

Inerzia terapeutica e sclerosi multipla

Maurizio Maddestra

UOC Neurologia, Ospedale "F. Renzetti", Lanciano (CH)

Introduzione

Il fallimento dei medici nell'iniziare o intensificare la terapia in modo tempestivo, nonostante il riconoscimento del problema, è diventato noto come "inerzia clinica". L'inerzia clinica, inizialmente definita nel 2001 da Phillips ⁽¹⁾, si identifica ogni volta che il medico non avvia o non intensifica la terapia in modo appropriato quando gli obiettivi terapeutici non sono raggiunti: "riconoscimento del problema, ma incapacità di agire". Con la stessa definizione, Okonofua ha introdotto il termine "inerzia terapeutica" nel 2006 ⁽²⁾ e da allora i termini "inerzia clinica" e "inerzia terapeutica" vengono utilizzati indistintamente. L'inerzia terapeutica può far riferimento anche alla mancata interruzione o riduzione della terapia se non è più benefica. Giugliano ha dichiarato: "L'inerzia clinica può anche applicarsi al fallimento dei medici nell'interrompere o ridurre la terapia non più necessaria" ⁽³⁾, una situazione per la quale Rodrigo ha proposto il termine specifico "momentum terapeutico" o "impulso terapeutico" ⁽⁴⁾. Reach, inoltre, ha proposto il

termine "miopia clinica" quando vengono privilegiati i benefici immediati e tangibili dell'inerzia, anziché i benefici a lungo termine ⁽⁵⁾. Comunque, il mancato inizio o intensificazione del trattamento o l'adozione di misure terapeutiche che non seguono le linee guida *evidence-based*, è un fenomeno frequente ed è più evidente nelle malattie croniche asintomatiche, anche se può influenzare la gestione di qualsiasi condizione patologica. Poiché è noto che essa porta a fallimenti terapeutici e a rischi di complicanze secondarie della malattia primaria, l'inerzia terapeutica determina importanti implicazioni per la salute dei singoli pazienti, la salute pubblica e, di conseguenza, le spese sanitarie complessive.

Definizione

È stato sostenuto che per identificare l'inerzia terapeutica devono essere presenti tre condizioni:

- gli obiettivi clinici sono riconosciuti;
- esiste una terapia raccomandata che può essere utile al raggiungimento degli obiettivi clinici;

- il lasso di tempo è appropriato per l'inizio o l'intensificazione della terapia. Tuttavia, le definizioni *standard* potrebbero non essere sufficienti per determinare se la decisione di modificare la terapia è appropriata per un determinato paziente. Senza ulteriori informazioni sulla logica del medico, i risultati clinici o le fasi intermedie che portano a decisioni specifiche sul trattamento, qualsiasi processo decisionale terapeutico che sembra rappresentare l'inerzia terapeutica può essere solo un'inerzia "apparente" e può, di fatto, riflettere una buona pratica clinica per il paziente specifico. Pertanto, è stata proposta la seguente rigorosa definizione di inerzia terapeutica: "Il comportamento del medico rientra nell'inerzia terapeutica se, e solo se":

- esiste una linea guida implicita o esplicita;
- il medico è a conoscenza delle linee guida;
- il medico ritiene che le linee guida si possano applicare al paziente;
- il medico ha le risorse per applicare la linea guida;

- tutte queste condizioni sono soddisfatte, ma il medico non segue le linee guida attinenti al caso dello specifico paziente.

Pertanto, è stato suggerito che l'inerzia terapeutica può anche rappresentare una "salvaguardia clinica" in alcune situazioni, soprattutto se le linee guida non forniscono risposte definitive per pazienti specifici. Poiché la pratica clinica comporta incertezze e complessità di gestione per un dato paziente, è importante separare la vera inerzia clinica da quella apparente.

L'inerzia terapeutica è un fenomeno frequente

Numerosi studi suggeriscono che l'inerzia terapeutica è un fenomeno frequente, osservato a volte nella metà degli incontri paziente-medico. È importante che gli operatori sanitari imparino a superare l'inerzia terapeutica; tuttavia, questo può essere fatto solo quando si comprendono i meccanismi che la determinano. Phillips originariamente attribuiva l'inerzia clinica a una varietà di fattori, tra cui la sopravvalutazione dell'intervento terapeutico fornito, la dipendenza dal "ragionamento moderato", per giustificare l'incapacità di intensificare la terapia e la necessità di una migliore istruzione, formazione o organizzazione dei sistemi sanitari. Numerosi Autori hanno suggerito che i principali fattori che contribuiscono all'inerzia terapeutica possono essere classificati in quelli relativi al medico (contributo relativo del 50%), al paziente (30%) e al sistema assistenziale sanitario (20%) (Tab. 1).

Fattori correlati al medico

Si presume che questi fattori siano quelli più comuni che contribuiscono all'inerzia terapeutica e includono vincoli di tempo e risorse, preoccupazioni relative all'eliminazione degli effetti colla-

terali del trattamento, sottostima della necessità di terapia del paziente e incapacità di stabilire e/o monitorare i progressi verso gli obiettivi del trattamento.

Fattori correlati al paziente

I fattori correlati al paziente che partecipano al determinismo dell'inerzia terapeutica comprendono gli effetti collaterali dei farmaci, l'incapacità di seguire regimi di trattamento complessi, la mancanza di riconoscimento della gravità della malattia, la scarsa comunicazione medico-paziente e la bassa alfabetizzazione sanitaria.

Fattori correlati al sistema sanitario

Includono uno scarso coordinamento tra i membri del *team* sanitario, tecnologie di supporto inadeguate, standard differenti regionali o specifici che incidono sull'accesso alle cure. L'inerzia terapeutica può, quindi, essere esacerbata anche dalla resistenza intrinseca al

cambiamento da parte dei sistemi che devono affrontare complessità e richieste concorrenti.

L'inerzia terapeutica come divario tra i principi della medicina basata sull'evidenza e il ragionamento medico

Un concetto importante che dovrebbe essere riconosciuto in qualsiasi valutazione delle cause dell'inerzia terapeutica e delle soluzioni per minimizzare il fenomeno è il divario tra i principi della medicina basata sull'evidenza e il ragionamento usato dai medici nelle proposte di cura. L'attuale pratica medica è ampiamente influenzata dalla medicina basata sull'evidenza, ma i principi che applica introducono semplificazioni del processo decisionale che non concordano con le complesse considerazioni di medici e pazienti. Questo problema è ben conosciuto: i medici

Fattori che contribuiscono all'inerzia terapeutica correlati al medico, al paziente e al sistema sanitario

Fattori correlati al medico

- Mancata fissazione di obiettivi chiari
- Mancato avvio del trattamento
- Mancata identificazione e gestione delle comorbidità
- Tempo insufficiente
- Assistenza reattiva piuttosto che proattiva
- Sottovalutazione delle necessità del paziente

Fattori correlati al paziente

- Negazione della malattia
- Negazione della gravità della malattia
- Bassa alfabetizzazione sanitaria
- Troppi farmaci
- Effetti collaterali dei farmaci
- Scarsa comunicazione tra medico e paziente
- Mancanza di fiducia nel medico
- Depressione o abuso di sostanze
- Stile di vita
- Assenza di sintomi

Fattori relativi al sistema sanitario

- Mancanza di linee guida
- Nessuna attività di sensibilizzazione attiva per i pazienti
- Nessuna assistenza decisionale
- Scarsa comunicazione all'interno del *team* di cura

Tabella 1. Fattori che contribuiscono all'inerzia terapeutica.

conoscono le linee guida, ma non sempre le seguono in quanto non riflettono la complessità delle situazioni della vita reale. Cambiamenti fondamentali, come ad esempio un modello di assistenza centrato sulla persona, possono aiutare a trovare modi per affrontare le sfide della non aderenza del paziente e dell'inerzia terapeutica.

Inerzia terapeutica nel nuovo panorama della cura della sclerosi multipla

L'inerzia terapeutica è un fenomeno ben noto che influenza i medici che gestiscono pazienti con patologie croniche, a cui non fa eccezione la Sclerosi Multipla (SM). Il panorama del trattamento della SM è in continua evoluzione ed è cambiato notevolmente negli ultimi anni. I neurologi e i pazienti hanno accolto con favore l'introduzione delle terapie modificanti la malattia (DMTs) a metà degli anni '90. Gli agenti iniettabili, tutti con profili di rischio/beneficio piuttosto simili, hanno dominato la scena per oltre un decennio. L'approvazione del natalizumab ha segnato un cambiamento di paradigma con l'introduzione di un'opzione di trattamento più efficace, ma anche con maggiori rischi (ad esempio, rischio di PML). Le successive alternative terapeutiche hanno introdotto un'ulteriore eterogeneità sia nell'efficacia, sia nei rischi ad esse associate. L'attuale sfida dei clinici è di personalizzare il trattamento in base a: (i) livello di attività della malattia, (ii) rischio di progressione, (iii) preferen-

ze e caratteristiche dei singoli pazienti, (iv) profilo di rischio e (v) competenza personale, per identificare l'ottimale equilibrio tra sicurezza ed efficacia. Sulla base dei suddetti fattori, i neurologi che si prendono cura dei pazienti con SM affrontano scelte importanti in ogni incontro medico:

- continuare con lo stesso trattamento;
- iniziare o intensificare la terapia con un agente più efficace o più sicuro;
- o considerare una rivalutazione entro pochi mesi per l'incertezza dell'attuale stato del paziente.

In tale contesto, cresce l'interesse per la comprensione e l'affrontare i fattori che regolano il processo decisionale. Un fattore chiave nelle scelte terapeutiche dei pazienti riguarda l'applicazione della teoria della prospettiva. Essa descrive il modo in cui le persone scelgono le alternative tra rischio e probabilità dei risultati. Questa teoria può essere applicata anche al trattamento della SM: i pazienti con un basso rischio di progressione o attacchi non disabilitanti possono essere meno disposti a scegliere trattamenti rischiosi (meno sicuri), mentre quelli con un alto rischio di progressione sono più disponibili ad un trattamento efficace, ma che comporta un rischio maggiore di complicanze. Un altro concetto importante è la tendenza umana allo *status quo* (tendenza a mantenere le scelte precedenti) e il pregiudizio predefinito (mantenere l'opzione preselezionata da altri). Esempi comuni includono la tendenza delle persone a mantenere la stessa

assicurazione, compagnia telefonica o *provider* Internet nonostante siano disponibili altre opzioni più vantaggiose. I pazienti e i medici non sono immuni da tali pregiudizi e possono rischiare di perdere opportunità di miglioramento. D'altro canto, questo fenomeno può spiegare la resistenza a modificare le terapie nei pazienti con SM in condizioni di incertezza (ad esempio, situazioni controverse o prove non chiare).

Educazione medica

Il primo passo nella lotta contro l'inerzia terapeutica dovrebbe essere la diffusione nella comunità medica di informazioni su di essa, suggerendo che qualsiasi medico può essere vulnerabile a tale comportamento in qualsiasi momento della sua pratica clinica. Le Scuole di medicina e le Istituzioni scientifiche dovrebbero essere coinvolte, visto il loro ruolo guida nella formazione medica. Importante è anche l'educazione dei pazienti e la condivisione nelle decisioni mediche, al fine di contrastare l'inerzia clinica e la non aderenza terapeutica. Uno dei principali ostacoli all'adeguatezza delle cure, infatti, sembra essere proprio la mancanza di una comunicazione aperta tra pazienti e medici. Una buona comunicazione infatti consentirebbe di comprendere meglio la gravità della diagnosi e l'impegno nelle scelte, nonché conforterebbe il paziente aiutandolo a comprendere meglio che le revisioni e le modifiche regolari della terapia non sono segno di fallimento ■

Bibliografia

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135(9):825-34.
2. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension.* 2006;47(3):345-51.
3. Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA.* 2011;305(15):1591-2.
4. Rodrigo C, Amarasinghe M, Wickramasinghe S, Constantine GR. Therapeutic momentum: a concept opposite to therapeutic inertia. *Int J Clin Pract.* 2013;67(1):97-8.
5. Reach G. Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes Metab.* 2008;34(4 Pt 1):382-5.