

DAGLI ANALGESICI ALLE BENZODIAZEPINE: ECCO COSA SERVE SAPERE

Cosa sono le benzodiazepine? Come funzionano e quali sono i loro effetti? C'è il rischio che creino dipendenza? E ancora: quando è possibile utilizzare gli analgesici? E tra loro sono tutti uguali? E come agiscono questi farmaci in presenza di ansia e depressione? Sono solo alcune delle domande a cui si trova una risposta in questo inserto, pensato per parlare in maniera semplice - ma in modo rigorosamente scientifico - di un problema ampio e ricco di sfaccettature come quello delle dipendenze. E molto più concreto di quello che si potrebbe pensare: basta riflettere, per esempio, sul fatto che, nel momento in cui si parla di benzodiazepine, nel nostro Paese ne fa uso circa un adulto su dieci. Una percentuale che sale fino a uno su quattro nella fascia di età sopra i 65 anni. Con tutte le conseguenze del caso: perché se è vero che le benzodiazepine si sono mostrate efficaci nel curare tutti i disturbi d'ansia, nell'insonnia e nelle depressioni ansiose, è altrettanto vero che l'uso prolungato espone in maniera sensibile al rischio di sviluppare una dipendenza. Allo stesso modo, grande attenzione deve essere rivolta anche all'abuso di analgesici oppioidi di prescrizione, i cosiddetti "pain-killer", un tema destinato a diventare a breve centrale anche per la nostra Sanità. Negli Stati Uniti da anni si parla già di vera e propria epidemia, tanto che, nel 2010, le morti da overdose dovute a questi farmaci sono state il doppio di quelle, sommate, da eroina e cocaina e il peso economico ha ormai sorpassato, per costi diretti e indiretti, quelli dell'HIV. Fortunatamente, in questo contesto delicato, esistono realtà in grado di mettere in guardia dai rischi e - soprattutto - curare: a partire dal servizio di Medicina delle Dipendenze di Verona, che dal 2003 si distingue a livello europeo per i trattamenti somministrati in ambito ospedaliero.

... E LA PILLOLA VA GIÙ

100 domande sulla dipendenza che non ti aspetti


CLaD
centro lotta
alle dipendenze

**IL NOSTRO IMPEGNO NEL CAMPO DELLE DIPENDENZE
PUÒ ESSERE ANCHE IL TUO**

Ogni piccolo gesto può trasformarsi in un dono più grande

Sostieni CLaD Onlus: IBAN IT51S0200811709000101371702



CURA



RICERCA



INNOVAZIONE



FORMAZIONE

**Aiutaci
ad
aiutare!**



La dipendenza dalle benzodiazepine: un fenomeno ancora troppo trascurato

IN ITALIA NE FA USO UN ADULTO SU DIECI, CON PERCENTUALI CHE SALGONO PER GLI OVER 65. LE CRISI D'ASTINENZA POSSONO ESSERE LETALI

Le benzodiazepine (BZ), principalmente usate per curare ansia e insonnia, sono tra i farmaci più prescritti a livello mondiale.

In Italia un adulto su dieci ne fa uso, ma la percentuale sale a uno su quattro nella fascia d'età sopra i 65 anni.

L'uso prolungato di benzodiazepine tende a causare una dipendenza in una percentuale variabile, a seconda degli studi, tra il 40 e l'80%. La dipendenza da benzodiazepine è un fenomeno trascurato, pur essendo la crisi d'astinenza potenzialmente grave e pericolosa.

GLI EFFETTI COLLATERALI

Benché siano molecole caratterizzate da elevata maneggevolezza, le benzodiazepine possono determinare l'insorgenza di effetti indesiderati. Tra questi si segnalano: sedazione, amnesia, incoordinazione motoria (causa spesso di cadute negli anziani) e riduzione delle performance cognitive e psicomotorie. Non esistono, invece, chiare evidenze circa la possibilità che le benzodiazepine aumentino l'incidenza della malattia di Alzheimer, evidenziata da alcuni autori e smentita da altri.

Non infrequente è l'insorgenza di irritabilità, aumento dell'impulsività, crisi di rabbia ed irrequietezza.

TOLLERANZA

Le benzodiazepine sono una classe di farmaci adatta a terapie brevi e non a terapie di mantenimento: nel caso di ansia cronica la terapia di lunga durata deve essere gestita con farmaci antidepressivi, senza trascurare una psicoterapia.

In tal senso, è consigliabile l'impiego di una benzodiazepina nella fase iniziale di trattamento, per coprire la fase di latenza di un antidepressivo. Le benzodiazepine possono dare dipendenza e tolleranza (assuefazione) anche in tempi brevi, per cui il loro uso è da tempo raccomandato per un periodo molto limitato, intorno alle quattro settimane.

L'uso delle benzodiazepine prosegue da quasi 60 anni e ancor oggi rappresenta il più colossale fenomeno di utilizzo di farmaci fuori dalle indicazioni a livello mondiale; la dipendenza da questi farmaci è la più tipica forma di dipendenza iatrogena, ossia originata da prescrizione medica.

LE MODALITÀ D'USO

Più nello specifico, possiamo distinguere sinteticamente quattro situazioni d'uso di benzodiazepine. La prima è un uso episodico per momenti di stress da cause specifiche, insonnia transitoria, con una modalità assuntiva che coincide in pieno con le indicazioni d'uso di questi farmaci. Un utilizzo di questo tipo inter-

L'approccio
L'Unità di Degenza
di Medicina
delle Dipendenze
applica
il trattamento
con flumazenil



Tempo consigliato: 4 settimane

Si tratta di una classe di farmaci adatta alle terapie brevi e non a quelle di mantenimento a lungo termine

ressa circa un quinto della popolazione generale.

C'è poi un uso senza interruzioni, prolungato oltre i limiti raccomandati ma a dosi terapeutiche. Tale situazione è frequentemente correlata con il rischio di sviluppare dipendenza. Tale uso è fortemente correlato con i disturbi sopra descritti. In Italia è ipotizzabile quantificare intorno al 7,5% della popolazione generale questo tipo di assunzione. La terza situazione riguarda l'abuso saltuario di dosi inappropriate ("sbornia da benzodiazepine"). Tale modalità coinvolge soprattutto i soggetti affetti da dipendenza da sostanze illecite ed alcol o i soggetti con disturbi di personalità. Un uso di questo tipo può essere quantifi-

cato intorno allo 0,1 % della popolazione.

Infine, esiste l'uso prolungato di alte dosi. Questa situazione è sempre più riscontrata anche in soggetti privi di psicopatologia, che passano da un uso prolungato di benzodiazepine a dosi extra-terapeutiche per fenomeni di tolleranza (assuefazione). È stato ipotizzato che questo fenomeno coinvolga lo 0,2% della popolazione generale. In Italia potrebbero quindi esserci più di 130.000 persone che abusano quotidianamente di dosi eccessive di benzodiazepine.



SEGNI E SINTOMI

L'abuso di benzodiazepine risente della facilità di ottenere un farmaco con o senza ricetta.

Il sostanziale disinteresse delle industrie farmaceutiche per questo tipo di problematica (vecchie molecole che vendono moltissimo) non stimola certo la ricerca.

Una delle chiavi per comprendere l'enorme diffusione delle benzodiazepine sta nella loro sostanziale mancanza di tossicità acuta, veramente con pochi eguali. Allo stesso tempo, l'uso cronico rivela una serie di effetti collaterali rilevanti. Vi è inoltre una tacita accettazione, da parte di medici e pazienti, dell'uso a lungo termine delle benzodiazepine.

Per motivi poi non ancora chiariti (forse genetici o legati a determinati tipi di benzodiazepine) esiste una quota significativa di utilizzatori di alte dosi anche tra persone che non hanno disturbi psichiatrici maggiori, né sono dipendenti da droghe o alcol. Alcuni studi, soprattutto dell'università di Verona, hanno segnalato un grave peggioramento della qualità di vita negli assuntori di alte dosi di benzodiazepine.

Diventa quindi sempre più necessario trattare anche la dipendenza da alte dosi di benzodiazepine. La sindrome d'astinenza è caratterizzata da una serie di segni e sintomi tipici, che cominciano a manifestarsi entro qualche ora o qualche giorno dalla sospensione del farmaco.

In particolare, la sudorazione aumenta, così come il battito cardiaco e il tremore. Compagnano inoltre insonnia, spesso nausea o vomito, a volte allucinazioni visive, tattili e uditive. Il sintomo più temibile sono le crisi convulsive generalizzate, potenzialmente letali in caso di caduta su superfici pericolose o durante la guida. I tradizionali programmi di scalo, raccomandati in intervalli temporali tra le quattro e le 18 settimane, perdono generalmente di efficacia passando dal trattamento da uso cronico di dosi terapeutiche alle dosi extra-terapeutiche di benzodiazepine.

IL TRATTAMENTO

Da alcuni anni l'Unità di Degenza di Medicina delle Dipendenze, dal 2003 fino al 2018 unica struttura in Italia ed una delle poche a livello internazionale, applica il trattamento con flumazenil in infusione lenta nei casi di abuso cronico di alte dosi di benzodiazepine.

Il trattamento permette di sospendere in tempi rapidi (7-8 giorni) dosi molto alte di benzodiazepine in modo ben tollerato e con scarsi effetti collaterali.

Abbiamo verificato di recente la sostanziale tenuta del tempo dei soggetti trattati in questo modo: dopo due anni oltre il 70% dei pazienti non aveva ripreso l'abuso.



SE NE DISCUTE DA 60 ANNI

Le benzodiazepine vengono utilizzate da circa 60 anni e rappresentano il più colossale fenomeno di dipendenza iatrogena, ovvero un'assuefazione originata da farmaci consigliati su prescrizione medica

Ansia, compagna naturale dell'uomo Ma se è cronica diventa patologia

CONDIZIONE FISIOLOGICA NECESSARIA PER VIVERE, SI TRASFORMA IN MALATTIA QUANDO SI PROVA PAURA ESAGERATA PER SITUAZIONI BANALI

Alle domande sull'ansia risponde il dottor Fabio Lugoboni, responsabile del Servizio di Medicina delle Dipendenze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Qual è la definizione di ansia?

L'ansia è una condizione fisiologica che ci permette di affrontare le situazioni rischiose o importanti con maggior coinvolgimento.

L'ansia cronica può però diventare una patologia e disorganizzare i processi cognitivi. Tale situazione viene vissuta da molti studenti prima degli esami, quando la tensione dà la sensazione di non ricordare più nulla.

Quindi potrebbe essere vissuta positivamente dal soggetto?

Pur essendo utile, l'ansia è una emozione fastidiosa, spesso insopportabile se cronica.

Ansia e angoscia sono sinonimi?

Pur avendo la stessa radice (derivano dall'antico indoeuropeo *an-gh*, ossia laccio) le due parole indicano una diversa intensità del fenomeno, più grave e patologico per l'angoscia.

Quando l'ansia ci è utile?

L'ansia è necessaria per vivere, per affrontare i pericoli e le diverse situazioni vitali. Una specie di turbo della nostra macchina corporea. Ma gli stati ansiosi, se non correttamente modulati portano ad usurare gli organi corporei, il sistema cardio-circolatorio in particolare.

I sintomi
I più frequenti sono tensione muscolare, affaticamento, tremori e senso di irrequietezza

Quindi l'ansia può diventare malattia?

L'ansia come malattia è un fenomeno tipicamente umano. Possiamo notare un comportamento ansioso nel cane se lo minacciamo, ma l'uomo è in grado di andare in ansia per fatti assolutamente ipotetici e in modo erroneamente anticipatorio, anche in mancanza di eventi minacciosi imminenti. In altre parole, diventa malattia quando la nostra capacità di lettura di uno stimolo diventa scorretta o abnorme, creando disagio anche alle persone che stanno vicino al soggetto ansioso.

Quali sono i sintomi più comuni dell'ansia?

Tensione muscolare, iperattività neurovegetativa (battito, respiro, organi di senso) e senso d'allarme. In altre parole, è come se ci si apprestasse a combattere senza però che ce ne sia un motivo.

Quali sono i sintomi psicologici dell'ansia?

L'ansioso mostra paura esagerata per situazioni spesso banali o note, tendenza a rimuginare su quanto è accaduto, quindi a pensare e ripensare senza tregua. Tale iperattività tende poi a disturbare un corretto addormentamento, innescando una reazione a catena.

Quali sono i sintomi somatici dell'ansia?

Il cervello è un organo come altri, quindi i sintomi fisici possono essere molti e variegati. La tensione motoria (lo diciamo, a volte, anche agli amici: "Ti vedo teso") si manifesta con tremori, tensione dolorosa (spesso alla colonna e a livello temporo-mandibolare), senso di affaticamento, grande difficoltà a rilassarsi, presenza di fascicolazioni muscolari, tipiche quelle al viso; irrequietezza, per cui si deve continuamente muovere qualcosa o muoversi nervosamente. I sintomi tipici della iperattività vegetativa sono: la sensazione di soffocamento o mozzafiato, le palpitazioni cardiache e la sudorazione, a carico soprattutto delle mani anche in assenza di eccessivo calore ambientale. La bocca può essere secca, a carico dell'intestino possono comparire sintomi come la stitichezza o la diarrea immotivate, oppure esserci nausea. Il paziente può sentire il cosiddetto "nodo alla gola" (il laccio da cui deriva il termine ansia) e inol-

tre avere una grande frequenza della minzione o la presenza di vampate di calore al viso. Se ci pensiamo, molti hanno vissuto alcuni di questi sintomi in momenti emotivamente delicati della nostra vita. L'insensibilità a questi aspetti emotivi prefigura, anzi, un altro tipo di patologie. Ma ciò che identifica l'ansia patologica è la sua persistenza fuori contesto.

È diffusa la patologia ansiosa?

Le patologie da stress (altro modo comune di definire l'ansia cronica) sono cresciute in modo significativo, sia a causa di una maggiore diffusione aggressiva dell'informazione, sia per i ritmi sempre più incalzanti di vita, fin dalla più giovane età. I dati possono variare molto da paese a paese e negli anni.

Esistono contemporaneamente sintomi ansiosi e sintomi depressivi?

I sintomi ansiosi possono essere un fattore di rischio di depressione. Le persone con disturbi d'ansia, soprattutto se di intensità grave e prolungata, possono sviluppare sintomatologia depressiva. Molto spesso ansia e depressione possono presentarsi in contemporanea. In questi casi si parla di sindrome mista ansioso-depressiva.

Quali sono le cause dell'ansia?

Dopo la visione conflittuale tra essere e dover essere data dalla psicanalisi o da letture più sociologiche e ambientali, che non risolvevano però il motivo per cui a parità di eventi stressanti alcune persone ne soffrivano e altre no, un contributo importante è arrivato dalle neuroscienze. Sono stati così identificate specifiche aree cerebrali atte a regolare l'ansia come apprendimento (ciò che comporta pericolo e fino a che punto si può rischiare) il cui mal funzionamento, anche in base a eventi traumatici, è alla base di un comportamento eccessivamente ansioso.

ALL'ORIGINE ERA... UN LACCIO

L'origine dalla parola ansia e lo stesso di quello dell'angoscia, ovvero il termine indoeuropeo *an-gh*, ossia laccio. Da questo deriva anche l'espressione "nodo alla gola", sensazione tipica di chi sta vivendo un momento d'ansia

È possibile che l'ansia abbia origine genetica?

La componente genetica in gran parte delle malattie psichiatriche è un'evidenza storica, anche se di recente si dà sempre più importanza all'epigenetica che è il modo in cui l'ambiente attiva o meno la genetica ereditata.

Qual è il rapporto tra ansia e ambiente?

Il legame tra ansia e ambiente è provato e facilmente riproducibile in modo sperimentale e fa parte di ogni addestramento per chi deve sostenere compiti rischiosi. Basterebbe poi dire "stress" e la cosa sarebbe facilmente intuibile per tutti.



I farmaci
Le benzodiazepine
possono essere
utili nelle prime
settimane,
ma non sono
curative

Depressione, problematica complessa: conoscerla per affrontarla con efficacia

SI TRATTA DI UN PROCESSO PATOLOGICO CHE INTERESSA IL SISTEMA NERVOSO E CHE COINVOLGE QUELLI IMMUNITARIO ED ENDOCRINO

Alle domande sulla depressione risponde il dottor Giuseppe Imperadore, primario del Servizio di Psichiatria dell'ASL 9 di Verona.

La depressione è da considerarsi una malattia del cervello o un problema psicologico?

La depressione è una malattia conosciuta fin dall'antichità. L'attuale visione è che sia un processo patologico che interessa il funzionamento del sistema nervoso con il coinvolgimento del sistema immunitario ed endocrino.

Quali sono gli eventi di vita che possono indurre maggiormente la depressione?

Nonostante possa manifestarsi senza apparenti cause specifiche, fatti di vita drammatici come un lutto, una separazione, la perdita del lavoro possono innescare episodi di depressione. Anche maltrattamenti durante l'infanzia possono aumentare la vulnerabilità alla depressione da adulti. Vi sono infine numerose gravi malattie fisiche che possono indurre depressione oltre che l'abuso di alcol e sostanze.

Sono più colpiti dalla depressione gli uomini o le donne?

Le donne sono più colpite rispetto agli uomini in tutte le fasce di età in un rapporto di 2:1. Pur potendo colpire a qualsiasi età, è più frequente tra i 25 e i 44 anni di età. Dopo i 50 anni il rischio di sviluppare una depressione è maggiore per le donne (da 2 fino a 5 volte maggiore).

Si può sviluppare la depressione durante la gravidanza o nel puerperio?

Sì, le donne in gravidanza e puerperio hanno un rischio maggiore, rispetto alla popolazione generale. L'80% delle donne divenute mam-

me sviluppa le cosiddette "Maternity blues": una condizione che si risolve spontaneamente nel giro di qualche giorno. La depressione post-partum si caratterizza per la presenza di pianto e sentimenti di colpa, ansia, elementi ossessivo-compulsivi centrati sul bambino e sulle sue cure, facile irritabilità e insonnia.

Quali possono essere i sintomi tipici della depressione nell'anziano?

La depressione insorta nell'anziano presenta caratteristiche cliniche particolari. La tristezza non appare un sintomo fondamentale, più frequentemente sono presenti perdite di piacere ed interesse accompagnate da preoccupazioni fisiche, facile stancabilità, ansia, insonnia e deficit di memoria.

Stili di vita disordinati possono provocare la depressione?

Sì. Una tendenza all'isolamento o vissuta quasi esclusivamente attraverso internet, fumo, alcol e/o di droghe favoriscono lo sviluppo di depressione, mentre al contrario un regolare ritmo sonno-veglia, una costante attività sportiva e buone relazioni sociali sono fattori protettivi. Questo è un messaggio che andrebbe ripetuto agli adolescenti.

L'insorgenza della depressione è graduale o improvvisa?

Solitamente la depressione esordisce in modo graduale con un progressivo peggioramento del tono dell'umore, pensieri tristi che diventano man a mano più persistenti, insonnia e difficoltà sempre più marcate nello svolgimento delle normali attività quotidiane. Sono comunque possibili forme di depressione ad insorgenza brusca.

Puntare ad abitudini sane

Stili di vita disordinati - come l'isolamento e l'utilizzo di alcol e droghe - possono favorire la comparsa di questo disturbo

Per quanto tempo può durare la depressione?

Se non trattata la depressione può durare anche diversi anni. Con un adeguato trattamento farmacologico e psicoterapeutico la depressione può guarire in qualche mese. Forme di maggior durata possono essere conseguenti a inadeguato trattamento farmacologico.

La depressione e l'esaurimento nervoso sono collegati?

La terminologia "esaurimento nervoso" è in uso nel linguaggio comune per indicare una generica forma di malessere riguardante l'ambito psichico. Spesso l'"esaurimento nervoso" fa riferimento all'esaurimento delle capacità di svolgere

le normali attività quotidiane, tipico della depressione.

Come agiscono i farmaci antidepressivi?

Gli antidepressivi sono in grado di modificare la concentrazione di alcuni neurotrasmettitori quali serotonina, noradrenalina e dopamina.

Quanto sono efficaci le terapie con farmaci antidepressivi?

Gli antidepressivi sono farmaci realmente efficaci nel trattamento della depressione medio-grave. L'efficacia terapeutica si manifesta in generale dopo un periodo di 2-4 settimane. Devono essere assunti nella fase acuta di malattia e dai 6 ai 9 mesi al fine di evitare una ricaduta. Nella depressione ricorrente i far-

maci antidepressivi possono essere prescritti come terapia di prevenzione per tutta la vita.

Alle terapie antidepressive si possono affiancare farmaci per i disturbi dell'ansia e del sonno?

Sì, in particolare nella prima fase di trattamento dove possono essere presenti sintomi d'ansia ed insonnia e la terapia antidepressiva ha bisogno di un tempo di circa due settimane per incominciare ad essere efficace.

Quindi le benzodiazepine possono essere utili e curative nella depressione?

Utili nelle prime 2-4 settimane, per i motivi sopra esposti, curative certamente no, agendo solo sui sintomi. Anzi, un uso prolungato di benzodiazepine potrebbe addirittura peggiorare la depressione.

La psicoterapia è efficace per il trattamento della depressione?

La psicoterapia, soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale, può

essere utile nel trattamento della depressione clinica in associazione alla terapia farmacologica favorendo un miglioramento sintomatologico più incisivo ed una maggiore aderenza alle cure. La sola psicoterapia non è raccomandata per la risoluzione dell'episodio depressivo di rilevanza clinica (da non confondere con la semplice tristezza).

Sono utili le fitoterapie nel curare la depressione?

Sono numerosi i preparati fitoterapici commercializzati per la cura della depressione, dell'ansia e dell'insonnia. Sebbene per alcuni di essi vi siano delle evidenze di efficacia (ad esempio Hypericum Perforatum), nessuna linea guida internazionale raccomanda l'utilizzo per la cura della depressione. È importante puntualizzare che anche i composti fitoterapici non sono esenti da possibili effetti collaterali e controindicazioni e possono interferire con altri farmaci eventualmente assunti.



DONNE PIÙ A RISCHIO

Le donne sono più colpite dalla depressione rispetto agli uomini in tutte le fasce di età, in un rapporto di 2:1. In particolare, dopo i 50 anni il rischio di sviluppare una depressione è maggiore per le donne da 2 fino a 5 volte

Le benzodiazepine sono troppo utilizzate: favorirne un uso corretto e responsabile

UTILI, EFFICACI E SICURE, SONO PERÒ FARMACI POTENZIALMENTE PERICOLOSI NEL CASO SI PROLUNGHINO DI MOLTO IL LORO RICORSO NEL TEMPO

Alle domande sulle benzodiazepine, qui e nelle prossime pagine, risponde il dottor Fabio Lugoboni, responsabile del Servizio di Medicina delle Dipendenze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Quali sostanze/farmaci hanno un effetto ansiolitico?

Tutte le sostanze sedative del Sistema Nervoso Centrale, come alcol, derivati della cannabis o derivati dell'oppio hanno un effetto ansiolitico: sono stati usati per secoli per questo. Agli inizi del '900 sono comparsi sulla scena i barbiturici, ansiolitici più specifici dei precedenti. Poi, nel 1961, sono entrate in commercio le benzodiazepine (BZ) efficaci come i barbiturici ma molto meno tossiche.

Quali sono i disturbi su cui le BZ si sono mostrate efficaci?

Generalmente le BZ si sono mostrate efficaci in tutti i disturbi d'ansia, nell'insonnia, nelle depressioni ansiose. Sono inoltre anticonvulsivanti e miorilassanti.

Per quale ragione le benzodiazepine sono state così ampiamente usate?

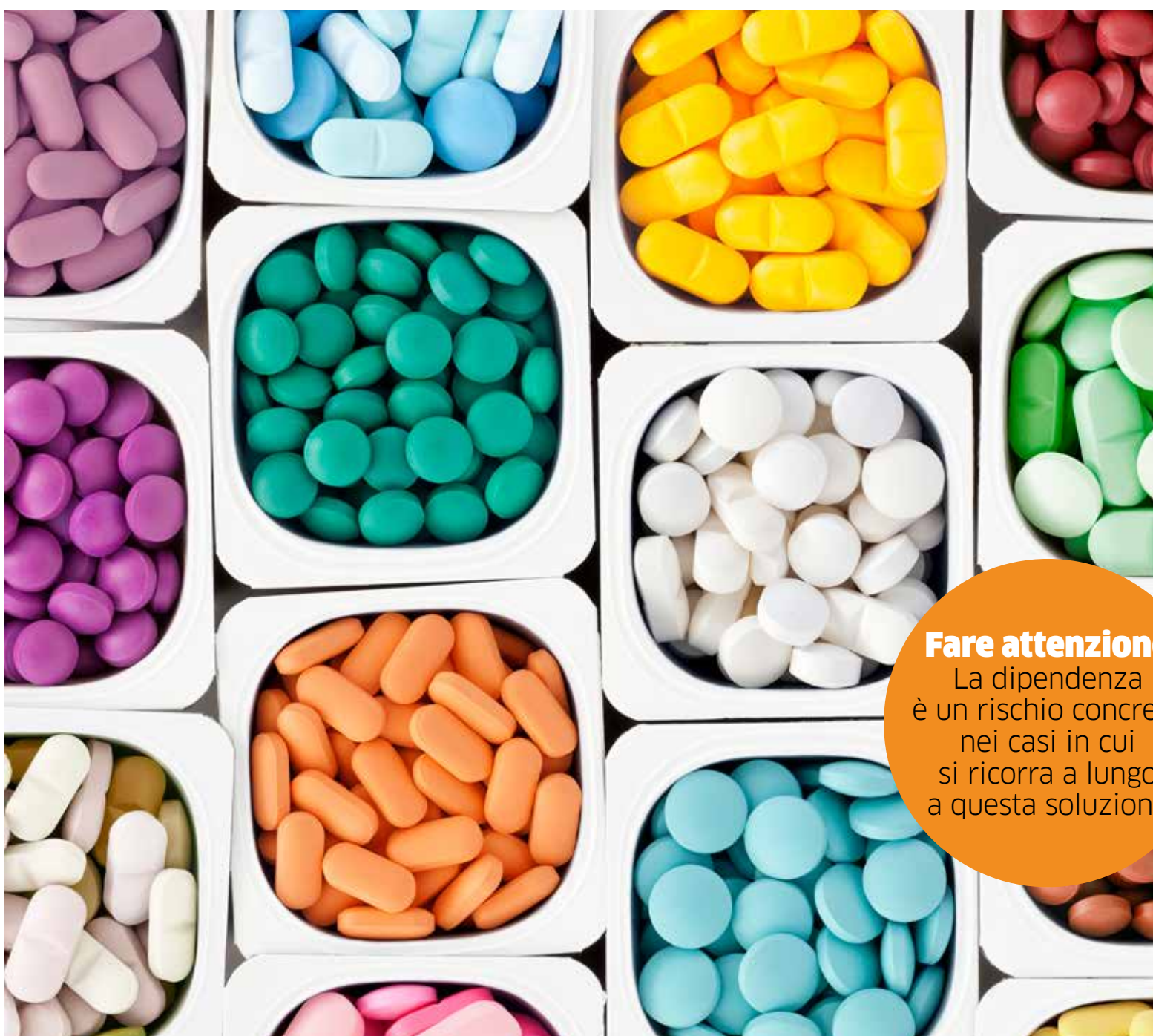
Le benzodiazepine esercitano la loro attività attraverso un legame specifico con un recettore (come una chiave nella serratura), potenziando così l'azione naturale del GABA, l'ansiolitico naturale del nostro cervello. A differenza dei barbiturici, le BZ non riescono, nemmeno ad altissime dosi, a provocare uno stato di coma profondo o, peggio, di morte per depressione respiratoria, a meno che non siano assunte con altri farmaci, come gli oppioidi, o bevande alcoliche. Per anni le BZ sono sembrate i farmaci perfetti e sono divenute i farmaci più venduti in assoluto dagli anni '70 fino a oggi.

Questo successo è meritato? Sono davvero così sicuri come farmaci?

No, infatti già dal 1961, anno del lancio del Librium, la prima BZ, tutte le segnalazioni di pericolosità delle BZ, in primis la dipendenza, sono state oscurate dall'enorme successo commerciale di questi farmaci. I rischi ancor oggi sono ampiamente sottaciuti dal mondo della psichiatria, con poche eccezioni.

Succede così in ogni parte del mondo?

No. In Gran Bretagna è stata intrapresa una vera e propria guerra alle BZ. Un medico inglese non si può nemmeno auto-prescrivere una BZ! Lo stesso vale per l'Australia. Poi il resto del mondo è paese. Comunque, le BZ rappresentano il più colossale uso di farmaci "off label" (ossia fuori indicazione, soprattutto per la durata del trattamento) al mondo.



Fare attenzione
La dipendenza è un rischio concreto nei casi in cui si ricorra a lungo a questa soluzione

Sono utili anche negli attacchi di panico?

Nel caso del disturbo da attacchi di panico alcune BZ, in particolare l'alprazolam, sono utili nelle prime settimane di trattamento con antidepressivi, che sono, con la psicoterapia, il trattamento di elezione.

Le BZ sono indicate nelle fobie (per esempio paura di volare ecc.)?

Sì, ma il loro uso è ottimale in casi episodici, come nel caso di chi deve prendere un aereo di rado, molto meno in chi deve confrontarsi con le proprie fobie ripetutamente, come nel caso della fobia sociale. Anche in questi casi, psicoterapia e antidepressivi specifici sono di elezione.

Le BZ sono indicate nelle psicosi?

No, anche se molti di questi pazienti assumono da anni una o più BZ, non vi è alcuna indicazione.

Le BZ sono indicate nei disturbi cronici di tipo neurologico come il morbo di Parkinson?

Anche se il loro uso è comunissimo in tali pazienti non vi è alcuna indicazione specifica.

E nell'Alzheimer?

Potrebbero addirittura peggiorare il quadro cognitivo. Nei casi gravi deve comunque decidere il medico.

Esistono disturbi non neuro-psichiatrici in cui le BZ sono utili?

Le BZ si sono dimostrate utili, per un periodo limitato, in molte situazioni cliniche di tipo psicosomatico. Per quale motivo? La presenza dell'ansia come disturbo soggettivo presente in molte malattie somatiche permette al medico e al paziente di focalizzare meglio la componente non organica indicando più chiaramente il processo di guarigione del paziente.

Questo non potrebbe valere per molti campi della medicina?

Certamente, infatti non vi è campo della medicina nel quale non siano state largamente prescritte, spesso in modo improprio soprattutto nei tempi, le BZ.

È possibile affermare in assoluto che le BZ sono farmaci abbastanza sicuri?

Le BZ, paradossalmente, sono forse i farmaci più sicuri in assoluto. Il rischio di morire di sovradosaggio

è praticamente inesistente anche a dosi altissime. Per contro sono farmaci potenzialmente pericolosi nel caso si prolunghi di molto il loro uso nel tempo.

Il mio medico mi ha detto che posso prenderli per anni senza problemi.

Questo non è corretto. Se si leggono le informazioni del cosiddetto bugiardino si vedrà che il tempo di assunzione raccomandato è di poche settimane. Questo per proteggere il paziente dal rischio di sviluppare dipendenza.

La dipendenza, con l'uso prolungato, è un rischio alto?

Purtroppo, sì: dopo un anno di uso continuato il rischio di sviluppare dipendenza può arrivare all'80%. Per questo l'uso continuativo va assolutamente scoraggiato, a meno che medico e paziente decidano coscientemente che questo è un rischio accettabile o il male minore.

Le BZ interferiscono con le performance cognitive (memoria, riflessi)?

Sì, specie nel caso di un uso cronico.

Ma anche l'ansia può compromettere le performance lavorative o di guida.

Certo, la capacità di prestazione di un individuo di fronte a un compito che prevede attenzione e concentrazione può essere diminuita da uno stato ansioso, ma la diminuzione dei riflessi e di coordinazione, da BZ, non giova certo alla guida o all'esecuzione di compiti di responsabilità.

Detto così pare di assimilare le BZ all'alcol.

Sì, infatti le due sostanze agiscono su recettori molto simili. Anche l'alcol può dare una sensazione di piacevole distensione nell'ansioso, ma le Forze dell'Ordine non sono di questo avviso nei loro controlli.

Qual è il rapporto tra BZ e alcol?

Entrambe le sostanze agiscono su recettori GABAergici, ossia vanno a stimolare il freno naturale del nostro cervello, proprio come il freno di un'auto. Per questo l'assunzione contemporanea o ravvicinata delle due sostanze può determinare effetti sommati di sedazione e di depressione del Sistema Ner-

voso Centrale con effetti anche letali nei casi più gravi.

Ho letto però che le BZ vengono impiegate nella terapia dell'alcolismo.

Vero; proprio perché interagiscono sui recettori molto simili possono essere usate in tal senso. Va però ricordato che se le BZ, in questi casi, vengono usate per tempi prolungati si rischia di passare da una dipendenza a un'altra. Sono quindi utili soprattutto nel trattamento della fase acuta dell'etilista, anche a dosi elevate all'occorrenza.

Esistono problemi riferibili al sovradosaggio da BZ?

Questo è un paradosso. Moldawsky, un noto farmacologo, disse che l'unico modo per uccidere un animale da laboratorio con le BZ era quello di seppellirlo sotto un cono di pillole. Per contro è chiaro da quasi 30 anni che l'uso quotidiano di dosi alte di BZ provoca una progressiva insensibilità del recettore delle BZ, portando spesso il paziente ad aumentare le dosi. L'esempio potrebbe essere quello di versare acqua in un secchio sempre più bucato. Questa situazione è stata pochissimo studiata, nonostante succeda nel 2% dei casi di assunzione di BZ. Secondo i nostri studi ne soffrono non meno di 130.000 italiani!

Le BZ e gli antidepressivi possono dare disturbi sessuali?

È una domanda complessa. Ansia e depressione sono causa frequente di disturbi sessuali, innescando spesso un circolo vizioso dove il disturbo sessuale (eiaculazione precoce, calo della libido, vaginismo ecc.) crea ansia e depressione. Alcuni farmaci depressivi, soprattutto quelli che agiscono sulla serotonina, possono interferire sulla sessualità. L'effetto è dose-dipendente ed è variabile tra un farmaco e l'altro. Le BZ influenzano molto meno la sessualità, a dosi terapeutiche.

Le BZ e gli antidepressivi fanno aumentare di peso?

Anche questa è una domanda complessa. Ansia e depressione influenzano l'appetito e il comportamento alimentare. La depressione, in particolare, può portare a perdita d'appetito con deperimento organico o a iperfagia. Una corretta terapia antidepressiva può migliorare questi disturbi. D'altra parte alcuni antidepressivi possono aumentare l'appetito come effetto collaterale sgradito. È importante, in tal senso, che il paziente ne parli col suo medico. Anche in questo caso ci sono marcate differenze tra i vari farmaci. Alcuni antidepressivi sono anoressizzanti. Le BZ, normalmente, non influenzano l'appetito. Un uso di BZ ad alte dosi, però, può ridurre il controllo sul comportamento alimentare e indurre iperfagia.

Il sonno, un bene prezioso: come le benzodiazepine incidono sul corretto riposo

FONDAMENTALE PER IL BENESSERE PSICOFISICO, DEVE ESSERE PIÙ NATURALE POSSIBILE

Con le prossime domande si andrà ad approfondire la relazione tra benzodiazepine e sonno, con un occhio di riguardo per gli effetti su giovanissimi e anziani.

Come si può definire il sonno normale?

Il sonno svolge una funzione fondamentale per il benessere psicofisico, anche su aspetti non comunemente noti come la memoria e il controllo del peso corporeo. Purtroppo, i ritmi di vita attuali e l'iperconnessione ai vari device elettronici spesso non favoriscono una quantità e qualità sufficiente di sonno.



ATTENZIONE AGLI ANZIANI



ATTENZIONE AGLI ANZIANI

Le benzodiazepine dovrebbero essere prescritte agli anziani con estrema cautela e non per tempi lunghi. Il rischio maggiore è quello di aumentare i casi di cadute e le conseguenze negative sulla memoria a breve termine

È sbagliato prendere un sonnifero, una benzodiazepina (BZ) ipnotica, se si fatica a prendere sonno?

No, anche se è consigliabile ricorrere a una BZ solo se l'insonnia è molto marcata e, in ogni caso, per non più di un paio di settimane. Se l'insonnia persiste è meglio tornare dal medico. Naturalmente il farmaco può essere preso a cicli.

Le BZ donano un sonno naturale?

No, anche se questa è la prima impressione che prova l'insonne. Per sommi capi potremmo dividere il sonno in due fasi: la prima, il sonno profondo, è aiutata dalle BZ (come da dosi moderate di alcol), mentre la seconda, la fase cosiddetta del sonno REM, dove si tende a sognare con più intensità, è addirittura inibita dalle BZ come dall'alcol.

Quali sono le caratteristiche dell'insonnia?

Senza entrare troppo nello specifico, potremmo dividere l'insonnia in: iniziale (difficoltà nell'induzione del sonno, spesso su base ansio-

sa); centrale (buona induzione ma risveglio durante il sonno, spesso dovuta ad apnee notturne o ad altri disturbi, come quelli dell'apparato urinario); terminale (risveglio precoce senza possibilità di riaddormentarsi). In questo caso, se perdurante, andrebbe escluso un disturbo depressivo.

Le BZ possono peggiorare le apnee notturne?

Come l'alcol, molte BZ (non tutte) possono dare rilassamento muscolare, che può peggiorare le apnee notturne.

Le BZ possono essere assunte durante la gravidanza?

L'uso delle BZ andrebbe senz'altro evitato in gravidanza; anche se non tutti gli studi sono concordi, è stato dimostrato un effetto teratogeno a carico di alcune BZ. Una crisi astinenziale del neonato in madri che avevano partorito sotto uso cronico di BZ è noto fin dal 1975.

Esistono problemi nell'anziano in terapia cronica con BZ?

Seppure la maggioranza degli

anziani usi regolarmente una o più BZ (le BZ sono la prima voce di spesa farmaceutica delle case di riposo italiane!) il loro uso è fortemente correlato con cadute, dagli esiti spesso disastrosi negli anziani, e decadimento cognitivo. Il rischio è più alto con le BZ a più lunga emivita (durata nell'organismo), per problemi d'accumulo, ma nessuna BZ è priva di rischio. **Quindi se ho un genitore anziano che prende una BZ devo farla sospendere dal medico?**

No, non necessariamente. Intanto agli anziani le BZ dovrebbero essere prescritte con estrema cautela e non per tempi lunghi, per il sopra riportato rischio di cadute e conseguenze negative sulla memoria a breve termine. Se siamo di fronte a una dipendenza perdurante da anni può essere addirittura sconsigliabile o problematico toglierla. E spesso l'anziano non collabora. È raccomandabile una sospensione nel caso di cadute o di peggioramento cognitivo.

Sotto controllo medico

Si può ricorrere a un farmaco solo se l'insonnia è molto marcata e, in ogni caso, non per più di un paio di settimane

Le BZ sono usate anche dagli adolescenti?

Purtroppo, è un fenomeno in netta crescita. Una canzone come Xanny (nomignolo dello Xanax, l'alprazolam) della giovanissima Billie Eilish conta decine di milioni di visualizzazioni in YouTube. L'idea che si possa prendere sonno "di botto", spesso a tarda ora, può sembrare allettante per un adolescente, specie se le BZ le trova in casa.

Ma nella nostra realtà, tra gli adolescenti, cosa succede?

Abbiamo intervistato circa un migliaio di studenti delle scuole superiori di Verona e Mantova, riscontrando una prevalenza di disturbi del sonno davvero preoccupante. Inoltre, un 9% degli studenti aveva usato BZ senza che

fossero state prescritte da un medico. Un fenomeno che ci preoccupa non meno dell'uso di droghe!

Quando si è giovani il sonno sembra senza importanza. Ma è profondamente errato un sonno insufficiente, che nei giovani causa danni seri al cervello e pone le basi per sviluppare disturbi dell'umore. Specie nelle ragazze, come è risultato dalla nostra ricerca.

Potreste lanciare un messaggio per i giovani, a questo proposito?

Potremmo dire che una mancanza di sonno tende a far ingrassare. La ricerca scientifica è ormai categorica. Forse le ragazze sono più sensibili a questo che non al rischio di andare incontro a depressione.

La cenere sotto il tappeto: così il rischio dipendenza viene spesso sottovalutato

PERICOLO CHE È STATO A LUNGO POCO CONSIDERATO ANCHE DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Periodi di trattamento programmati e non troppo estesi permettono di evitare il cattivo uso di benzodiazepine, una situazione che espone al rischio di sviluppare una dipendenza, con tutti i pericoli connessi.

Cosa si intende per dipendenza nel caso delle benzodiazepine (BZ)?

La dipendenza da una sostanza è una sindrome caratterizzata da aspetti somatici e/o psicologici, generalmente determinata dall'assunzione protratta di farmaci con un elevato potenziale psicoattivo. Le potenzialità, in tal senso, delle BZ sono note fin dai primi anni d'impiego. L'astinenza da BZ è molto "fisica" ed è potenzialmente pericolosa per il rischio di sviluppare crisi epilettiche, imprevedibili.

Non sospendete mai una BZ drasticamente se la state assumendo da più di 3-6 mesi.

Quali sono i sintomi più comuni di astinenza da BZ e quando si manifestano?

Una sintomatologia astinenziale da sospensione di BZ dopo un uso prolungato può manifestarsi dopo 12-24 ore nel caso di BZ a emivita breve o medio-breve (triazolam, lorazepam, lormetazepam, alprazolam, a titolo d'esempio), mentre può iniziare più lentamente e progressivamente nel caso di BZ come il diazepam o il delorazepam. Circa la metà delle crisi astinenziali presentano una sintomatologia di entità grave, caratterizzata da ansia, insonnia, attacchi di panico, alterazioni sensoriali fino a crisi allucinatorie. Si possono avere importanti episodi

di tachicardia e di ipertensione arteriosa. Il rischio maggiore è rappresentato dalle crisi convulsive.

Come evitare l'insorgenza di una dipendenza da BZ?

Una buona regola è non programmare un periodo di trattamento superiore a quattro settimane senza interruzioni; il paziente non deve aumentare le dosi consigliate di sua iniziativa; particolare attenzione va fatta nei casi in cui esiste una storia di abuso di farmaci, di alcol e di droghe; sospendere il trattamento in modo graduale.

Quali sono le caratteristiche dei pazienti che fanno cattivo uso di BZ?

Per anni, soprattutto da parte della letteratura scientifica psichiatrica (spesso non priva di conflitti d'interessi), si è minimizzato il rischio di

dipendenza e abuso di BZ, relegandolo sbrigativamente alla sfera dei tossicodipendenti e dei disturbi psichiatrici maggiori. Questo, è ormai assodato, non essere vero. Dei 1400 pazienti ricoverati presso la Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona, unità di degenza specializzata in questo, circa la metà non ha mai usato droghe o alcol in modo scorretto, né ha mai avuto diagnosi psichiatriche.

Come si spiega allora che sono arrivati a una situazione di abuso di BZ?

Dopo 17 anni di attività e innumerevoli ricerche scientifiche, a Medicina delle Dipendenze (MDD) siamo arrivati a stabilire che un ruolo decisivo nell'indurre dipendenza e, ancor più, assuefazione è giocato dal tipo di BZ assunte.



Questione di... tipologia

Il ruolo decisivo nello sviluppo dell'assuefazione dipende dal tipo di benzodiazepine assunte

Quindi ci sono BZ più pericolose di altre nell'indurre dipendenza?

È noto da tempo che le BZ a breve emivita sono più additive (più inclini a dare dipendenza) ma non è esattamente così. Dai nostri studi (le nostre casistiche sono tra le più numerose a livello mondiale, soprattutto per gli alti dosaggi) emerge che le BZ più additive sono le BZ a emivita medio-breve.

Quindi quelle BZ che se le prendi per dormire non ti danno stordimento al mattino?

Precisamente. Ci sono quasi 30 BZ in commercio in Italia (i nomi commerciali sono ovviamente più di un centinaio): tre di queste costituiscono l'80% delle richieste di ricovero per abuso a MDD. Si tratta di lormetazepam, alprazolam e lorazepam.

Queste tre BZ sono ugualmente ad alto rischio addittivo?

No, il solo lormetazepam è sei volte più pericoloso degli altri due, che restano comunque farmaci a rischio elevato di dipendenza e abuso.

SOSPENSIONE GRADUALE

Particolare attenzione al rischio di sviluppare una dipendenza va fatta nei casi in cui il paziente abbia una storia di abuso di farmaci, di alcol e droghe. Il trattamento, anche in questo caso, va sempre sospeso in maniera graduale e sotto stretto controllo medico



Farmaci simili, nomi diversi Attenzione alla pericolosità e al loro rischio addittivo

IL POTENZIALE DIPENDE DA FATTORI DIVERSI, A PARTIRE DALLE MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Nel complesso e variegato mondo delle benzodiazepine, sono tre quelle che si sono rivelate più a rischio di sviluppo di dipendenza: lormetazepam, alprazolam e lorazepam. Il loro grado di pericolosità è però diverso: conoscere meglio queste sostanze aiuta a prevenire i rischi connessi al loro consumo.

Perché farmaci simili come le benzodiazepine (BZ) hanno un rischio addittivo così diverso?

È una cosa che ha catturato la nostra attenzione da anni, nel disinteresse generale della ricerca in ambito psichiatrico e tossicologico. Una conclusione l'abbiamo tratta nel 2019 con la pubblicazione di uno studio su più di mille pazienti su una prestigiosa rivista internazionale. È stato analizzato soprattutto il lormetazepam, la BZ più pericolosa della nostra casistica. A differenza di alprazolam e lorazepam, dove la maggior parte dei pazienti preferiva le compresse alle gocce, nel caso del lormetazepam praticamente tutti i pazienti lo assumevano in gocce.

Si tratta pur sempre di farmaci, soggetti a essere vigilati dagli enti competenti!

Dovrebbe essere così, ma ciò non si è verificato con le BZ. Il lormetazepam è commercializzato in quasi tutto il mondo ma non è mai stato associato ad un rischio particolarmente elevato di abuso. Solo in Italia e Spagna.

Come si spiega?

Beh, Italia e Spagna sono gli unici paesi al mondo dove il lormetazepam si vende anche in gocce.

Ma è stata solo Medicina delle Dipendenze (MDD) a segnalare questa pericolosità?

No, anche i dati ufficiali di vendita segnalano che il lormetazepam in Italia è la BZ più venduta, anzi, con il tasso di incremento nelle vendite maggiore di tutti. È inoltre la BZ con il maggior numero di segnalazioni per abuso tra tutte le BZ.

Ma come si spiega? Tutte le BZ in Italia sono disponibili anche in gocce.

Vero; secondo noi la pericolosità, in senso addittivo, del lormetazepam è legata alla concentrazione del principio attivo (la dose massima diurna è venti gocce), alla sua solubilizzazione in alcol puro e, specialmente il lormetazepam del

brand di lancio, alla sua aromatizzazione che spinge a un uso direttamente dalla boccetta senza contarne le gocce nel bicchiere.

Avete altri indizi per suffragare i vostri sospetti?

Noi siamo dei clinici, il nostro scopo è curare, non lanciare allarmi. Ma se chi dovrebbe farlo non lo fa, non ci tiriamo indietro.

Abbiamo girato qualche decina di video didattici su farmaci e droghe e li abbiamo postati in YouTube. Naturalmente le visualizzazioni sono state molto diverse, l'interesse degli utenti della rete è molto di differente per le varie sostanze.

Avete riscontrato un interesse particolare per la dipendenza da BZ?

Sì. Il video sulla dipendenza da BZ ha avuto circa il quadruplo delle visualizzazioni che hanno avuto alcol e tabacco: circa 20.000 visualizzazioni. Ma il solo lormetazepam è quasi arrivato a 40.000!

A parte l'Italia, quali sono a livello internazionale le BZ con maggiori segnalazioni di pericolosità addittiva?

Sicuramente il flunitrazepam e l'alprazolam. Comunque il lorazepam resta il farmaco più venduto, in assoluto, in Europa.

Ma il flunitrazepam c'è ancora in Italia? Non era stato sospeso?

Il flunitrazepam (nomi commerciali Roipnol e Darkene) è stato fortemente limitato in Italia, che vanta le restrizioni di vendita più importanti al mondo. Il Darkene (la versione in gocce) è stato invece sospeso del tutto. Interessante notare che tali restrizioni, risalenti ai primi anni '90, sono state applicate in conseguenza di una petizione popolare.

A quel tempo il Darkene veniva spesso iniettato dagli eroinomani con conseguenze disastrose.

E al giorno d'oggi qual è la BZ che viene iniettata preferibilmente dagli eroinomani?

Ancora una volta è il lormetazepam.

Ma questa volta nessuno si muove.

C'è qualche altra BZ, oltre a quelle citate, che ha mostrato caratteristiche di pericolosità?

Sì, risulta sempre più evidente la tendenza a dipendenza e abuso da parte dello zolpidem.

Ma se i medici dicono che non è nemmeno una BZ e quindi non può dare dipendenza!

Già, un vero miracolo del marketing. Lo zolpidem è, farmacologicamente, una imidazopiridina, quindi non una BZ. Ma la sua azione la esplica come tutte le altre BZ: una BZ mascherata, in grado di dare dipendenza e abuso come le sudette tre. Infatti è la quarta molecola per richiesta di ricovero da noi a MDD.

Anche in questo caso si tratta di una affermazione fatta anche da altri, sullo zolpidem?

Sì. A 30 anni di distanza dal suo lancio la FDA, l'ente federale americano di controllo sui farmaci, ha diramato un allarme sull'uso dello zolpidem, proprio a riguardo del rischio di dipendenza e abuso. Da anni l'abuso di zolpidem è segnalato in Francia.

Quindi se il mio medico mi prescrive dello zolpidem o del lormetazepam, cosa devo fare?

Nessun problema, si

può stare tranquilli. Deve semplicemente seguire le indicazioni riportate sul foglietto illustrativo e non superare le dosi né i tempi di assunzione raccomandati.

Si è parlato di dipendenza e assuefazione. Non sono la stessa cosa?

No, sono due fenomeni diversi. Una persona potrebbe prendere una compressa di sonnifero per anni, sviluppare dipendenza (e astinenza se lo dovesse sospendere), ma il farmaco continua a fare il suo effetto nel tempo. Nel caso dell'assuefazione (tolleranza) il farmaco tende a perdere la sua azione nel tempo, inducendo la tendenza ad aumentare il dosaggio. È questa la categoria di pazienti che ricoveriamo a MDD.

Questi pazienti arrivano a dosi molto alte?

Dosi davvero impressionanti. Il nostro paziente medio è un uomo (o una donna, il sesso è equamente suddiviso) di 45 anni, spesso con un lavoro anche di responsabilità, che assume quotidianamente una boccetta intera di lormetazepam, che equivale (tanto per rendere l'idea) a circa 2.000 gocce di Valium.

Ma come fanno queste persone a procurarsi dosi così alte?

Come tutte le dipendenze, chi diventa assuefatto a una sostanza tende a procurarsela in tutti i modi, leciti o meno. In Italia, in particolar modo, abbiamo un problema con alcune farmacie che tendono ad essere piuttosto tolleranti nei controlli delle ricette di BZ. Non è un'accusa generica e di certo non riguarda la maggior parte delle farmacie italiane, ma è innegabile che un nostro paziente su due ottiene la sua BZ d'abuso direttamente dal farmacista. Questo fenomeno è stato documentato con telecamera nascosta dal noto programma TV "Le Iene" nel maggio 2017. In

altri casi sono stati proprio i farmacisti, prima ancora dei medici di fiducia, a inviare gli abusatori di BZ presso il nostro reparto.

IL CASO DI ITALIA E SPAGNA

Solo in Italia e Spagna l'utilizzo di lormetazepam è stato associato a un rischio di abuso, nonostante sia venduto in tutto il mondo. Italia e Spagna sono anche le uniche nazioni in cui questo farmaco è venduto in gocce



Il dosaggio
Un paziente medio della MDD può arrivare ad assumere una boccetta al giorno



Un fenomeno da evitare

Nel caso dell'assuefazione, il farmaco tende a perdere la sua azione nel tempo, spingendo a incrementare le dosi

Non solo mettere in guardia dai rischi, ma anche - e soprattutto - curare: è questo il compito della Medicina delle Dipendenze di Verona, che dal 2003 si distingue per i trattamenti somministrati in ambito ospedaliero a livello europeo.

Cosa fate per i dosaggi imponenti?

Dal 2003 la Medicina della Dipendenza (MDD) è leader in Europa per questo tipo di trattamenti. Viene somministrato sottocute un antidoto delle benzodiazepine (BZ), il flumazenil, in infusione lenta per circa una settimana. Già dal primo giorno la BZ oggetto d'abuso viene del tutto sospesa. Si tratta, va ripetuto, di un trattamento ospedaliero. Ogni settimana accogliamo 3-4 persone di questo tipo e, purtroppo, le liste d'attesa sono lunghe, disponendo solo di quattro posti letto.

Si tratta di un trattamento a pagamento?

No, viene svolto in regime di SSN, con impegnativa. Siamo però molto selettivi nella scelta dei pazienti da ricoverare, privilegiando i casi più gravi. Il 72% dei pazienti viene da fuori regione Veneto e un 3% viene dall'estero.

Ma il consumo di BZ è ubiquitario in Italia?

No, esistono grosse differenze regionali. Il consumo prevale nettamente al Nord, con l'eccezione della provincia autonoma di Bolzano.

Ma voi fate formazione? Diffondete questi concetti?

Certo, ma con fatica; è evidente che per organizzare i nostri convegni non possiamo chiedere sostegno alle ditte farmaceutiche, come avviene per la quasi totalità dei convegni medici; a tale scopo ci sostengono le donazioni e il 5 per mille del Centro Lotta alle Dipendenze Onlus. I risultati però iniziano a vedersi. Dopo una formazione che ha coinvolto tutti i medici di famiglia della provincia di Reggio Emilia, l'ASL locale ha diramato un'avvertenza sull'uso del lorazepam.

E questa iniziativa?

Anche questa è importante perché raggiunge direttamente i possibili interessati. Siamo molto grati di ciò al Comune di Verona e alla sensibilità di un farmacista che ha raccolto il contributo di alcuni produttori di prodotti naturali e integratori.

A questo riguardo, servono i prodotti naturali?

Da sempre gli esseri umani si curano con le erbe. Molte piante posseggono un'azione GABAergica, quindi simile alle BZ, ma nessuna ne raggiunge l'efficacia. Ciò non toglie che estratti di valeriana e altre piante possono essere assunti in modo sicuro e spesso efficace nei casi meno complicati di insomnia. Nel caso di assuefazione alle BZ temo possano essere di limitata efficacia, non prima comunque di essere riusciti a togliere la dipendenza.

Avete scoperto voi questa tecnica del flumazenil?

No, è stato un noto professore inglese ad applicarlo per la prima volta 27 anni fa. Noi abbiamo iniziato a farlo nel 2003 e fino al 2018 siamo stati gli unici in Europa. Dal

Terapie contro i dosaggi elevati: la MDD si conferma realtà leader

LA MEDICINA DELLE DIPENDENZE DI VERONA HA SVILUPPATO SOLUZIONI E STRATEGIE DI CURA EFFICACI



UN RECORD PER 15 ANNI

Dal 2003 e fino al 2018 la Medicina delle Dipendenze di Verona è stata l'unica realtà in Europa ad utilizzare la tecnica del flumazenil per curare la dipendenza da benzodiazepine.

Il trattamento
C'è molta selettività nella scelta dei pazienti: vengono privilegiati in modo particolare i casi più gravi

È possibile per un paziente che assume dosi molto alte di BZ scaricarle gradualmente?

In linea teorica, sì. Lo scalo raccomandato è del 10% in meno a settimana, adottando la tecnica dello stop and go: si interrompe lo scalo se in difficoltà, ci si assesta, si aspetta un miglioramento e si riprende a scalare.

Ma questo, pare di capire, è difficile. Sì; quando si parte da una dose alta lo scalo è lunghissimo e caratterizzato da fenomeni a "pendolo": alla prima difficoltà emotiva si tende a tornare alle dosi di partenza.

Ma è possibile guidare automezzi se si assume una BZ?

L'argomento è molto dibattuto e la normativa italiana è poco chiara e applicata in modo difforme nelle varie regioni. L'assuntore di dosi terapeutiche di BZ, regolarmente prescritte da un medico, potrebbe

be vedersi ritirata la patente in un eventuale controllo stradale. I kit sono in dotazione della Polizia Stradale, anche se meno applicati del classico etilometro. Di solito il soggetto, a seguito di documentazione sanitaria che ne attesti la necessità, dopo valutazioni specialistiche, riacquista la patente. Del tutto diverso il caso di un sinistro dove si dimostri un tasso di BZ nel sangue superiore al consentito. In questo caso la BZ potrebbe essere equiparata a una droga, con le conseguenze del caso.

Un commento finale sull'argomento?

Il sonno è un bene prezioso che andrebbe coltivato fino dall'infanzia. "Dio benedica chi ha inventato il sonno, mantello che avvolge i pensieri di tutti gli uomini, peso che equilibra le bilance e accomuna il mandriano al re, lo stolto al saggio" (de Cervantes).

2018 tale trattamento è disponibile anche in altre strutture, tra le quali ricordo con piacere la Clinica Santa Giuliana, a Verona.

Il trattamento tende a essere risolutivo o, come in molti casi con le dipendenze, si assiste a una ricaduta?

Questo è un punto importante. Abbiamo di recente contattato tutti i pazienti ricoverati negli ultimi due anni. La ricaduta è avvenuta nel 28% dei casi, quindi il 72% ha avuto un beneficio durevole dal trattamento.

Ma perché, trattandosi di farmaci così diffusi e con una percentuale non trascurabile di abuso, ci sono così pochi centri che applicano questo trattamento?

È difficile rispondere a questa os-

servazione. Potremmo dire che il problema della dipendenza da BZ sia mediamente trascurato dalla medicina. È più semplice prescrivere un farmaco di sicura efficacia, almeno all'inizio, che non intrattenere un dialogo sulle cause del malessere. È così per molti medici ma anche per molti pazienti.

Ma ci sono molte cliniche private, anche convenzionate, di tipo psichiatrico in Italia.

Disintossicare un paziente assuntore di alte dosi di BZ, con sistemi tradizionali, richiede molte settimane. I reparti di psichiatria degli ospedali pubblici dispongono di posti letto limitati e quasi nessuno si dedica a questo, optando per attività di Day-Hospital, spesso inefficaci. Va detto che i trattamenti

molto lunghi sono spesso gravati da alti tassi di abbandono.

Ma si può applicare anche ai casi che non riescono a smettere dosi medio-alte di BZ da anni?

No; il trattamento dà risultati davvero sorprendenti negli assuntori di alte dosi di BZ, molto meno in chi assume, seppur da anni, dosi terapeutiche o di poco superiori. Per non indurre facili illusioni, noi prendiamo solo pazienti che assumono da almeno sei mesi, quotidianamente, una dose di BZ cinque volte maggiore il massimo consentito. Per tutti gli altri il consiglio è un lento, lungo scalaggio, molto meglio se appoggiati a un medico esperto. Sempre che non si decida per un mantenimento delle dosi, come male minore.



La necessità
Il DUS (Disturbo
da Uso di Sostanza)
deve essere
considerato
una malattia

Uso, abuso e dipendenza da analgesici

Quella sottile linea tra sollievo e dramma

L'UTILIZZO SREGOLATO DEGLI OPIOIDI DI PRESCRIZIONE È UN PROBLEMA NEGLI USA E SARÀ PRESTO CENTRALE ANCHE PER LA NOSTRA SANITÀ

A cura di Fabio Lugoboni e Stefano Tamburin, Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona - Clinica Neurologica, Università di Verona.

L'abuso di analgesici oppioidi di prescrizione, i cosiddetti pain-killer, "killer del dolore" (PK) è divenuta un'epidemia negli Stati Uniti con gravi eventi avversi, quali abuso e dipendenza.

Nel 2010, negli USA, le morti da overdose dovute a PK sono state il doppio di quelle, sommate, da eroina e cocaina. Il peso economico dell'epidemia da PK negli USA ha ormai sorpassato, come costi diretti ed indiretti, quelli dell'HIV. Il problema è nato dalla penna dei medici. Una prima problematicità riguarda alcuni pazienti affetti da dolore cronico, con uso eccessivo di oppioidi di prescrizione. Un altro aspetto preoccupante, segnalato dagli Stati Uniti, è la "tracimazione" dei PK dai pazienti affetti da dolore ai loro familiari, soprattutto se adolescenti, con un incremento drammatico dei casi di intossicazione acuta trattati dalle unità di Pronto Soccorso. Un terzo fenomeno, non trascurabile, è la dipendenza "da rientro" che l'uso incauto di PK può causare nei pazienti con un passato di tossicodipendenza. Una riflessione sulla dipendenza iatrogena da PK è importantissima, in quanto fenomeno destinato ad interessare in tempi brevi anche la nostra sanità. Questo problema, in America, è stato alimentato da un marcato cam-

biamento nella filosofia del trattamento del dolore cronico, da una cultura "oppiofoba" ad una "oppiofila", cosa che sta avvenendo da noi solo recentemente.

TRATTAMENTO ANTALGICO

Oggi il trattamento antalgico fa parte, doverosamente, della responsabilità professionale di ogni medico. Il dolore acuto ha un'importante funzione di segnale;

quello cronico non serve a nulla. Chi soffre cronicamente, soffre per niente. Il dolore è il più grande nemico dei malati, annienta la loro dignità, spegne la volontà di combattere la malattia. Il dolore va affrontato con ogni mezzo a nostra disposizione. Ma vi è una diffusa, erronea convinzione che tutta la sofferenza possa essere risolta. Il fatto che gli analgesici oppioidi possano dare dipen-

denza e, peggio, tolleranza viene visto come un elemento secondario.

Anche nei casi dove si instaura una progressiva insensibilità ai PK, a causa della tolleranza, è più facile e remunerativo prescrivere un innalzamento delle dosi che diagnosticare e trattare adeguatamente la tolleranza. È doveroso precisare che non stiamo parlando di pazienti oncologici con limitate aspettative di vita, che dovrebbero soffrire il meno possibile, a qualunque prezzo. Questi rappresentano una minoranza degli assuntori di PK. La maggior parte dei pazienti di cui stiamo parlando sono

soggetti affetti da dolore cronico, con un'aspettativa di vita normale. La valutazione sul tipo di trattamento, quindi, dovrebbe essere frutto di una visione sul lungo periodo. Mentre nel dolore acuto il medico dovrebbe chiedersi che tipo di dolore ha il paziente (allo scopo di far diagnosi ed impostare una terapia corretta), nel dolore cronico la domanda corretta è "che tipo di paziente è che ha il dolore". Per contro i medici specialisti italiani ammoniscono: i dati vanno letti considerando che in Italia il livello di partenza era molto modesto e che nonostante l'incremento, l'uso di PK nel nostro Paese è tra i più bassi in Europa.

LA NORMATIVA

La legge del 2010, che garantisce terapie del dolore adeguate, non è stata ancora del tutto attuata in Italia per le perduranti resistenze culturali di pazienti e di medici prescrittori, ma non possiamo restare insensibili all'esperienza degli Stati Uniti, dove l'abuso di PK è dilagato oltre misura. Pertanto è opportuno che le Istituzioni sanitarie comincino a vigilare affinché lo stesso fenomeno non accada anche nel nostro Paese, come sta iniziando a fare nel Nord Europa. La "giusta via" sta nel mezzo e pertanto dovremmo essere "sufficientemente preoccupati".

D'altra parte, non ci si può aspettare un aiuto dal marketing farmaceutico che, negli USA, è stato concausa importante del fenomeno. In quel caso il marketing si è concentrato soprattutto sulla promozione degli oppiacei nel trattamento del dolore croni-

co benigno fra i medici di medicina generale perché considerati più influenzabili, con uno sforzo continuo di minimizzazione dei rischi di misuso di questi farmaci. Le multe milionarie, con annesse cause civili ancor più gravose che hanno messo in bancarotta alcune grosse ditte farmaceutiche americane, sono state riportate recentemente anche dai nostri media. Le recenti facilitazioni prescrittive, sacrosante se ben usate, sono un fattore che potrebbe rendere ragione di tale disinvoltura prescrittiva. L'obiettivo di una prescrizione di PK adeguata e sicura sarà però raggiunto solo quando il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) sarà considerato davvero una malattia dalla medicina e dalla società, perché solo allora essa sarà trattata come legittimo oggetto dell'attenzione clinica.

UN CIRCOLO VIZIOSO

La triade "ignoranza in termini di DUS", "pressione culturale contro il dolore ad ogni costo" e "facilità prescrittiva" è la chiave di lettura per prevedere, in breve, il replicarsi anche da noi di una epidemia da analgesici oppioidi. È di cruciale importanza che il DUS venga insegnato maggiormente nel corso di laurea e nelle scuole di specializzazione, al fine di portare ogni medico a riconoscere i pazienti a rischio (in cui usare con molta cautela certi PK) ed i segni precoci d'abuso per poter intervenire in tempo, oltre alla capacità di riconoscere e trattare la tolleranza oppioide, vera croce per i soggetti affetti da dolore cronico.



UNA VISIONE LUNGIMIRANTE

Uno dei problemi centrali è che la maggior parte dei pazienti che utilizzano analgesici oppioidi sono soggetti affetti da dolore cronico con un'aspettativa di vita normale. La valutazione del tipo di trattamento dovrebbe quindi essere frutto di una visione sul lungo periodo

Una piaga negli Stati Uniti

Le morti connesse all'utilizzo dei "painkiller" sono state il doppio di quelle, sommate, dovute a eroina e cocaina

Il dolore: allarme necessario per il corpo Ma quello cronico va curato e lenito

NE SOFFRE IL 26% DEGLI ITALIANI: SERVE TROVARNE LA CAUSA E TRATTARLA, RICORRENDO AGLI ANTIDOLORIFICI SOLO COME ULTIMA ALTERNATIVA

Rispondono alle domande sul dolore e sull'uso degli analgesici oppioidi qui e nelle pagine successive i dottori Fabio Lugoboni e Stefano Tamburin della Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona - Clinica Neurologica, Università di Verona.

A cosa serve il dolore?

Il dolore acuto ha una funzione di segnale: se appoggiamo una mano su una superficie che scotta, la togliamo immediatamente; un forte dolore dietro lo sterno ci fa sospettare un infarto.

E a cosa serve il dolore cronico? Non serve a nulla e andrebbe lenito cercando e trattando la causa, o con terapie sintomatiche anche farmacologiche. Il dolore cronico spezza la dignità della persona, la umilia e la rende peggiore.

È diffuso il dolore cronico?

Purtroppo sì, poiché ne soffre il 26% degli italiani. Il dolore cronico viene solitamente suddiviso in oncologico e cronico benigno, come quello neuropatico ed il mal di schiena cronico.

Cosa è il dolore neuropatico?

È un dolore secondario ad una patologia che coinvolge la componente sensitiva del nostro sistema nervoso. Ha meccanismi peculiari e molto spesso è difficile da trattare, dato che all'incirca due terzi dei pazienti con dolore neuropatico non rispondono alla terapia farmacologica.

E il mal di schiena?

Il mal di schiena cronico è la causa principale per cui ci si



Un compito complesso

Valutarne l'intensità diventa ancora più difficile in presenza di persone con lesioni cerebrali e disturbi di coscienza

rivolge al medico e comporta un importante disagio per il paziente e la perdita di molti giorni di tempo libero e di lavoro. Anch'esso è difficile da trattare, dato che richiede spesso modifiche delle proprie abitudini di vita, come aumentare l'attività fisica e ridurre il peso.

In questa condizione, i farmaci e gli interventi chirurgici spesso non sono efficaci e possono contribuire a cronicizzare il dolore.

Come si misura il dolore?

L'unico modo è ascoltare quello che dice il paziente, dato che il dolore è una esperienza assolutamente soggettiva, ognuno ha

la sua soglia di dolore, influenzata da fattori culturali, stato psicologico, presenza di altre malattie ed aspetti relazionali.

Ma non c'è uno strumento per misurare il dolore?

Normalmente si chiede al paziente di definire, su una scala da zero a dieci, il suo dolore, dove dieci è il più forte dolore mai provato e zero è l'assenza di dolore. Diventa più complesso valutare il dolore in una persona con disturbi di coscienza, demenza o in chi non può parlare per lesioni cerebrali; per queste situazioni ci sono scale che si basano su alterazioni comportamentali o espressioni del volto.

Si possono prendere farmaci antidolorifici per anni?

Il medico dovrebbe prima trovare la causa del dolore e trattarla; se ciò non è possibile o altri trattamenti, come la fisioterapia, hanno fallito, l'unica alternativa rimane l'assunzione di antidolorifici.

E non si rischia una dipendenza? Sì, ma può essere il male minore rispetto ad un dolore insopportabile. Un altro fenomeno è la tolleranza, cioè la riduzione dell'efficacia di un farmaco come antidolorifico, fino all'inefficacia.

Per evitare la dipendenza, si possono usare per anni i comuni antidolorifici, come ibuprofene o diclofenac?

Un uso prolungato di farmaci antidolorifici/antiinfiammatori, i cosiddetti FANS, è controindicato soprattutto nei pazienti anziani per il rischio di effetti collaterali gastrici, renali e cardiaci.

E per quanto riguarda il paracetamolo?

Il paracetamolo ha un meccanismo d'azione diverso rispetto ai FANS, ed il suo uso prolun-

gato è meno problematico. Tuttavia, la durata dell'effetto analgesico del farmaco è breve e la dose per ottenere l'analgesia è in genere più alta di quella per ridurre la febbre. Infine, usare dosi maggiori di 3 grammi al giorno può essere pericoloso.

Ma questi farmaci si usano anche con i bambini.

I FANS sono la prima causa di effetti collaterali ed il paracetamolo è ancor oggi la prima causa di morte per intossicazione da farmaci nel mondo. Ciò non significa che, se usati in modo corretto, tali farmaci non siano ottimi strumenti analgesici.

Si parla molto di dolore ultimamente, anche nei giornali.

Ciò è positivo, dato che in Italia il dolore è stato curato in modo inadeguato per molti anni. Fino a pochissimi anni fa, l'Italia era l'ultimo paese europeo, col Portogallo, nell'uso di oppioidi, che venivano utilizzati con il contagocce anche in casi drammatici.

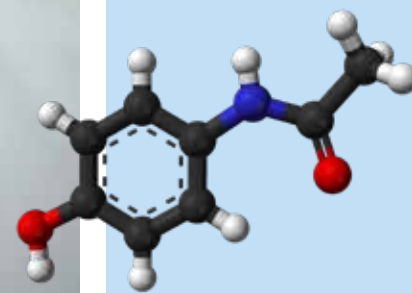
Dovrebbero essere i medici a valutare il dolore nei pazienti ricoverati, non i parenti ad implorare un aiuto.

Assolutamente d'accordo. Il personale sanitario dovrebbe chiedere quotidianamente a ogni paziente di qualsiasi reparto se ha dolore. Il terribile detto "niente è sopportabile come il dolore degli altri" non deve valere per il personale sanitario. **Mi pare che siano stati fatti progressi in tal senso.**

Nel 2010 è stata varata una legge importante che ha rimarcato l'obbligatorietà per il personale sanitario di valutare quotidianamente il dolore dei pazienti ricoverati e semplificato moltissimo la prescrizione di oppioidi.

DAI FANS AL PARACETAMOLO

I FANS, se usati in modo corretto, sono ottimi strumenti analgesici. Ma bisogna tenere presente che sono anche la prima causa di effetti collaterali e che il paracetamolo è ancora oggi la prima causa di morte per intossicazione da farmaci nel mondo



Cosa sono esattamente gli oppioidi?

Sono farmaci derivati dal papavero da oppio. Quelli che si estraggono dalla pianta si chiamano oppiacei (morfini, codeina ecc.) mentre quelli di sintesi chimica oppioidi (ossicodone, tramadolo, tapentadolo, fentanili, ecc).

Come funzionano gli oppioidi?

Agiscono sui meccanismi del dolore a livello del sistema nervoso centrale ma la loro potenza è alquanto diversa, come tra un'auto utilitaria ed una sportiva.

Che altri effetti hanno gli oppioidi?

Oltre all'azione analgesica, riducono la tosse, hanno un effetto distipsi, sedativo, ansiolitico ed ipnotico. Essi stimolano inoltre, in modo variabile, aree cerebrali coinvolte nella gratificazione e nel piacere; quest'ultima è la chiave per spiegare la loro potenzialità nel dare dipendenza.

Gli oppioidi sono farmaci importanti?

Sydenham, un medico inglese del 1600, diceva: "Tra tutti i rimedi che il buon Dio ha dato all'umanità per far fronte alle sofferenze, nessuno è così universalmente efficace come l'oppio".

Ma tra gli oppioidi c'è anche l'eroina, una tra le peggiori droghe.

L'eroina è un derivato della morfina attraverso un processo chimico che la rende cinque volte più potente della morfina stessa. Ma l'eroina è anche un farmaco presente nel prontuario inglese come analgesico: dipende dall'uso che se ne fa. Una pistola in mano alle Forze dell'Ordine ci rassicura, ma ci spaventa in mano ad un malvivente. Fa effetto parlare di eroina, molto meno di fentanyl.

Dati positivi

In Italia si sono compiuti grandi passi avanti nella gestione di questa problematica



Analgesici oppioidi, potenzialità e rischi

E scatta l'allarme sull'utilizzo di fentanyl

CENTO VOLTE PIÙ POTENTE DELLA MORFINA, VA USATO SOLO SOTTO SUPERVISIONE MEDICA. È RISULTATO LETALE COME DROGA DI STRADA



Il panorama degli analgesici oppioidi è molto vario e sia medici che pazienti vi si devono avvicinare con cautela: ai buoni risultati contro il dolore cronico dovuti alle corrette prescrizioni sanitarie, si affianca l'emergenza legata all'abuso di alcuni di questi farmaci.

Ultimamente si sente parlare spesso di fentanyl, anche perché alcuni divi sono morti d'overdose da questo oppioide. Che cos'è?

Il fentanyl è un oppioide super-agonista, un po' come dire una "super-morfina", utile in anestesia o per il dolore incontenibile, ad esempio, in pazienti oncologici.

Perché il fentanyl può provocare la morte?

Il fentanyl è quasi cento volte più potente della morfina. Se viene usato come farmaco, e quindi sotto supervisione medica, la sua pericolosità è modesta. Tutt'altro discorso se viene utilizzato come droga di strada, dato che in questo caso gioca un ruolo chiave la tolleranza di chi lo assume. In altre parole, il rischio di un'overdose letale è molto elevato per chi assume fentanyl a sua insaputa o se non è un consumatore abituale. L'abitudine agli oppioidi, protegge, fino a un certo livello, dal rischio di overdose.

A volte si sente parlare di fentanili, sono la stessa cosa?

I fentanili comprendono svariate molecole la cui struttura chimica è simile a quella del fentanyl, alcune delle quali più potenti del fentanyl stesso. Tali farmaci sono utilizzati in anestesia o nella terapia del dolo-

re per trattare dolori non responsivi ad altri farmaci. La loro potenza è molto diversa: per dare un'idea, il carfentanyl viene usato per addormentare gli elefanti.

I fentanili sono quindi farmaci pericolosi?

La legislazione italiana è piuttosto restrittiva nella loro indicazione, molto meno nella prescrizione: l'entrata in vigore della legge sulla terapia del dolore ne ha semplificato la prescrizione e ora questi farmaci sono più facilmente accessibili dai pazienti con una sintomatologia dolorosa importante. Tuttavia il paziente non deve temere il loro effetto, quando sono prescritti da medici esperti.

Se la legislazione che regola la distribuzione di fentanili è adeguata come è possibile che se ne faccia un abuso?

Ci sono tre tipi di abuso. Il primo è quello che sembra sia coinvolto in vari recenti fatti di cronaca (lo chef di New York, Dolores O'Riordan, Prince, ecc.), è legato a un consumo illecito di provenienza dalla strada, con gli elevati rischi sopra accennati. Il secondo è il rischio di abuso in soggetti che, pur avendo assunto tali farmaci per un dolore severo ma transitorio, continuano a usarlo per scarsa sorveglianza del curante o perché è sopraggiunta una vera e propria dipendenza. In tali casi, il paziente stesso trova i modi, legali o illegali, di continuare a procurarselo, all'insaputa dei curanti e spesso dei familiari. Tale fenomeno, chiamato doctor shopping, è molto comune negli USA, dove il paziente si procura il farmaco con regolari ricette ma ottenute da medici diversi e sempre più spesso da Internet. Infine, il terzo tipo di abuso caratterizza i pazienti affetti da un dolore cronico severo, che necessita di una somministrazione protratta di fentanili. Per motivi ancora non del tutto chiari, si può sviluppare un fenomeno noto da tempo, chiamato iperalgesia oppioide, dove all'aumentare delle dosi aumenta anche il dolore. Questo fenomeno, pur essendo stato descritto già nel 1880, trova a volte impreparati gli specialisti del dolore e l'elevata potenza dei fentanili aumenta sensibilmente questo rischio rispetto alla morfina. **I pazienti che assumono farmaci a base di fentanyl sono quin-**

Tema caldo

Ad accrescere l'attenzione sul farmaco anche le morti per overdose di alcuni divi

NUOVE TECNICHE
di PESCA



di a rischio di sviluppare dipendenza?

L'elevata potenza di questi farmaci sicuramente accresce di molto il rischio di tolleranza e quindi di abuso, anche nei casi di uso terapeutico. Non a caso l'indicazione per la prescrizione dei farmaci a base di fentanyl è il dolore oncologico di particolare gravità. L'uso nei casi di dolore cronico benigno, come nel mal di schiena cronico, per fare un esempio, è totalmente da proscrivere. Se un fentanile viene prescritto ad un paziente con dolore cronico benigno, vi è il rischio di sviluppare assuefazione, tolleranza.

I fentanili sono anche pericolose sostanze d'abuso.

I fentanili sono relativamente facili da produrre in un laboratorio clandestino. In Italia il loro uso come droga è poco frequente, ma quando vengono spacciate droghe da strada tagliate con fentanili aumenta il rischio di morti per overdose. Nei paesi baltici, i fentanili hanno ormai soppiantato l'eroina come droga di strada. Alcuni fentanili ed i loro effetti sono poco conosciuti dalla comunità medica e pertanto, in caso di overdose o decesso del paziente, può essere difficile sospettare che una di queste molecole sia implicata.

Il fentanyl è normalmente usato sotto forma di cerotti o compresse: a partire dai farmaci si possono ottenere sostanze d'abuso?

Qualsiasi farmaco può essere manomesso. Per misuso si intende un utilizzo di un farmaco in modo diverso da quello prescritto. Per esempio, i cerotti possono essere leccati, fumati, dilavati in soluzione e poi iniettati. Va comunque ricordato che alcuni fentanili sono disponibili come lecca-lecca e come spray nasale, vie di somministrazione che ne permettono un veloce assorbimento e ne incrementano la rapidità d'effetto.

Quali sono i fattori che aumentano il rischio di assuefazione da oppioidi?

In genere maggiore è l'effetto analgesico, maggiore è il rischio di sviluppare assuefazione. Esistono anche fattori genetici e psichiatrici. Un filone poco studiato ma, secondo noi, estremamente importante è quello traumatico: chi ha subito traumi, violenze fino alla pre-adolescenza è ad alto rischio di fare un cattivo uso degli oppioidi, se prescritti.

E chi ha fatto uso di droghe?

Naturalmente chi ha fatto abuso di droghe e alcol è ad alto rischio. Chi, in passato, ha abusato di eroina è ad altissimo rischio di sviluppare dipendenza e tolleranza.

Quindi questi pazienti sono destinati a soffrire, se si ammalano.

Certo che no. Il medico deve raccogliere accuratamente l'anamnesi e prescrivere, dopo aver esplorato eventuali ipotesi alternative, oppioidi a minor rischio d'abuso, come la buprenorfina o il metadone.

Il metadone? Non è un farmaco per i drogati?

Sì, ma il metadone è nato come analgesico e, da questo punto di vista, ha delle caratteristiche uniche: è efficace più di altri oppioidi sul dolore neuropatico, induce meno tolleranza e stimola poco i centri del piacere. Per questo dagli anni '60 viene usato per gli eroinomani.

Ma se un paziente ne avesse bisogno, deve andare ad un servizio per le dipendenze, per averle il metadone?

No. Il metadone, come analgesico, può essere prescritto dal medico di medicina generale e dal terapeuta del dolore su ricettario regionale e distribuito in farmacia.

Quali sono in estrema sintesi i vantaggi del metadone nella terapia del dolore?

Il principale è quello di dare poca tolleranza nei soggetti ad alto rischio e nel riportare a una normale sensibilità agli analgesici quanti hanno sviluppato iperalgesia oppioide, cioè l'effetto paradossale che, all'aumentare delle dosi di oppioide, cresce il dolore.

Dall'iperalgnesia fino al ricovero in struttura Come si cura l'abuso di analgesici oppioidi

LA DISINTOSSICAZIONE DEVE AVVENIRE IN CENTRI SPECIALIZZATI PER LIMITARE IL DOLORE VIOLENTO CAUSATO DALLA DIPENDENZA

Dopo aver capito meglio cosa sono e come agiscono gli analgesici oppioidi, si puntano i riflettori sulle modalità di cura dell'abuso di queste sostanze. In questo campo, il centro di Medicina delle Dipendenze di Verona da tempo mette in atto approcci efficaci e all'avanguardia.

L'iperalgnesia (ovvero l'aumentata sensibilità al dolore) da oppioidi è un fenomeno frequente?

Diciamo che non è raro, soprattutto in chi ha sviluppato un dolore difficile da trattare come quello neuropatico, ad esempio dopo traumi stradali o come conseguenza di molteplici interventi alla colonna. Anche l'uso disinvolto degli oppioidi può favorire lo sviluppo della iperalgnesia da oppioidi.

Se il paziente sviluppa questa iperalgnesia, si toglie l'oppioide?

Ciò sarebbe auspicabile, altrimenti si imbecca un circolo vizioso. Tuttavia questi pazienti hanno un'altissima dipendenza fisica, oltre che psichica, e durante la riduzione dell'oppioide possono sviluppare forme di dolore violento. Inoltre, la disintossicazione da oppioidi va fatta da centri esperti, e non rientra purtroppo nel bagaglio di nozioni che tutti i medici dovrebbero avere.

I centri di Medicina delle Dipendenze seguono questi pazienti?

Sì, a Verona mediamente sono visti 2-3 pazienti a settimana provenienti da tutta Italia. Questo dato dà la misura di come sia impreparato il mondo medico ad affrontare le dipendenze, anche quelle di origine medica.

Ma non si fa formazione su questi casi?

Molto poco per quanto riguarda il metadone. I congressi specialistici presentano spesso farmaci sempre più potenti, il che va bene in casi specifici, ma sono molto meno attenti a farmaci presenti da molto tempo ed ancora efficaci.

E questo perché?

Il metadone costa pochissimo, centinaia di volte meno dei farmaci più recenti e potenti. I convegni medici sono finanziati in larga parte da chi produce i farmaci, quindi, alla base c'è anche una ragione commerciale. La Medicina delle Dipendenze dell'Azienda Ospedaliera di Verona è una delle poche strutture che organizza sistematicamente convegni nazionali su questi temi senza supporto dell'industria farmaceutica, col solo supporto delle Onlus del settore.

Quali pazienti ricoverate, nel caso degli analgesici?

Sostanzialmente quelli che non



Formazione

La MDD di Verona è una delle poche realtà che organizza convegni nazionali su questo tema

hanno più un dolore sottostante importante, che sono diventati dipendenti da oppioidi e necessitano di disintossicazione. Negli altri casi, cambiamo generalmente l'oppioide con il metadone, a livello ambulatoriale.

Si sente molto parlare di "epidemia di analgesici" nel Nord America.

Effettivamente si tratta di un problema enorme, come costi umani ed economici, sorto negli anni '90 e ancora fuori controllo. Per un modificato atteggiamento culturale nei confronti del dolore, in Nord America si è passati rapidamente da una cultura "oppiofoba", cioè spaventata dalla prescrizione di oppioidi a una "oppiofila". Alcune industrie farmaceutiche, in seguito pesantissimamente sanziona-

te per questo, hanno spinto a un uso spropositato di oppioidi anche per dolori banali, mentre il mondo medico si è trovato impreparato di fronte a questo cambio epocale, data la scarsa formazione in questo ambito.

Quindi, cosa è successo?

Le case degli americani si sono riempite di analgesici oppioidi. Molti adolescenti se ne sono appropriati all'insaputa dei genitori e sono spesso andati incontro a overdose. Nel 2015 i morti per overdose da analgesici, negli USA, sono stati più del doppio di quelli da eroina e cocaina messe insieme. Molte persone, anche sportivi, sono diventati dipendenti da oppioidi, anche per traumi transitori, di-

Numeri che parlano chiaro

Nella struttura della nostra città mediamente sono visitati 2 o 3 pazienti a settimana provenienti da tutta Italia



TEST AD HOC IN PREPARAZIONE

Attualmente in Italia, non esiste un solo test tradotto e validato per valutare il rischio d'abuso di oppioidi, mentre negli Stati Uniti ne esistono ben tredici. La Terapia del Dolore, la Neurologia e la Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona stanno mettendo a punto il primo test italiano di questo tipo



ventando non dissimili dagli eroinomani. Sono sorte un po' dovunque comunità terapeutiche per questi particolari pazienti. Purtroppo, il fenomeno non pare fermarsi, nonostante lo sforzo enorme del mondo medico nel cambiare le proprie abitudini prescrittive.

Quindi gli USA hanno dato uno stop agli oppioidi?

No, ma un'attenzione marcata al tipo di oppioide, ai tempi di prescrizione e, soprattutto, un'accurata valutazione tramite test dei pazienti a rischio di abuso. Inoltre, si è iniziato a fare formazione medica in ambito accademico sulle dipendenze e sul loro trattamento.

Anche da noi si fanno dei test prima di iniziare un oppioide, per valutare il rischio?

Attualmente, in Italia, non esiste un solo test tradotto e validato per valutare il rischio d'abuso, mentre negli USA ne esistono 13. Sono test semplicissimi, che un paziente compila da solo in pochi minuti, prevenendo problemi gravi per sé e per i conviventi, oltre a spese enormi per il Sistema Sanitario Nazionale. La Terapia del Dolore, la Neurologia e la Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona stanno mettendo a punto il primo test italiano in tal senso, scelto tra quelli più affidabili sviluppati negli USA.

Un messaggio finale, per favore. Per il medico, "il primo precetto è non nuocere al paziente" (Ippocrate). Ricordare, inoltre, che "tutte le castronerie originano da buone intenzioni" (O. Wilde). E soprattutto che, oltre a farmaci sempre più potenti e macchinari dagli effetti speciali, il personale sanitario non deve dimenticare l'uso della parola.

Birke

Un punto di riferimento da sempre all'avanguardia

IL SERVIZIO DI MDD AFFRONTA IL TEMA DELLE DIPENDENZE CON UN'OTTICA ORIENTATA A 360 GRADI

È cosa ormai assodata che qualsiasi intervento di disintossicazione deve, diversamente da quasi ogni altro intervento medico con i caratteri d'urgenza, tenere presente la prevenzione della ricaduta. Va però considerato che a volte le situazioni cliniche dei pazienti sono così gravi ed improrogabili che la prevenzione della ricaduta deve necessariamente essere messa in secondo piano. La causa sta, a nostro avviso, nell'assoluta carenza di formazione specifica sulle dipendenze patologiche e nello scarso training che il medico riceve nella formazione universitaria. Medicina delle Dipendenze non rappresenta un doppiopiede del SerT ma qualcosa di assolutamente innovativo in area clinica, didattica e della ricerca nel campo delle Dipendenze Patologiche: una vera e propria malattia e non una colpa da espiare. Il nostro servizio dispone di quattro letti, in camere singole, ed è composto da tre medici, oltre a psicologi assunti col sostegno di Onlus e progetti ad hoc. Esponiamo in sintesi i nostri ambiti di cura.

Opioidi. Lasciando l'intervento sull'eroina ai SerT, naturale riferimento per questo problema e capillarmente distribuiti in tutta Italia, la nostra attenzione viene rivolta alle richieste di trattamento della dipendenza da metadone o buprenorfina, solo in soggetti usciti da lungo tempo dall'uso di sostanze e secondo programmi condivisi coi loro terapeuti. Le recenti disposizioni in materia di controlli tossicologici in ambito lavorativo hanno fatto aumentare notevolmente la domanda di uscita assistita da questi trattamenti. Molto frequente, inoltre, è la domanda di valutazione per dipendenza da farmaci analgesici oppioidi, nel cui ambito la nostra struttura è da anni leader in Italia.

Cocaina. Questa vera e propria epidemia ha trovato impreparati i servizi, storicamente attrezzati a contrastare il fenomeno dell'eroina. Negli



gli ultimi anni, si è notato un sensibile e costante aumento di pazienti inviati dai SerT e per accesso diretto. Il problema della dipendenza da cocaina deve essere inquadrato soprattutto nella prevenzione della ricaduta piuttosto che nel trattamento della crisi d'astinenza, in quanto la sospensione brusca degli stimolanti non causa un'apprezzabile crisi d'astinenza; ciò nondimeno, nei casi di uso quotidiano e/o di alte dosi di cocaina, un ricovero può essere utile se questo facilita l'accesso a una struttura residenziale, vero nodo cruciale nei casi di dipendenza medio/grave.

Cannabinoidi. Pur essendo sostanze tradizionalmente meno pericolose di altre, la comparsa sul mercato di prodotti ad alta concentrazione di principi attivi ha reso il fenomeno sempre più preoccupante, soprattutto tra i più giovani. La sede naturale per un intervento sulla cannabis resta il SerT, che dispone di personale adatto (psichiatri, psicologi ed educatori) anche alla presa in carico di adolescenti, spesso i soggetti più problematici.

Benzodiazepine. La dipendenza da BZD è un fenomeno diffuso e tra-

scurato pur essendo la crisi d'astinenza potenzialmente grave e pericolosa. I tradizionali programmi di scalo perdono di efficacia passando dal trattamento da uso cronico di dosi terapeutiche alle forti dosi di BZD che, per il meccanismo di tolleranza e la relativa mancanza di effetti collaterali di questi farmaci, possono arrivare a livelli francamente impressionanti. Il trattamento con flumazenil in infusione lenta permette di sospendere completamente in tempi rapidissimi (7 gg) anche dosi altissime di BZD in modo ben tollerato e con scarsi effetti collaterali.

Alcol. Questo diffuso problema trova spesso una risposta nelle unità di alcolologia presso i SerT e/o nei gruppi di auto-aiuto, molto presenti sul territorio. La valutazione per un ricovero viene riservata, data la limitata disponibilità di letti, a quei casi che assicurano una piena disponibilità a essere seguiti anche dopo la dimissione.

Fumo. L'ambulatorio per il fumo del Policlinico è il più frequentato centro del Veneto, con metodi molto innovativi come la citisina, potente antifumo interamente naturale. Per tut-

te le attività sopra esposte le modalità di accesso sono la prenotazione di una visita con chiamata diretta (tel. 045-8128291) tramite impegnativa del medico di famiglia.

Gioco d'Azzardo. Per i giocatori e i loro famigliari è disponibile un ambulatorio specifico e pluri-professionale che offre anche assistenza legale gratuita. C'è un numero dedicato da chiamare, in questo caso: 0458122692. Risponde direttamente un terapeuta.

Attività didattica e di ricerca. Siamo fermamente convinti che se l'Addiction non viene considerata, come dovrebbe, una normale malattia mentale ciò si deve ad una mancanza di formazione universitaria. A tal proposito vengono tenuti da anni corsi elettivi specifici per gli studenti di Medicina, Odontoiatria, lezioni di approfondimento per studenti in Scienze Infermieristiche e per specializzandi in Medicina Interna, Psichiatria e Medicina di Base. Annualmente organizziamo uno-due convegni nazionali sulle dipendenze, sempre gratuiti, con il generoso e fondamentale sostegno del Centro Lotta alle Dipendenze (CLAD-Onlus). Sostenetelo, sosteneteci.

L'ONLUS

L'importante sostegno di CLAD

Da diversi anni CLAD (Centro Lotta alle Dipendenze) Onlus sostiene il reparto di Medicina delle Dipendenze, finanziando le sue attività scientifiche (pubblicazione di libri, articoli scientifici, convegni tematici, borse di studio per la ricerca e altre attività affini). Chi volesse sostenere il Servizio dell'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona contribuendo a regalare un futuro migliore a chi ancora non riesce a immaginarlo

può farlo anche donando il 5 x 1000 a CLAD. Come fare? È semplicissimo: basta una firma sull'apposito box nella dichiarazione dei redditi e indicare il codice fiscale della Onlus: 93224410238. Inoltre, è sempre possibile effettuare una donazione utilizzando il seguente IBAN: IT5150200811709000101371702.



CLAD
centro lotta
alle dipendenze

IL LIBRO

Tra le pagine

Capire meglio il mondo delle dipendenze tra le pagine di un romanzo: è quello che permette di fare il libro "La ruggine non dorme mai" scritto da Fabio Lugoboni e Renzo Segala e pubblicato da Pacini editore. Un libro che raccoglie le storie del Servizio di Medicina delle Dipendenze, narrate in maniera a volte comica e a volte drammatica, dove i protagonisti sono i pazienti, le cui avventure sono raccontate come in una fiction televisiva. Un libro facile da leggere, perfetto per chiunque voglia saperne di più sulle dipendenze, qualunque esse siano.



RISATE E DRAMMA

Le vicende dell'équipe vengono raccontate in modo drammatico e comico, mentre chiunque può riconoscersi nelle storie dei pazienti che accedono al Servizio



L'ATTIVAZIONE RISALE AL 1999

La data da ricordare? Quella del 22 dicembre 1999, quando la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera deliberò l'attivazione del Servizio di Medicina delle Dipendenze. Un passo fondamentale, alla base del reparto come lo conosciamo oggi

**PER CONTATTI
CON MEDICINA DELLE DIPENDENZE: 0458128291**

www.medicinadipendenze.it

medicina.dipendenze@aovr.veneto.it

Hanno collaborato a questo inserto: Andrea Bertolazzi, Anna Bertoldi, Silvia Carli, Rebecca Casari, Carla Comacchio, Alessio Congiu, Mariella Cottone, Rosaria Giordano, Camilla Lintas, Nicolò Meneghin, Laura Morbioli, Francesca Muraro, Damiano Pecile, Paola Petrosello, Dolores Sciarra, Simona Tomassi, Luisa Tomelleri, Carlotta Trespi-di, Lorenzo Zamboni; i disegni sono di Birke.

<http://www.pacineditore.it/la-ruggine-non-dorme-mai/>
<https://www.youtube.com/watch?v=mPfivtfN0g0>

"La ruggine non dorme mai", di Fabio Lugoboni e Renzo Segala. Pacini Editore.

Se ti interessa approfondire questi argomenti, puoi leggere le storie del nostro reparto in un romanzo.

Facile da leggere, è un libro tutti desiderano capire di più le dipendenze, tutte.



Verona, una città contro le dipendenze

Si punta su attività, eventi e progetti

TANTE LE INIZIATIVE ORGANIZZATE NEL CORSO DELL'ANNO. ANCHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE È COSTANTEMENTE IN PRIMA LINEA

Verona da sempre si distingue per essere una città impegnata nella lotta alle dipendenze. Qualsiasi esso sia, visto che quando se ne parla si comprendono ormai diversi fenomeni: dall'uso di sostanze stupefacenti all'abuso di benzodiazepine e analgesici, passando per fumo, alcol, gioco d'azzardo e internet addiction. Nel corso dell'anno sono tantissimi gli eventi organizzati e pensati per diffondere informazioni e conoscenza alla cittadinanza, ma anche le occasioni di formazione per il personale sanitario e per gli operatori del settore. Al contempo, l'amministrazione comunale è costantemente in prima linea nel mettere in atto progetti e iniziative ad hoc.

CONVEGNI E NON SOLO

Gli esempi sono davvero numerosi. Tra quelli organizzati di recente va ricordato il convegno Addictus, organizzato il 7 dicembre scorso al Policlinico GB Rossi. Nel corso della giornata alcuni tra i più importanti esperti di questi temi si sono confrontati su tematiche come la dipen-



Anche in aula
Di recente è partito un percorso di collaborazione tra Comune e scuole contro l'uso di droga tra gli studenti

denza da web, la gestione dello stress nelle dipendenze, fumo e rivoluzione citisina, colloquio motivazionale e prevenzione della ricaduta e gestione del craving. La giornata si è conclusa con la lezione magistrale dal titolo "Stimola-

zione cerebrale non invasiva per il trattamento delle dipendenze. Mito, business o realtà?", andando così a completare una panoramica aggiornata e orientata davvero a 360 gradi sul mondo delle dipendenze.

TRA FUMO E ALCOL: ECCO I NUMERI

I risultati di una ricerca condotta da Medicina delle Dipendenze nel corso del 2018 nelle scuole superiori di Verona e Mantova ha evidenziato che il 22% dei ragazzi intervistati fuma tabacco regolarmente, il 55% si è ubriacato nei sei mesi precedenti al questionario almeno una volta (la media è di 5 volte) ed il 15% ha fumato Thc nei sei mesi precedenti

PER LA CITTADINANZA

Era invece rivolta a tutta la popolazione la presentazione del volume "Addiction@school" che si è tenuta il 18 ottobre scorso all'Università. Si tratta di un vero e proprio manuale - per l'occasione distribuito gratui-

tamente a tutti i partecipanti - incentrato sul gioco d'azzardo e sull'Internet Addiction, che vuole fornire un inquadramento scientifico dei meccanismi alla base della dipendenza con un linguaggio fruibile a un pubblico di non addetti ai lavori. L'attenzione è rivolta al mondo dei minori e, in particolare, a quello degli adolescenti. Qualche giorno fa, invece, è partito un nuovo percorso di collaborazione che vede agire insieme Comune e mondo della scuola con l'obiettivo di contrastare l'uso di droga tra i giovani studenti, delle superiori ma anche delle medie. "Gli operatori confermano che la droga tra i giovanissimi è un fenomeno che preoccupa - ha spiegato il sindaco Federico Sboarina -. L'età dei ragazzi che fanno uso di stupefacenti si è notevolmente abbassata. Preoccupa anche l'effetto che le nuove droghe in circolazione hanno sui giovani, che diventano sempre più aggressivi e svogliati, a casa come a scuola o nel tempo libero. Sono convinto che insieme si possano raggiungere risultati anche su questo delicato fronte".

"Parlare di questi temi è centrale: fare attenzione ai giovanissimi"

IL CONSIGLIERE PADOVANI: "AD ALTO RISCHIO CHI HA TRA I 10 E I 16 ANNI"

"Parlare e diffondere conoscenza sulle dipendenze è fondamentale e il mio impegno, in questo senso, si deve alle mie passioni più grandi: il lavoro e i figli". A dirlo è il consigliere comunale Gianmarco Padovani che, grazie anche alla sua attività di farmacista, può contare su un punto di osservazione privilegiato sui fenomeni adolescenziali di dipendenza e abusi. "Osservando i giovani fra i 10 e i 16 anni, aiutato dalle riflessio-



ni inerenti alla mia attività professionale e con la volontà di essere ogni giorno un genitore migliore, sono arrivato a definire 'ad alto rischio' questa fascia di età per la concomitanza di diversi fattori. Questi giovani si sono trovati a far fronte a una tecnologia mai vista in precedenza, di cui hanno saputo cogliere sicuramente i vantaggi, soffrendone però anche le conseguenze. I tempi, grazie alla rete, si sono radicalmente contratti, incidendo però sui rapporti interpersonali, così che l'attesa, il sentimento, il desiderio si sono depauperati - sottolinea Padovani -. Tutto è più veloce, ma anche più secco e sterile. In questo contesto lo spinello, la cannabis, l'ebbrezza alcolica, il proibito, la compulsione che deri-

va da azzardo e pornografia si trasformano in una promessa accattivante, che può avere gravi conseguenze su una psiche in fase di creazione, impattando sulle competenze cognitive, relazionali e affettive dell'età adulta". Con l'obiettivo di conoscere meglio questi problemi e di affrontarli nella maniera più corretta nasce anche questo inserto, che si propone di "portare un aiuto concreto in ogni famiglia con un linguaggio semplice e una modalità accattivante", sottolinea Padovani. Che conclude ringraziando il professor Giuseppe Imperadore, il professor Stefano Tamburin, il dottor Fabio Lugoboni e il senatore Stefano Bertacco, "un amico che mi ha trasmesso l'amore per il Sociale".



DONA IL 5 X 1000 A CLAD ONLUS

Sosteniamo un servizio unico in Italia:
il reparto ospedaliero pubblico dedicato alla Medicina delle Dipendenze
presso l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona

**Impegnati insieme a noi
per donare un futuro migliore
a chi ancora non riesce ad immaginarlo**



**BASTA UNA TUA FIRMA
E IL NOSTRO CODICE FISCALE:
93224410238**