

## Area tematica 8

# Pain killers: Fentanyl e non solo

8.1

## PROTOCOLLO PER LA GESTIONE FARMACOLOGICA DELL'ABUSO DI ANALGESICI OPPIOIDI ("PAIN KILLER")

**Campana M.\*, Bovio A., Daffini L., Rizzardi N., Stara A.**

*ASST BERGAMO EST ~ SERIATE ~ Italy*

Operatività e nuovi utenti target, nel solco del tradizionale uso clinico degli oppiacei

### Introduzione

Le informazioni più aggiornate sulla frequenza dell'abuso (o uso inappropriato) di analgesici oppioidi in Italia, sulla base di dati recenti ci indicano che in Italia, nel 2021, il consumo medio di oppioidi terapeutici era di 7,7 dosi giornaliere (DDD) per 1000 abitanti, un valore significativamente inferiore rispetto alla Germania o all'Austria, dove si superano le 20 DDD (dati 2021). Inoltre, circa la metà dei pazienti che assumono oppioidi lo fa per meno di 2 settimane all'anno, mostrando quindi un uso limitato nel tempo. Si stima che in un anno, 2,5 milioni di italiani ricevano almeno una prescrizione di oppioidi per dolore; di questi, soltanto 422.000 (il 17%) hanno continuato una terapia cronica, pari al 4% del totale delle persone affette da dolore cronico. Non vi sono al momento dati scientifici rispetto ai quadri di abuso, uso improprio e dipendenza. Questi numeri, in fondo confortanti nel loro valore percentuale, non dovrebbero pertanto rappresentare un problema di salute pubblica, ciò nonostante, si assiste ad una serie progressiva di segnalazioni ai SerD, di pazienti che manifestano un uso incongruo di farmaci antidolorifici, oppiacei su prescrizione medica ma non solo. Spesso, infatti, lo scarso controllo del dolore induce i pazienti a rivolgersi a professionisti diversi, non sempre operanti nei centri di

terapia del dolore, creando i presupposti per una "stratificazione farmacologica" senza per altro raggiunge l'obiettivo agognato, ovvero il completo controllo del dolore.

### Scopo dello studio

Strutturare un protocollo clinico utile al trattamento dell'abuso di "pain killer" nel contesto dei SerD territoriali. Gli obiettivi primari che abbiamo voluto considerare, anche "sfiorando" un ambito, quello del dolore, che non ci appartiene, sono stati: interrompere l'uso improprio dell'analgesico oppioide, gestire gli eventuali sintomi di astinenza e prevenire le ricadute, specie quando si ritiene opportuno conservare la terapia oppiacea di base evitando solo gli abusi e l'uso incongruo. Infine, affrontare eventuali comorbidità (depressione, ansia, disturbi del sonno) che siano, almeno in parte, la causa del disturbo d'abuso.

### Materiali e metodi

La valutazione iniziale non può che essere quella classica, quindi anamnesi specifica riguardo la durata del trattamento in corso, le dosi attuali raggiunte, le modalità di assunzione, le motivazioni; dolore, ansia, uso ricreativo. Inquadramento per disturbo da uso di oppiacei secondo DSM-5. Il tutto completato, ove necessario, da esami bio-umoral di controllo allo scopo di valutare la funzionalità epatica e renale. Inoltre, le indagini tossicologiche, mediante matrice urinaria ed eventualmente cheratinica. Si procede poi con l'individuazione di eventuali farmaci concomitanti ed a rischio di interazioni.

### Risultati

Abbiamo strutturato un protocollo che viene così schematizzato ->

#### Inquadramento clinico

1. Anamnesi clinica: tipo di oppioide, dose giornaliera, via di somministrazione, durata d'uso. Presenza di abuso di altre sostanze (alcol, benzodiazepine, cannabis, ecc.). Motivazioni dell'uso (dolore, ansia, uso ricreativo).
2. Esame obiettivo completo, inclusa valutazione neurologica e stato nutrizionale, se ritenuto necessario.
3. Definire la gravità, il rischio di astinenza, la comorbidità e impostare il percorso terapeutico.
4. Valutazioni standardizzate: COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) punteggio iniziale di astinenza. Le scale NRS (Numerical Rating Scale) e VAS (Visual Analogue Scale); sono strumenti utilizzati per misurare l'intensità del dolore in modo soggettivo. Entrambe le scale sono unidimensionali, focalizzandosi sulla valutazione dell'intensità del dolore, e sono ampiamente

utilizzate in ambito clinico e di ricerca. Non rientrano nel set usuale dei SerD, ma aumentare le conoscenze non viene ritenuto “dannoso” per gli specialisti interessati.

### Strategie farmacologiche

#### a) Disassuefazione graduale (tapering)

1. Riduzione progressiva del dosaggio dell'oppioide in uso.
2. Scopo: minimizzare i sintomi di astinenza e favorire l'adattamento neurobiologico.
3. Può essere usata quando il paziente è collaborativo e non ha grave dipendenza.

#### b) Farmaci agonisti/agonisti parziali

1. Metadone/Levo-Metadone (agonista pieno dei recettori - oppioidi, riduce craving e sintomi d'astinenza).
2. Buprenorfina, anche in combinazione con Naloxone, (agonista parziale con minore rischio di depressione respiratoria). Indicata nella terapia sostitutiva e per la transizione sicura dal farmaco abusato.

Scelta della strategia terapeutica in base alla gravità del quadro clinico

Gravità	Opzione primaria	Alternativa
Lieve	Tapering lento con analgesici alternativi	Supporto psicologico
Moderata	Buprenorfina/ Naloxone	Metadone in setting autorizzato
Grave	Metadone o buprenorfina + supporto intensivo	Disintossicazione ospedaliera

### Posologia consigliata

#### A. Tapering

1. Riduzione progressiva del dosaggio.
2. Monitorare sintomi di astinenza ed eventualmente rallentare la riduzione del dosaggio.

#### B. Terapia agonista sostitutiva

1. Buprenorfina/Naloxone
  - Indicazione: trattamento del disturbo da uso di oppioidi, transizione sicura dal farmaco abusato.
  - Modalità d'inizio: avviare solo in presenza di sintomi di astinenza (COWS  $\geq$  8-12). Intervallo minimo: 6-12 h dall'ultimo uso di oppioidi a breve durata, 24-36 h per metadone.
  - Dosaggio: giorno 1: 2-4 mg sublinguale; se tollerato, aggiungere 2-4 mg a distanza di 2-4 h (max 8 mg il primo giorno). giorno 2: 8-16

mg/die. Mantenimento: 8-24 mg/die in dose singola o divisa.

- Note: preferibile la combinazione buprenorfina/naloxone (rapporto 4:1) per ridurre rischio di uso improprio.
2. Metadone/Levo-Metadone (dose dimezzata rispetto alla formulazione racema)
    - Indicazione: terapia sostitutiva nei casi moderati-gravi.
    - Dosaggio iniziale: 20-30 mg per os/die, monitorare periodicamente con Incrementi di 5-10 mg ogni 1-2 giorni fino a controllo del craving.
    - Mantenimento: 60-120 mg/die (in dose singola). Dosi > 120 mg/die valutate solo in casi selezionati con monitoraggio ECG ad eccezione del L-MTD.
    - Note: evitare combinazioni con benzodiazepine o alcol per rischio di depressione respiratoria.

Eventuale gestione del dolore residuo, in collaborazione con i MAP e con i terapisti del dolore

1. Farmaci non oppioidi: paracetamolo, FANS, duloxetina, pregabalin.
2. Terapie non farmacologiche: fisioterapia, TENS, mindfulness.

### Monitoraggio

1. Visite regolari per valutare efficacia e aderenza.
  2. Test tossicologici periodici.
  3. Valutazione funzionale: miglioramento qualità di vita, del sonno e dell'umore.
- Integrazione con supporto psicologico
1. CBT per la gestione del craving e per la prevenzione delle ricadute.
  2. Gruppi di auto-mutuo-aiuto di supporto (Narcotics Anonymous, ACAT).
  3. Intervento familiare per migliorare rete di sostegno.

### Conclusioni

Pur nella consapevolezza che, in base ai dati nazionali, l'abuso, l'uso incongruo e la dipendenza da oppiacei “pain-killer” non rappresentano, al momento, una emergenza sanitaria, l'arrivo al SerD di un paziente in trattamento antalgico con oppiacei, all'interno di articolate e complesse terapie farmacologiche, è sempre una sfida per gli specialisti dei nostri servizi. La tipologia di pazienti poco appartiene allo stereotipo dell'utente di un SerD ed anche all'immaginario di noi operatori. Talvolta sono persone anziane, altre volte persone con gravi patologie neurologiche, che entrano con timore in un servizio che faticano a riconoscere come il loro luogo di cura, anche solo come luogo di consulenza. Non è raro dovere dedicare molto tempo a spiegare il “senso dell'invio” al SerD e convincerli alla presa in

carico. Al professionista l'abuso spesso appare "incon-sapevole", non interiorizzato e giustificato dalla prescrizione "al bisogno", pericoloso lascia-passare oltre la frontiera della dipendenza. Abbiamo quindi definito un protocollo clinico con lo scopo di favorire lo specialista del SerD nell'inquadramento del paziente e nel suo specifico e più adeguato trattamento. Proprio perché la casistica è poco numerosa è, a nostro avviso, necessario usare strumenti condivisi e che facilitino la valutazione degli esiti, anche in vista dell'attivazione del servizio di "riconciliazione farmacologica" che i nostri servizi hanno proposto alla direzione aziendale e pianificato nel PPT specifico (Piano di sviluppo del polo territoriale 2025-2027) che ci vedrà collaborare con le farmacie territoriali, a loro volta sempre più presidi di sanità.