

CHOOSING WISELY ovvero SCEGLIERE SAGGIAMENTE

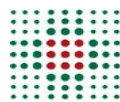
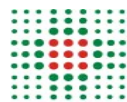
RACCOMANDAZIONI CONDIVISE PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e FAVORIRE IL BUON USO DELLE RISORSE DEL SSN IN AMBITO PSICHIATRICO

Raccomandazioni per la scelta del farmaco nei pazienti con diagnosi di **depressione moderata-grave o di depressione lieve¹** che **non ha risposto ad interventi non farmacologici somministrati per un tempo adeguato***

1. Proporre, a tutti i pazienti candidati ad assumere un farmaco antidepressivo, anche un **intervento non farmacologico** e concordare **le modalità di verifica di adesione** al trattamento per un periodo di almeno 6 mesi.² **(v. COMMENTO A)**
2. **Privilegiare la scelta di farmaci antidepressivi a brevetto scaduto** sia quando si inizia una terapia, sia quando (per risposta non adeguata o per effetti collaterali) si ritenga utile cambiare farmaco. **I farmaci a brevetto scaduto, registrati per la maggior parte delle indicazioni terapeutiche e presenti in PT AVEN** (agg. luglio 2013) sono tra gli **SSRI**: Sertralina, Citalopram, Paroxetina, Fluoxetina, Fluvoxamina; tra gli **SNRI**: Venlafaxina; tra i **triciclici**: Clomipramina e Amitriptilina; tra i **NASSA**: Mirtazapina; **altri**: Mianserina e Trazodone.
3. Considerare che gli studi clinici di confronto, sia con placebo sia testa a testa, documentano **differenze statisticamente significative, ma clinicamente poco o non rilevanti, tra le classi e tra i singoli principi attivi** in termini di efficacia, effetti collaterali, percentuale di interruzione precoce del trattamento. **Sertralina ed Escitalopram (principio attivo ancora coperto da brevetto e non in PT AVEN)** ottengono, nelle scale utilizzate nei trials, punteggi lievemente più favorevoli in termini di efficacia e di percentuale di sospensione del trattamento, ma i **vantaggi sono definiti clinicamente poco o non rilevanti dalle linee-guida**.
4. Nei pazienti **con co-patologie, che assumono poli-terapie o di età maggiore di 70 anni, la scelta del farmaco** sarà fatta considerando il profilo rischio-beneficio specifico, documentato in letteratura, dossier registrativi e raccomandato in linee-guida e indicazioni AIFA. **(v. COMMENTI B, C, D, E)**
5. Considerare le specifiche avvertenze previste sia per **Citalopram** sia per **Escitalopram** in quanto **condividono gli stessi rischi di allungamento del Qtc. Devono essere usati con cautela** nei pazienti anziani, in quelli con fattori di rischio cardiovascolare e in quelli che assumono altri farmaci che possono allungare il Qtc. **(v. COMMENTO F)**
6. Non utilizzare **Duloxetina e Bupropione** (non presenti in PT AVEN) **come prima scelta poiché non risultano essere più efficaci** rispetto ai farmaci già citati e inseriti in PT AVEN. **(v. COMMENTO G, H, I)**
7. **Provvedere al monitoraggio delle prime prescrizioni**: il paziente in carico al Centro Salute Mentale (CSM), riceverà la prima confezione del farmaco prescritto in erogazione diretta e sarà rivalutato entro 28 giorni. In caso di buona compliance e di iniziale miglioramento, il paziente sarà affidato al MMG con relazione e suggerimento di invio al CSM, **dopo 3-6 mesi di stabilizzazione sintomatologica, per** valutare l'opportunità di sospendere il trattamento farmacologico. **(v. COMMENTO A)**
8. **Rivalutare periodicamente la terapia in termini di efficacia, effetti collaterali, interazioni con altri farmaci e compliance.**
9. **Considerare, in accordo con il paziente, la possibilità di sospendere il farmaco** nei casi stabilizzati da almeno 3 mesi e non a rischio di ricaduta, anche se talora è necessario protrarre la terapia a tempo indefinito; **il farmaco deve rimanere una scelta clinicamente motivata e condivisa con il paziente.**
10. Effettuare **la sospensione del trattamento con una graduale riduzione delle dosi in un periodo di almeno 4 settimane**, per minimizzare il rischio di sintomi da interruzione. **Paroxetina e Venlafaxina, principi attivi a breve emivita**, possono richiedere tempi più lunghi per la sospensione.

* : sono esclusi i pazienti con diagnosi o anamnesi complesse o combinate, per i quali lo specialista sceglierà sulla base del quadro clinico complessivo; tra i trattamenti non farmacologici vi è anche la vigile attesa.

PT AVEN: Prontuario Terapeutico dell'Area Vasta Emilia Nord



COMMENTI:

- A.** Non solo farmaci e, quando possibile, non per sempre: in Provincia di Modena si prescrivono più antidepressivi rispetto alla media regionale. Prestare attenzione a: **evitare la prescrizione "spot" di 1-2 scatole; valutare sempre altre forme di intervento non farmacologico; considerare la possibilità di concludere una terapia farmacologica; coinvolgere il paziente nella definizione della strategia terapeutica** e spiegare che il farmaco va assunto ogni giorno, che il miglioramento si noterà non prima di 2-3 settimane dall'inizio della terapia e che si possono avere lievi effetti collaterali che di solito scompaiono in 7-10 giorni; sottolineare il fatto che il paziente dovrebbe consultare il medico prima di interrompere la terapia farmacologica.²
- B.** La maggior parte degli studi di confronto tra i principali antidepressivi disponibili in commercio documentano differenze non clinicamente rilevanti in termini di efficacia. Tuttavia, in presenza di co-morbidità e/o assunzione di poli-terapie, il MMG o lo specialista potranno considerare i vantaggi per il paziente di specifiche molecole rispetto a potenziali effetti collaterali e/o interazioni farmacologiche 3;4.
- C.** Venlafaxina e Duloxetina sono inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI), con indicazioni ed effetti collaterali paragonabili. I possibili effetti collaterali dovuti alla azione noradrenergica li rendono **controindicati nei pazienti con ipertensione non controllata** o con un **potenziale rischio di crisi ipertensiva**. Usarli con **cautela anche nei pazienti con co-patologie che potrebbero peggiorare per aumenti della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca** (es. pazienti a rischio di scompenso).
- D.** Gli SSRI e gli SNRI hanno l'indicazione registrata anche per alcuni Disturbi d'Ansia: prevalentemente Disturbi da Attacchi di Panico, Ansia Generalizzata, Fobie Sociali, Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Paroxetina e Sertralina anche per Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD).
- E.** Particolare attenzione va riservata alle interazioni farmacologiche degli antidepressivi e ai rischi di cadute nei pazienti anziani. In attesa di sviluppare in modo condiviso questo importante argomento, i medici sono invitati a prestare la massima attenzione ai dati a loro accessibili (es. alert forniti dai software all'atto della prescrizione).
- F.** L'AIFA ha pubblicato due "Alert" in ottobre e dicembre 2011 per segnalare che Citalopram ed Escitalopram sono associati ad aumento del QTc dose-dipendente. Sono controindicati per i pazienti affetti da un noto prolungamento dell'intervallo QTc, da una sindrome congenita del QT lungo e in associazione ad altri farmaci noti per prolungare l'intervallo QTc. **Si raccomanda cautela con i pazienti a rischio di sviluppare Torsione di Punta**, quali quelli affetti da insufficienza cardiaca non compensata, recente infarto del miocardio, bradiaritmie o predisposti a ipopotassiemia o a ipomagnesemia a causa di patologie o terapie concomitanti. I dosaggi massimi consentiti nell'adulto sono: Citalopram 40 mg/die (20 mg per pazienti > 65 anni) - Escitalopram 20 mg (10 mg per pazienti > 65 anni).
- G.** In provincia di Modena la prescrizione di Duloxetina è superiore alla media regionale. Questo dato non trova giustificazione né per maggiore efficacia, né per minori effetti collaterali. Da usare con prudenza nei pazienti affetti da aritmie cardiache, ipertensione arteriosa, ipertrofia prostatica e altre condizioni stenose dell'apparato genitourinario e gastroenterico.
- H.** La Duloxetina è prescrivibile SSN anche nel dolore grave e persistente **limitatamente alla neuropatia diabetica** (vedi Nota AIFA 4). La Duloxetina **NON** è rimborsabile SSN in **altre forme di dolore neuropatico, quali ad esempio le neuropatie da compressione** (sciatalgia, sindrome del tunnel carpale).
- I.** Il Bupropione ha un profilo beneficio-rischio nella depressione studiato solo fino a 6 settimane in un unico trial. Il suo ruolo in terapie a lungo termine non è definito e sono noti **effetti indesiderati quali** reazioni di ipersensibilità anche gravi, effetto pro-convulsivante, aumento pressorio 5. Il Bupropione per la disassuefazione al fumo è in fascia C e con diverso nome commerciale.

REFERENZE

- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV revision
World Health Organization: Linee Guida per la diagnosi e la gestione dei disturbi mentali nella Medicina Generale. ICD-10, Cap. V, Versione per la Medicina Generale. Ed. Italiana a cura di Maj M, Starace F, et al. Masson, 1997
NICE CG90 Depression in adult 2009; update October 2012
Cipriani et al. 2009; 373: 746-58
Informazioni sui Farmaci, 2009;2

Per informazioni o contatti scrivere a: dip-farmaceutico-interaziendale@ausl.mo.it