giudiziosa.

Circa i sei principi suggeriti nell'articolo di *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.

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.

Tratto dal Bollettino di Informazione sul Farmaco (BIF) XVI, N. 1 2009, per gentile concessione

PRIORITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Questo numero di *Medico e Bambino* ospita un approfondito dibattito sulla questione della vaccinazione antipneumococcica. Il dibattito, come spesso accade su questioni inerenti la salute, si focalizza sulla questione dei possibili benefici, in minor misura sui costi. Purtroppo, perché se la questione viene impostata in questo modo qualsiasi intervento i cui benefici siano dimostrabili, a costi che appaiano accettabili, sarebbe da realizzare. Il ripiano a piè di lista dei costi della Sanità (di fatto in-

valso fino a oggi in gran parte del sistema) non ha certamente contribuito a renderci responsabilmente consapevoli dei costi. Quando, infatti, un costo appare accettabile secondo questa logica? Quando, fatti i conti, appare compatibile con le risorse (attuali, sulle proiezioni future di sostenibilità pochi si avventurano). Questo modo di impostare simili questioni è semplice, direi semplicistico, ma non è affatto ragionevole.

Occorrerebbe infatti misurarsi, e far misurare seriamente i "portatori di interessi" (amministrazioni, medici, pazienti ecc.), con il concetto di costo-opportunità, concetto tipicamente relativistico che dice che ogni intervento ha un costo e porta dei risultati, per cui per ogni disponibilità di spesa vanno comparate le alternative possibili, scegliendo quelle che a parità di costo producono i risultati migliori. Si noti che questo approccio non compara interventi diversi volti allo stesso risultato (sarebbe troppo semplice), ma più spesso interventi che mirano a risultati diversi, e che quindi richiedono valutazioni complesse del "peso" di questi risultati per la collettività. Vista in questi termini, la questione vaccino antipneumococcico si dovrebbe porre nei seguenti termini: dato il costo x della vaccinazione per il SSN (oggi, ormai, per i SSR), è questo il modo migliore per impiegare queste risorse? Si intende, dando per scontato l'attuale vaccino in commercio e le caratteristiche di "resa" che sono state ampiamente discusse, e sulle quali peraltro non pare vi sia accordo.

Questo approccio non semplifica, dunque, le cose: serve conoscere bene la resa di ciascun intervento, in termini di giorni di vita/giorni di vita sana, i benefici a breve e quelli a lungo termine, i costi a breve e i costi a lungo termine, e non si possono evitare discussioni basate su diversi "valori" dati a diversi "prodotti", ad es. l'incremento di qualche settimana di vita di un malato oncologico verso la qualità di vita di un anziano disabile. Certo che, con i dati disponibili sui costi e i prodotti del vaccino antipneumococcico, pare arduo sostenere che le risorse impegnate non possano essere spese meglio. Ad esempio, per attuare interventi che in gran parte d'Italia sono carenti: sostegno di personale qualificato per il supporto e l'assistenza a domicilio del disabile e del malato cronico, e per migliorarne l'autonomia con appropriati sussidi tecnologici; cure dentarie e ortodontiche, per lo meno sotto un certo livello di reddito; supporto neuropsicologico, psicologico e psichiatrico ai portatori di disturbi dell'apprendimento, di disagio psicologico e di malattia mentale; formazione dei medici di famiglia al *counselling* e alla comunicazione interpersonale. Se ne potrebbero elencare decine, di cose che potrebbero essere fatte, molto utili, e che purtroppo non si fanno, nemmeno nelle Regioni più virtuose.

Non può certo bastare (non me ne vogliano Alberto Tozzi e Marta Ciofi degli Atti) invocare la sorveglianza e la valutazione, a posteriori. Costi e opportunità vanno valutati a priori. E questo caso del vaccino antipneumococcico meritava una valutazione a priori più attenta, almeno a livello regionale, riguardo alle possibili alternative nell'uso delle risorse, ormai limitate e in prospettiva limitatissime. La lista di attesa degli interventi utili ed efficaci è lunga, e c'è da giurare che il vaccino, se avesse dovuto confrontarsi a parità di *chance* con tale lista, non vi avrebbe trovato collocazione se non abbastanza in coda, anche nello scenario di "prodotto" di salute a esso più favorevole.

Il fatto è che pochissimi, tra gli esperti di Sanità pubblica, ap-

paiono oggi in grado di usare questo approccio, che, proposto anche alle comunità dei professionisti e alle amministrazioni, oltre che portare a decisioni migliori, sarebbe altamente educativo. È peraltro curioso che tutti noi utilizziamo continuamente nella vita quotidiana il criterio del costo-opportunità (che funziona, eccome) e che gli stessi politici vengano misurati in base alla loro abilità a fare questi calcoli (purtroppo inseguendo sia al primo che al secondo termine entità non sempre valutate con il metro della pubblica utilità).

Il caso è esemplare e occorrerà trarne qualche lezione. Già nel 2009 e poi ancora di più nel 2010 si dovranno, di necessità, operare tagli e riduzioni alla spesa sanitaria per mantenere i livelli essenziali di cura per tutti. È auspicabile che la logica sia diversa da quella adottata finora, che non ha il conforto di dati sufficienti, che sfugge il confronto tra opzioni diverse nell'utilizzo di risorse, e che evita di porre i pagatori (cittadini) e i professionisti in grado di riflettere.

Giorgio Tamburini

IL SSN TRA LE ROVINE DI UN PAESE SGOVERNATO. OVVERO "CICERO CONTRA SACCONES (SACCONI)"

Siamo un Paese governato da molto tempo.

Il Buongoverno degli anni '45-'90 ha messo sulle spalle di ogni cittadino un debito pubblico insanabile, che aggrava la nostra tassazione quotidiana. Questo debito un po' sconsigliato, messo sulle spalle, allora come sempre, della generazione che viene, ci è servito peraltro a uscire dalla miseria e dall'arretratezza, a diventare uno del G8, cosa che fa molto piacere ai nostri reggitori in cravatta.

Il Malgoverno, da Craxi in poi, alla faccia del grande statista, col forte aiuto della Regionalizzazione, e poi della Leghizzazione, dell'Italia, ha codificato il furto di partito (e personale) come prassi, dapprima per il finanziamento dei partiti, poi (e ora) per l'auto-finanziamento degli amministratori, intendo delle persone fisiche che ci amministrano.

La Corte dei Conti denuncia il fatto che circa il 4% del PIL, cioè 50-60 miliardi di euro, cioè l'intera quota che verrà a mancare al nostro bilancio, secondo i calcoli dell'OCSE, alla fine dell'anno in corso, è "risucchiato" dalla corruzione, una tassa occulta e immonda, che paghiamo attraverso il percorso, sotterraneo ma non tanto, tra la Pubblica Amministrazione a tutti i livelli, anche centrali (Brunetta, non far finta di non sentire, e guarda alla trave piuttosto che alle pagliuzze), ma specialmente ai livelli periferici, di Regione e di Comune. Così, in omaggio alla *devolution*, e all'assegnazione degli appalti, e al corrotto (o al finto, o al mancato) controllo del territorio, e alla non-gestione delle scorie, e all'altissima cresta su ogni spesa, altro che le creste di gallo, e all'universalmente accettata deresponsabilizzazione dei responsabili, ci troviamo in braghe di tela. Così, dove i conti sono appena appena in pari, le Regioni (4 o 5, Liguria, Trentino, Friuli Venezia Giulia, Molise), che sono anche quelle con meno denunce di corruzione, si accontentano, e si tengono caro, l'inutile titolo di "Regione virtuosa"; e dove i conti sono nel baratro si parla sorridendo di buchi (ma sono voragini) di bilancio che qualcuno pagherà.

Qualcuno? Noi. E non solo coi nostri soldi, ma con la nostra vergogna, col non volere più essere italiani, con la consapevolezza della nostra incapacità a governare e a essere governati, a essere reciprocamente fedeli, i governanti ai governati e i governati ai governanti.

Non è una storia di oggi. Ho letto da poco un grosso e bel libro, *La Forza del Destino*, ovvero la Storia d'Italia dal 1836 a oggi, scritta da un inglese. Ed è stato sempre così: in principio gruppuscoli di idealisti che volevano trasformare l'Italia da un Paese di affamati e calpestati braccianti in un Paese di eroi pronti a morire per un nome e cinti dall'alloro; poi uno Stato piemontese che, con l'aiuto di quegli idealisti, ha schiacciato con la forza delle armi il proletariato del Sud producendo il fenomeno (una grande rivoluzione popolare) del brigantaggio e allargando il solco che comunque separava le due Italie; poi una democrazia in cui gli eletti appartenevano comunque alle classi nobili e ricche e usavano, da sempre, il loro potere per faccende di campanile e di privato personale, e alzavano le tasse sui poveri (tassa sul sale, tassa sul macinato eccetera); poi un potere borghese che a forza di guerre perdute o quasi perdute e di molti morti analfabeti, Adua, la Libia, il '15-'18, ha voluto a tutti i costi conquistarsi il diritto all'elmo di Scipio e ad apparire sulla scena internazionale, il grande sogno che Mussolini ha finalmente realizzato (per sé, allora; e ora, dopo 50 anni, per Frattini).

Ma oggi paghiamo i debiti (paghiamo? o riusciremo ancora una volta a farli pagare ai nostri figli e nipoti? già cominciamo a farlo con la scuola peggiore d'Europa):

- I territori della Campania, in cui si è continuamente finto di fare le bonifiche, coi soldi UE (dove sono finiti?) ormai stabilmente inzuppato di diossina;
- Le case abusive, che cadono qua e là trascinando con sé gli impropri terreni su cui sono state costruite. Le coste e le valli di montagna cementificate, a onta delle belle foto pubblicate per attirare;
- Il, comunque devastante, turismo, il bello, naturale e storico, in via di estinzione, corrosivo dalla speculazione edilizia e dal bisogno impellente di mangiarci sopra (penso in questo momento alle coste della mia bella Sardegna, liberate di recente, con la caduta del governo Soru, dal vincolo di edificabilità, a cui il nostro Premier promette in cambio istituti di *fitness* o *wellness* per dar lavoro ai poveri sardi (venduti anche quelli));
- Le acque che non trovano più la loro strada per il sottosuolo perché il soprasuolo è coperto dalle amate "infrastrutture" e dalle seconde e terze case (almeno quelle dovranno pagare l'ICI; o chissà che magari alle prossime elezioni glielo tolgano), la scuola, già nominata, quasi ultima tra le classifiche OCSE, senza guida, senza soldi, con un corpo insegnante confuso, demotivato, mal pagato, incertamente arruolato;
- L'Università, fuori controllo, corrotta, da se stessa e dalla classe politica, anche quella nelle ultime posizioni nelle classifiche internazionali;
- La malavita organizzata che controlla politicamente ed economicamente un terzo dell'Italia.

Chi ci salva?

In questo marasma (eppure siamo il Paese più bello del mondo) sta in piedi solo il SSN. Mi sono già appassionato su questo tema e su queste pagine, ma sento sempre più il biso-

gno di ritornarci. CONTRA SACCONES, che dice che il nostro SSN "funziona male e costa troppo". Ma dove? Ma perché? E perché non abbiamo diritto a un vero Ministero della Salute? Non ce l'ho con Sacconi (un poco sì): ma semplicemente lo hanno messo a capo di un Ministero, quello del Welfare, di cui la salute è diventata una scomoda appendice, e di cui in pratica non si occupa, e nemmeno si informa, convinto come è (lo ha detto più volte) che sarà il privato a salvare il pubblico (come Gelmini pensa per la scuola). Ora glielo dico io.

La spesa per il SSN corrisponde, per l'Italia, al 7,4% del PIL (10,7% per la Germania, 9,5% per la Francia, 10,9% per la Svezia, 13,9% per gli USA). Di questa quota, 7,4%, solo il 5,5% pesa sulla spesa pubblica (la percentuale di spesa privata è dunque pari a circa 1/3 del totale, una quota elevata, al quarto posto dopo USA, Grecia e Portogallo). L'attesa di vita è cresciuta da 80,3 anni (nel '91) a 82,8 per le donne, e da 73,8 (per gli uomini) a 76,7, una crescita dovuta quasi esclusivamente al miglioramento delle cure ai vecchi (siamo secondi solo al Giappone). La mortalità infantile è scesa dal 43,9% nel 1960 al 4,3% (4,3% in Germania, 4,5% in Francia). Per l'OMS il SSN occupa ancora il secondo posto per qualità ed efficacia nella classifica internazionale.

Dove sono questo alto costo e bassa resa, sbandierati, in omaggio a una vetero-cultura del privato (e/o a un conformismo governativo e/o a qualche interesse elettorale o familiarpolitico, o di buon vicinato) dell'anziano Sacconi?

Certo: la corruzione non lascia indenne il SSN. Anzi: va detto e tenuto presente che la Sanità, a cui va la maggiore quota di spesa delle Regioni, è naturalmente l'oggetto delle brame di tutti: della colonizzazione politica *sic et simpliciter* (ca-

riche tecniche ottenute per meriti politici, campanilismo ospedaliero), del cosiddetto privato (il privato convenzionato e le sue deviazioni, portate talvolta fino all'infamia), ovvero della cosiddetta collusione/corruzione/concussione pubblico/privato (edilizia, forniture, consulenze, rimborsi, mazzette, escort, commercio elettorale), fino alla *longa manus* della criminalità organizzata (vigile e attiva su tutto questo). In testa alla classifica delle denunce per corruzione le Regioni dove ha un ruolo più significativo, ideologico e pratico, la Sanità privata: Campania, Puglia, Lombardia, Calabria. Certo, anche il SSN (cittadella ancora inespugnata nel Deserto dei Tartari; o meglio, moderna Stalingrado, sotto assedio e sotto assalto ma con la bandiera non ammainata e ancora padrona del suo territorio), ha le sue malattie interne; tra queste c'è anche il tarlo dell'aziendalismo e dei DRG sterilmente gonfiati (sterilmente, perché tutto, poi, resta in casa): cattivo esempio comunque, e alibi per il privato (che li gonfia non sterilmente).

L'appello, questo appello, oltre che per Sacconi che non ha motivo di leggerlo, è per voi, operatori della salute, che siete il tessuto del Sistema, che ancora tiene. Un appello come cittadini a difenderlo; un appello come operatori a perseverare con onestà intima e con passione.

Ci difenda, caro Sacconi, difenda questa risorsa del popolo italiano anziché parlarne male e lasciar intendere che intende liquidarlo. E gli operatori di questo sistema difendano non solo il loro posto di lavoro, ma la qualità e la dignità del loro lavoro, bellissimo, forse il più bello; per me il più bello. Lo difendano nel giorno per giorno e, specialmente, dentro di sé.

Franco Panizon