

6.2

RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA E DEPRESCRIZIONE NEL SETTING DEL SERD

Campana M.*^[1], Daffini L.^[1], Ghidelli N.^[1],
Milanese P.^[1], Rizzardi N.^[1], Acerbis D.^[2],
Colombi M.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est - Seriate - Italy,

^[2]Università degli studi di Bergamo - Bergamo - Italy

L'attività di riconciliazione della terapia farmacologica rientra nell'ambito dei servizi cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi.

Proponiamo un progetto operativo come modello di innovazione e di integrazione di azioni ed esperienze che vedano protagonisti l'insieme degli stakeholders territoriali.

Introduzione

La realtà del SerD è molto spesso caratterizzata da un uso improprio dei farmaci, in un contesto di uso diffuso di sostanze stupefacenti all'interno di un mercato che è spesso illegale e parallelo a quello farmaceutico. Non sorprende quindi un consumo disordinato ed incongruo di sostanze e farmaci, perché questo rappresenta un po' il core-business dei nostri servizi ambulatoriali territoriali. La quotidianità è spesso caratterizzata proprio da interventi di riconciliazione farmaco-tossicologica e tentativi, spesso infruttuosi, di deprescrizione. Negli ultimi 30 anni la principale criticità è stata correlata al consumo di Benzodiazepine (BDZ), consumo che spesso si configura come vera dipendenza psico-fisica, caratterizzata, come per le sostanze illegali, dalla triade "craving-tolleranza-astinenza" ovvero: Craving desiderio compulsivo di assumere il farmaco, Tolleranza: è necessario aumentare le dosi del farmaco nel corso del tempo per ottenere l'effetto desiderato, Astinenza: in mancanza del farmaco si possono manifestare sintomi psichici come ansia e agitazione psicomotoria. Inoltre si possono manifestare sintomi fisici come tachicardia, tremore alle mani, cardiopalmo, sudorazione profusa, nausea, vomito, fino ad arrivare a vere e proprie crisi convulsive. Ma il fenomeno che ci ha spinto ad immaginare specifici interventi specialistici, mirati al contenimento dell'abuso farmacologico, è legato alla sempre maggiore diffusione di farmaci, non solo oppiacei, prescritti nel contesto della terapia del dolore neurologico, in ortopedia,

fisiatria e riabilitazione fisica, quali per esempio Ossicodone, Buprenorfina, Fentanyl, Duloxetina e Pregabalin, in associazione anche con altre molecole, e che in assenza di un adeguato follow-up clinico possono favorire lo sviluppo di quadri di dipendenza che necessitano poi di interventi specialistici quali quelli che il SerD può e deve offrire.

Si omette intenzionalmente il grande capitolo degli anti-dolorifici non oppiacei per la complessità delle raccolte dati, stante la facilità di recuperare i prodotti in molti contesti "commerciali" e quasi completamente al di fuori della prescrizione da parte dei medici.

I dati pubblicati dalla Società Italiana di farmacologia parlano di un fenomeno in espansione.

Nell'ultimo decennio l'uso degli oppioidi per il dolore cronico non-oncologico è notevolmente aumentato anche in Europa e non solo negli USA. In Europa l'abuso di oppioidi di sintesi rappresenta un problema crescente. Mentre l'eroina rimane l'oppiaceo più frequentemente utilizzato, gli oppioidi di sintesi diventano sempre più spesso oggetto di abuso. Nel 2014, 18 paesi Europei hanno riferito che tra i pazienti che si sono rivolti ai servizi per le dipendenze patologiche per problemi legati alla classe dei narcotici oppioidi, più del 10% assumeva oppioidi diversi dall'eroina, questo dato sarebbe in aumento rispetto al 2013. I farmaci più frequentemente coinvolti includono: metadone, buprenorfina, fentanyl, codeina, morfina, tramadolo e ossicodone. In alcuni paesi europei, gli oppioidi, e non l'eroina, rappresentano attualmente la forma più frequente di uso/abuso di stupefacenti nei pazienti che giungono ai servizi per le dipendenze.

In Italia nell'ultimo rapporto disponibile dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), che descrive le tendenze su scala italiana della prescrizione dei farmaci viene riferito un incremento nelle prescrizioni degli oppioidi in termini di variazione del rapporto della defined daily dose (DDD) per gli alcaloidi oppiacei, per gli oppioidi derivati dalla fenilpiperidina, come il fentanyl), e per gli altri oppioidi. Una crescita è stata osservata anche per i farmaci usati nella terapia del disordine da uso di sostanze oppioidi, come il metadone e la buprenorfina. Nel rapporto OsMed del 2015, che ha valutato il periodo compreso tra il 2007 e il 2015, era stato documentato un aumento delle prescrizioni di oppioidi di circa 4 volte, potenzialmente correlabile alla riduzione della prescrizione dei FANS che si è osservata (da 25 DDD nel 2007 a 20 DDD nel 2015). Tra i farmaci più prescritti risultano esserci l'ossicodone in associazione (ad esempio ossicodone/naloxone) e il tapentadolo per i quali occorre ricordare che i numeri italiani di consumo in partenza erano molto bassi, vicini allo zero.

L'attenzione diffusa a questo fenomeno ha favorito la messa a punto di formulazioni farmaceutiche deterrenti, per impedire l'utilizzo inappropriato di tali farmaci. Benché l'utilizzo di analgesici oppiacei in Italia sia ancora inferiore al Nord Europa e agli USA, grande attenzione deve essere posta nell'evitare il rischio di abuso, pur garantendo a tutti i pazienti con dolore il diritto all'accesso alle cure, come previsto dalla legge 38/2010.

I tre principali punti chiave, quando si inizia una terapia con oppiacei per il trattamento del dolore cronico (soprattutto se si tratta di dolore non oncologico) vi sono:

1. La rivalutazione, con il paziente, degli esiti di una terapia farmacologica non soddisfacente proponendo in alternativa: la rotazione degli oppiacei e delle vie di somministrazione, l'integrazione di altri farmaci non oppiacei, formulazioni abuso-deterrenti/transdermiche, un adeguato uso di farmaci indicati per il dolore cronico neuropatico (gabapentinoidi, antidepressivi SNRI e SSRI, antiepilettici, anestetici locali, cannabinoidi).

2. Monitorare il rischio di uso compulsivo (addiction) con test validati come l'Opioid Risk Tool per permettere una stratificazione dei pazienti in gruppi ad alto, medio e basso rischio di abuso/dipendenza ed indirizzare risorse diverse a chi ne ha più bisogno secondo necessità.

3. Valutare attentamente la terapia con oppiacei nei pazienti con una pregressa storia di disturbo da uso di sostanze (SUD), compreso l'alcool, o malattia mentale attiva. La terapia con oppiacei nei casi di SUD pregressa non deve essere criminalizzata o evitata a priori, ma decisa congiuntamente con i professionisti del SerD, in modo da valutare il dosaggio migliore di oppiaceo, la via di somministrazione (preferendo la transdermica), le formulazioni abuso-deterrenti, in modo da trattare il dolore e non indurre sindrome astinenziali. In caso di SUD attiva e di terapia sostitutiva con metadone adeguare il dosaggio per un corretto controllo del dolore. Ed è proprio in questo dinamico contesto operativo che il nostro progetto può assicurare una rapida ed efficace triangolazione tra medici prescrittori (MAP, specialisti della terapia del dolore, fisiatristi, ortopedici, neurologi), farmacisti e professionisti del SerD, attraverso l'attivazione di specifici slot di teleconsulto, in aggiunta a quelli già attivati per l'area alcolologica e, prossimamente, per i disturbi del comportamento alimentare ed il disturbo da gioco d'azzardo.

I SerD da sempre affrontano queste tematiche, nella loro quotidianità clinica, ma con scarsa condivisione d'intenti con gli altri professionisti coinvolti nella cura di pazienti complessi.

Ipotesi di sviluppo

L'attività di riconciliazione della terapia farmacologica rientra nell'ambito dei Servizi Cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi. Si tratta di un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, eventuali integratori e/o altro (ricognizione), e quelli che dovrebbero essere somministrati nella particolare circostanza, permette al medico di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica.

La nostra ipotesi di lavoro si pone come obiettivo un modello per l'implementazione di percorsi di controllo e valutazione (assessment) e dell'appropriatezza prescrittiva in diversi contesti clinici, che arricchiscano ulteriormente quanto riportato nel Piano Attuativo (Vers. 0.4 del 15/09/2023) e in particolare nell'allegato-3 delle cosiddette regole di sistema 2024 di Regione Lombardia (R.L.).

L'ipotesi è che il modello da noi proposto possa favorire l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmacologico, attraverso processi ben definiti per l'identificazione rapida del target di utenti e la presa in carico tempestiva delle criticità. Tale modello si propone infatti, partendo da quanto già proposto da R.L., di definire percorsi innovativi, sia da un punto di vista clinico, che procedurale ed organizzativo, nonché di ottimizzazione delle risorse. La ricca ed articolata documentazione delle regole di sistema 2024 di R.L. infatti, rappresenta un gold standard da perseguire mediante un processo di rapida gradualità che solo una puntuale declinazione settoriale può garantire.

Per quanto riguarda l'applicazione pratica e rapida del progetto attraverso gli strumenti della telemedicina, il punto forte nello specifico della nostra azienda, è l'avanzato stato di sviluppo del Team di telemedicina aziendale che ci vede protagonisti dall'inizio dell'operatività e che rappresenta un forte punto di riferimento regionale.

Esistono diverse linee guida in letteratura utili nell'esecuzione di una riconciliazione farmacologica delle molecole prescritte e non-prescritte nei SerD, anche se il target iniziale di queste linee guida si colloca in un ambito clinico differente da quello delle dipendenze patologiche, rappresentano uno strumento rapido ed efficace per una ricognizione delle principali criticità e rappresenta uno strumento può essere utilizzato e condiviso sia nel contesto del teleconsulto/televisita, che internamente ai servizi.

La S.C. SerD può quindi organizzare attività specialistiche dedicate oppure in aggiunta alla progettualità istituzionale ordinaria.

Conclusione: I potenziali vantaggi dell'applicazione della riconciliazione farmacologica, tramite gli strumen-

ti e le azioni previsti dal nostro progetto, potrebbero favorire un circolo virtuoso di ulteriori iniziative, con implicazioni positive non solo nell'immediato, ma anche nel medio e lungo termine. Nello specifico, i vantaggi non si limiterebbero a migliorare aspetti clinici ed economici, ma potrebbero sostenere lo sviluppo di nuovi processi e stili di lavoro, che vanno nella direzione dell'integrazione e che, se ben governati, potrebbero condurre a cambiamenti positivi nell'organizzazione del sistema.

Questo progetto può trovare piena realizzazione solo attraverso l'attiva collaborazione di tutte le figure coinvolte, a cui viene richiesto un impegno aggiuntivo in termini di tempo, energie, risorse, motivazione e pazienza. La misurazione dei processi e degli esiti sarà, in questo senso, fondamentale per valutare eventuali futuri apporti migliorativi al progetto stesso, al fine di migliorarne l'efficacia, ridurre tempi e costi, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di efficienza.

Il presente progetto si propone pertanto come modello di innovazione e di integrazione di azioni ed esperienze che vedono protagonista l'insieme degli stakeholders territoriali.