

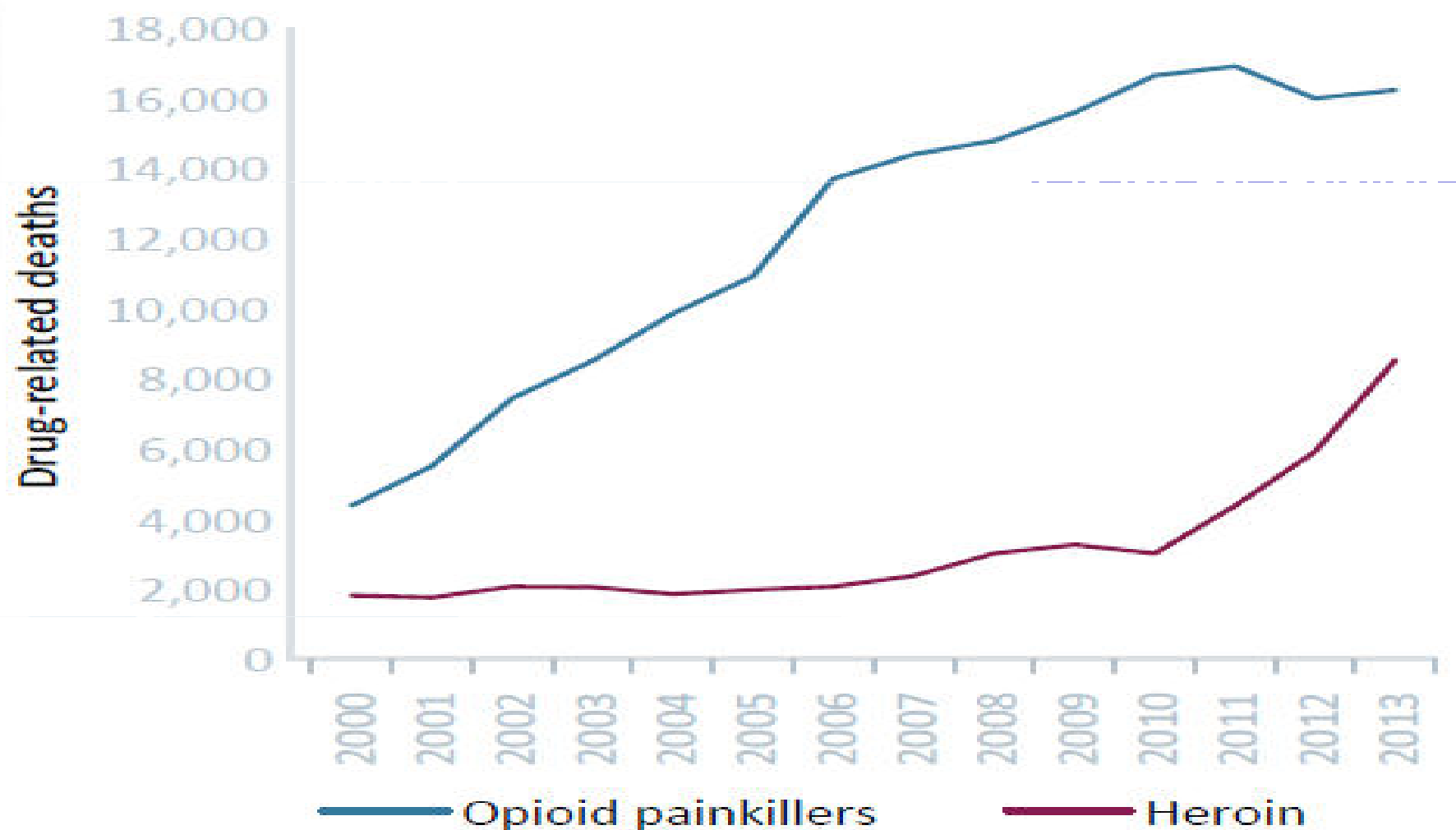


Abuso di analgesici oppioidi. Tipologie e modalità d'intervento.

*Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura Morbioli,
Fabio Lugoboni*

FIG. 10.

Deaths related to heroin and opioid painkillers in the United States, 2000-2013



Source: H. Hedegaard, L. H. Chen and M. Warner, "Drug poisoning deaths involving heroin", *NCHS Data Brief No. 190* (2015).



Relazione annuale al Parlamento 2015
sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

Tabella 10. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2014. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale degli utenti (131.121).

Sostanze	2014					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N	%	N	%	N	%
Eroina	89.697	68,4%	2.036	1,6%	91.733	70,0%
Metadone non prescritto	845	0,6%	1.368	1,0%	2.213	1,7%
Morfina non prescritta	54	0,0%	33	0,0%	87	0,1%
Buprenorfina non prescritta	135	0,1%	137	0,1%	272	0,2%
Altri oppiacei non prescritti	706	0,5%	314	0,2%	1.020	0,8%
Cocaina	19.327	14,7%	18.441	14,1%	37.768	28,8%
Crack	453	0,3%	452	0,3%	905	0,7%
Cannabinoidi	13.628	10,4%	17.959	13,7%	31.587	24,1%
CANNABINOIDI sintetici (gruppo JWH)	48	0,0%	63	0,0%	111	0,1%
Anfetamine non prescritte	129	0,1%	947	0,7%	1.076	0,8%

3500
soggetti

Addiction in pazienti con dolore



**Dati di letteratura su pz. con dolore cronico: ~ 20%
abuso, 3-5% addiction***

**Il 60% circa di quanti assumono cronicamente PK, lo
fanno per dolore NON neoplastico, in un contesto di
aspettativa di vita normale****

***Adams et al., 2001; Brown, 1996; Passik, 2007 ** Lembke, 2012**

Chi sono gli abusatori di PK?



**Dolore
cronico o
post acuto**

Ex TD



**Abuso
primario**

Sollievo dal dolore (“*Make you feel better*”)

Sollievo dalla sofferenza (“*Make you feel good*”)

Sollievo dalla miseria esistenziale (Make you “high”)

FIGURE. OPIOID RISK TOOL

		Mark each box that applies	Item score if female	Item score if male
1. Family history of substance abuse	• Alcohol • Illegal drugs • Prescription drugs	☐ ☐ ☐	1 2 4	3 3 4
2. Personal history of substance abuse	• Alcohol • Illegal drugs • Prescription drugs	☐ ☐ ☐	3 4 5	3 4 5
3. Age (mark box if 16-45)		☐	1	1
4. History of preadolescent sexual abuse		☐	3	0
5. Psychological disease	• Attention-deficit disorder, obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, schizophrenia	☐	2	2
	• Depression	☐	1	1

Total Score _____ Risk Category _____

Low Risk: 0 to 3 Moderate Risk: 4 to 7 High Risk: 8 and above

Source: Webster LR, Webster R. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med.* 2005;6(6):432.

Cosa dobbiamo evitare?

- **Che i pazienti sviluppino tolleranza ai PK (peggioramento del dolore)**
- **Che i pazienti abusino di PK (addiction)**
- **Che altri possano abusare di PK dei pazienti (rischi per i conviventi)**

Terapia: obiettivi e strategie diverse

- Nei pz. **SENZA storia** di dipendenza valutare la comorbidità psichiatrica e trattarla
- Nei pz. **CON rischio** di dipendenza valutare *in primis* gli agonisti parziali (oltre a quanto sopra)
- Nei pz. **CON STORIA** di dipendenza: come sopra MA valutare anche il metadone
- Informare (senza drammatizzare) sulla custodia
- Oltre all'immane frase: "lei è allergico a qualche farmaco", chiediamo anche: "lei è o è stato dipendente da farmaci o droghe?"

Terapia: abuso primario

Ambito? SerD! Ma ...

Metadone, *in primis* (ma non solo)

Buprenorfina

Il problema del monitoraggio

Disintossicazione (occhio al tipo di oppioide)

Possono i tossicodipendenti (e gli ex-TD) essere trattati con PK per patologie dolorose?

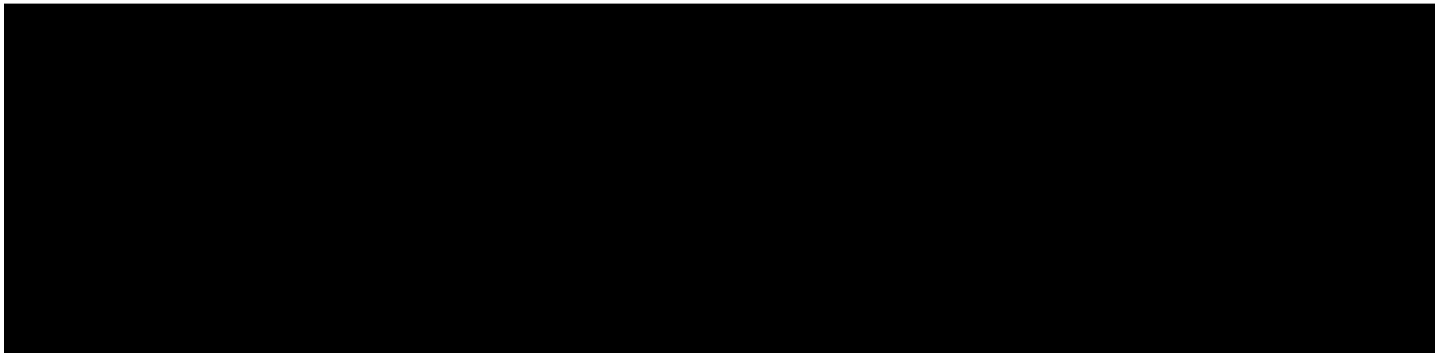
- **Sì, ma con (molta) cautela**
 - **Prevedere un maggior impiego dell'ospedale**
 - **Provvedere a sistemi di supporto**
 - **Trattare la co-morbilità**
- **Tenere presente le opzioni analgesiche non-oppioidi**
- **Selezionare attentamente il tipo di oppioide**
- **Trattamenti non-farmacologici**
 - **Terapie Cognitivo-Comportamentali, ecc.**

Terapia (2): Iperalgesia oppioide

Il dolore:



- Ancora presente?**
- Di tipo neuropatico?**
- Dosi di PK molto elevate?**
- Valutata la componente affettiva?**
- Quanto costa la terapia in uso?**
- Chi lo tratta?**



Terapia (3): Iperalgesia oppioide

Buprenorfina (agonista parziale μ ,
antagonista k):



Di riferimento negli USA.

Più sicuro dal punto di vista cardiologico.

Ridotta tolleranza nel tempo.

Ma:

**Problematico da indurre in pz. con terapia
agonista a dosi elevate.**

Minore azione analgesica (effetto tetto).

Minore effetto sul dolore neuropatico.

Disponibile anche in cerotti (allergia?).

Terapia (4): Iperalgesia oppioide

Metadone (*full agonist*):

Molto usato negli USA ma associato a molti eventi letali.

Meno sicuro dal punto di vista cardiologico (QTc). *Attenzione alle associazioni farmacologiche!*

Minor induttore di tolleranza nel tempo.

Non euforia. Limitato pericolo d'abuso.

Facile da indurre in pz. con terapia agonista a dosi elevate.

Ottima azione analgesica (NON effetto tetto).

Buon effetto sul dolore neuropatico.

Facile reperibilità. Basso costo.



Fattori predittivi per optare per una detox efficace



Bassi livelli di ansia e depressione (Arajuo, 1996)

Miglior funzionamento familiare (Murphy, 1999)

Stabilità sociale (Hattenschwiler, 2000)

Buona autoefficacia (Murphy, 1997)

Basso ASI (Franken, 1999)

Bassa co-addiction (cocaina) (Broers, 2000)

Aderenza ai programmi di counselling e F-Up (Backmund, 2001)

CONCLUSIONI

Il dolore va trattato in modo efficace e sicuro

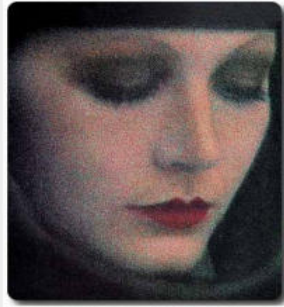
La prescrizione della terapia antidolorifica con oppioidi richiede competenza e deve basarsi su principi scientifici ma anche su una dimensione etica e compassionevole della cura e non dipendere da pregiudizi e falsi miti;

Il dolore è esperienza soggettiva e narrativa che richiede instaurarsi di relazione di reciproca fiducia fra medico e paziente;

E' importante che il clinico si dia il tempo per valutare in ogni singolo caso, prima e durante il trattamento, i fattori di rischio rispetto al misuso, a partire conoscenza dei principi di addiction medicine;

E' fondamentale avere la competenza nel valutare e gestire situazioni di misuso, pseudoaddiction, addiction, diversione.

E' necessario porre attenzione e fornire adeguato trattamento del dolore nelle persone con anamnesi positiva per SUD.



MEDICINA DELLE DIPENDENZE
VERONA



Azienda
Ospedaliera
Universitaria
Integrata
Verona



CLAD Onlus

HOME

CHI SIAMO

INFO DROGHE

VIDEO INFORMATIVI

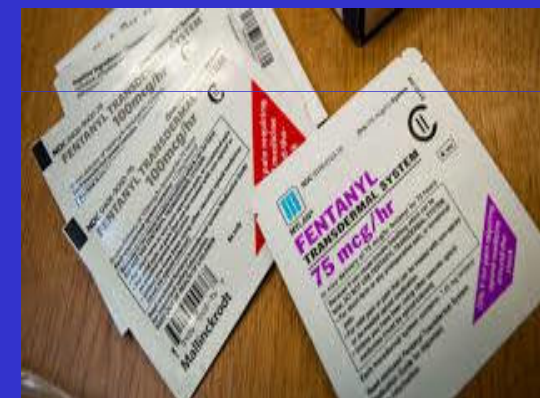
SERVIZIO DI
MEDICINA DELLE DIPENDENZE

Ricoveri per dipendenza da oppioidi di prescrizione presso il Servizio di Medicina delle Dipendenze: dati dell'ultimo decennio

*Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura
Morbioli, Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni*



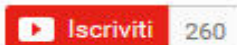
Morfina Fentanyl Ossicodone



Dipendenza da analgesici oppioidi - painkillers -
Medicina delle Dipendenze Verona - Dr. Lugoboni



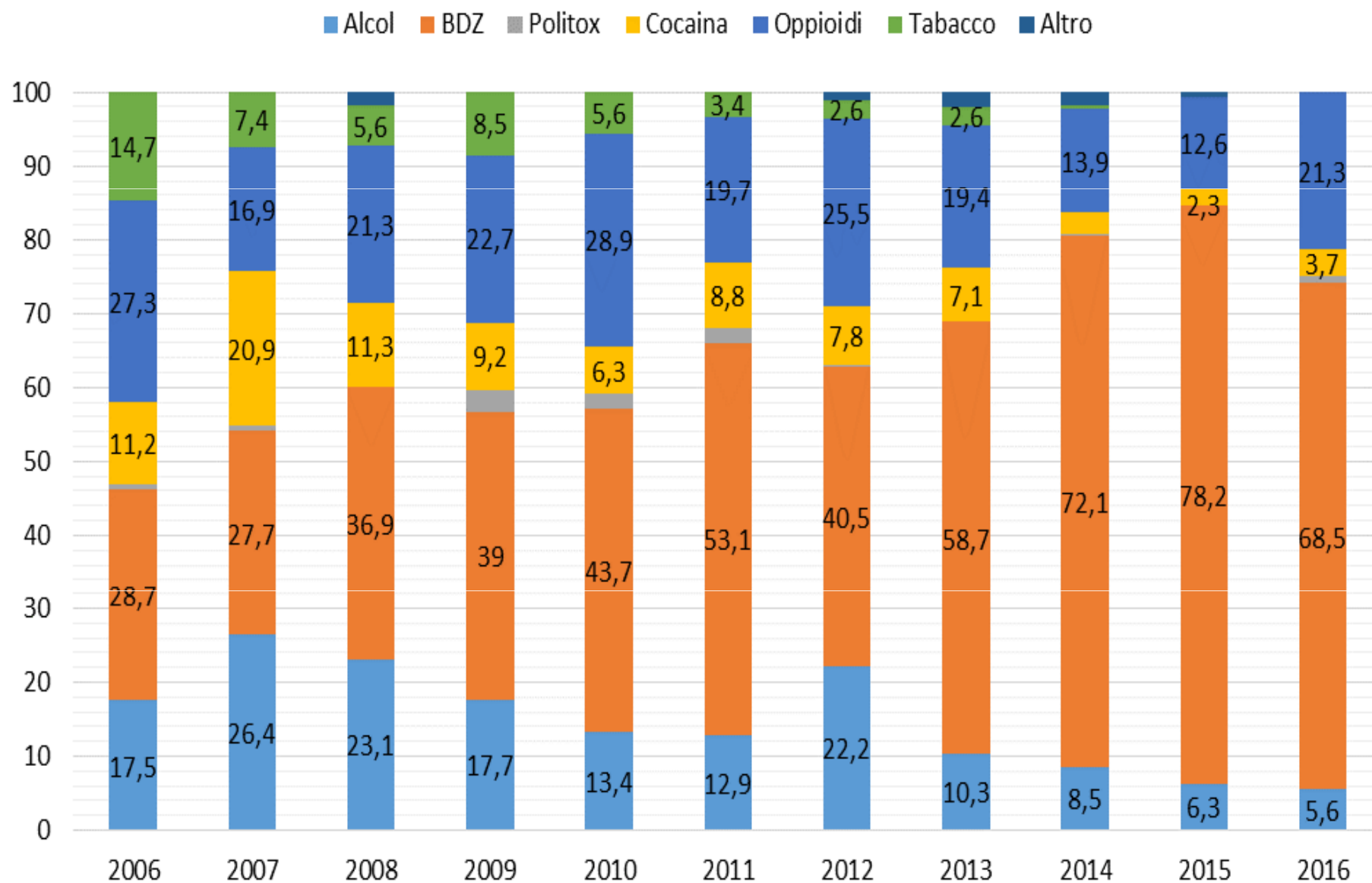
MedDelleDipendenzeVR



1.873 visualizzazioni



Grafico 1: Ricoveri % presso MDD (2006-2016)



Casistica di Medicina delle Dipendenze

Nel periodo 2006-2016 (luglio) sono stati effettuati in totale **1633** ricoveri per detossificazioni da varie sostanze d'abuso: 1021 maschi (62,4%) e 615 femmine (37,6%).

Circa ¼ sono detossificazioni/rotazioni oppioidi:

- in totale **337** soggetti ricoverati (20,6% del totale dei ricoveri in MDD) avevano come motivazione la **dipendenza da oppioidi** come sostanza primaria, oltre ad altri 57 come sostanza secondaria (**24,1% complessivo**); nel 77,1% dei casi erano maschi e nel 22,9% femmine

Ricoveri per dipendenza da oppioidi in MDD

Detossificazioni (con farmaci sintomatici)

Oppioide	N. M	% M	N. F	% F	N. Tot	% Tot
Metadone	127	53,6	29	46,8	156	52,2
Buprenorfina	55	23,2	8	12,9	63	21,1
Eroina	36	15,2	12	19,4	48	16,1
Tramadolo*	7	3	5	8,1	12	4
Ossicodone*	5	2,1	1	1,6	6	2
Oppioidi non definiti	2	0,8	3	4,8	5	1,7
Fentanil*	1	0,4	3	4,8	4	1,3
Ossicodone+fentanil*	0	0	1	1,6	1	0,3
Idromorfone*	1	0,4	0	0	1	0,3
Tramadolo+codeina*	1	0,4	0	0	1	0,3
Tramadolo+fentanil*	1	0,4	0	0	1	0,3
Viminolo	1	0,4	0	0	1	0,3
Totale detossificazioni	237	100	62	100	299	100

88,7% (299/1633) ricoveri finalizzati alla detossificazione all'interno di una storia di tossicodipendenza

** può non essere presente storia di dipendenza da eroina*

Ricoveri per dipendenza da oppioidi in MDD

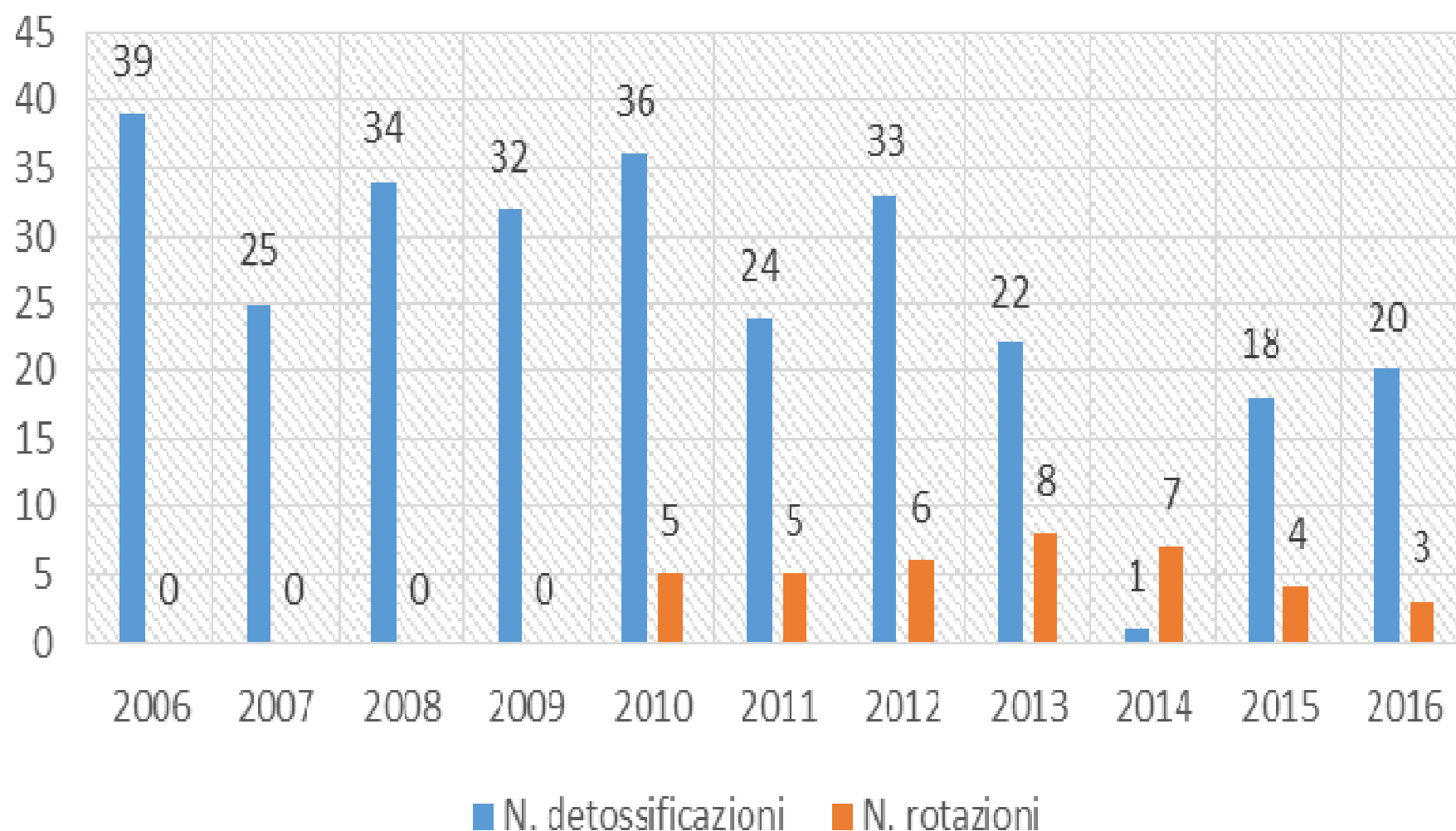
Rotazioni verso altro oppioide

Rotazione da ...	N. M	% M	N. F	% F	N. Tot	% Tot	a MTD scir.	a BUP transd	a FEN transd.
Ossicodone	4	17,4	3	20,0	7	18,4	6	1	0
Fentanil	2	8,7	4	26,7	6	15,8	6	0	0
Fentanil+ossicodone	2	8,7	0	0	2	5,3	2	0	0
Morfina+fentanil	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Idromorfone	0	0	2	13,3	2	5,3	2	0	0
Morfina	1	4,3	1	6,7	2	5,3	2	0	0
Metadone*	7	30,4	0	0	7	18,4	0	7*	0
Metadone+tramadolo	0	0	1	6,7	1	2,6	0	1	0
Tramadolo+codeina	1	4,3	2	13,3	3	7,9	3	0	0
Tramadolo+ossicodone	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Tramadolo	3	13	2	13,3	5	13,2	3	1	1
Da più oppioidi	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Totale rotazioni	23	100	15	100	38	100	27	10	1

11,3% (n.38 soggetti) indotti da richieste (di servizi specialistici o dei pazienti stessi) di assestare terapie farmacologiche per **dolore cronico** (rotazione di farmaci oppioidi, di solito verso metadone o buprenorfina), in casi di fallimento terapeutico e/o uso improprio/dipendenza da alte dosi, con *craving*.

** in 2 casi la rotazione è avvenuta da metadone sciroppo (MTD) a buprenorfina (BUP) compresse sublinguali, per problematiche cardiache, in soggetti in trattamento sostitutivo presso il SerD*

Grafico2: Ricoveri in mdd per dipendenza da oppioidi (2006-giugno 2016)



Formazione e Università

Aumento di attenzione al dolore ma *scarsa cultura farmacologico/tossicologica*

Aumento dell'abuso di PK:

- Per carente valutazione anamnestica, farmacologica, F-up
- Per abuso primario

Aumento della disponibilità di PK
(facilitazioni prescrittive)

Medicina ospedaliera

Medicina di “base”

GRAZIE PER LA CORTESE ATTENZIONE



marco.faccini@ospedaleuniverona.it

www.medicinadipendenze.it