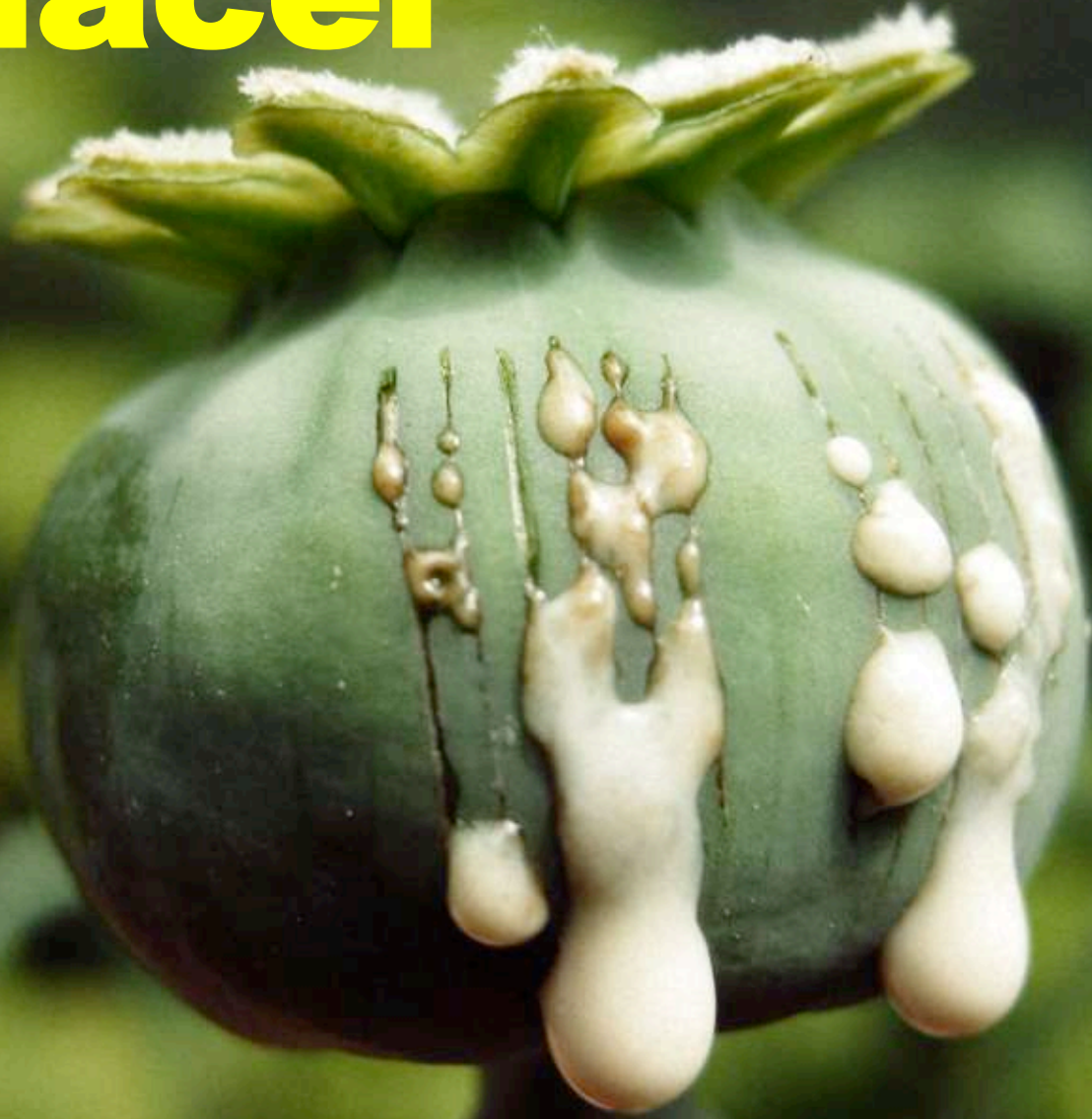


Oppiacei



oppio morfina eroina codeina

L'oppio nell'antichità

L'uso dell'oppio (dal greco *òpion*, succo) è antichissimo.

I primi a farne certamente uso sono i Sumeri, nel 4000 a.C. (lo chiamavano “pianta della gioia e dell’ebbrezza”)

Semi di oppio dello stesso periodo sono stati trovati anche in tutta Europa (Spagna, Svizzera, Italia, Romania), in pieno neolitico.

L’uso era quindi forse più diffuso di quanto fino ad oggi si pensasse

Gli antichi Egizi lo usarono certamente dal 1500 a.C., anche (mescolato a larve di mosca!) per calmare il pianto dei bambini.



Nella mitologia greca e romana è una presenza ricorrente.

Certamente diffuso in età micenea (la dea Gazi, qui a sinistra, del II° millennio a.c., trovata a Creta, ha sul capo una corona d'oppio)

Nell'Odissea, e nelle storie di Erodoto, viene chiamato **“nepente”**.



La dea Demetra lo usò per alleviare il dolore del rapimento della figlia Persefone.

Per questo il papavero è raffigurato tra le spighe che tiene in mano e come insegna delle sue sacerdotesse.

E' spesso presente nelle mani di Morfeo, dio del sonno, mentre Nyx, dea della notte, dispensava papaveri agli uomini.



L'oppio in Grecia e a Roma

Il medico greco Ippocrate ne raccomandava l'uso nel IV° secolo a.C.

Veniva prodotto con la bollitura di foglie e capsule (ottenendo il “**meconio**”) o incidendo la capsula (“lacrime di papavero”)

A Galeno (nel disegno) si deve la diffusione terapeutica della “**teriaca**” (preparazione con forte percentuale d'oppio) per una serie di disturbi, tra cui avvelenamenti, cefalea, epilessia, febbre, sordità, lebbra, ecc

L'abitudine all'oppio era così diffusa nel mondo romano che nel 312 d.C. esistevano nella sola città di Roma più di **793 punti vendita** della sostanza, che rappresentava più del 15% delle entrate fiscali dell'impero.

E' interessante notare che mentre il vocabolario latino abbonda di termini per designare chi abusa di alcolici, non ve ne sono per indicare chi abusa di oppio. Nel mondo antico in effetti l'alcol, per le evidenti alterazioni del comportamento causate dall'ebbrezza, era molto più condannato dell'oppio.



L'oppio era un principio curativo fondamentale della farmacopea araba (da questa passò nella medicina europea, dalla quale era quasi scomparso, come molti altri farmaci, dopo l'avvento del cristianesimo, che vedeva con sospetto la terapia del dolore).

Anche nel mondo arabo, così come in tutto l'oriente, il consumo di oppio (e di hashish) era scarsamente contrastato dai governi e dalla morale, mentre ben più condannato era l'uso di bevande alcoliche.

In tutto il mondo antico l'oppio veniva mangiato o bevuto.

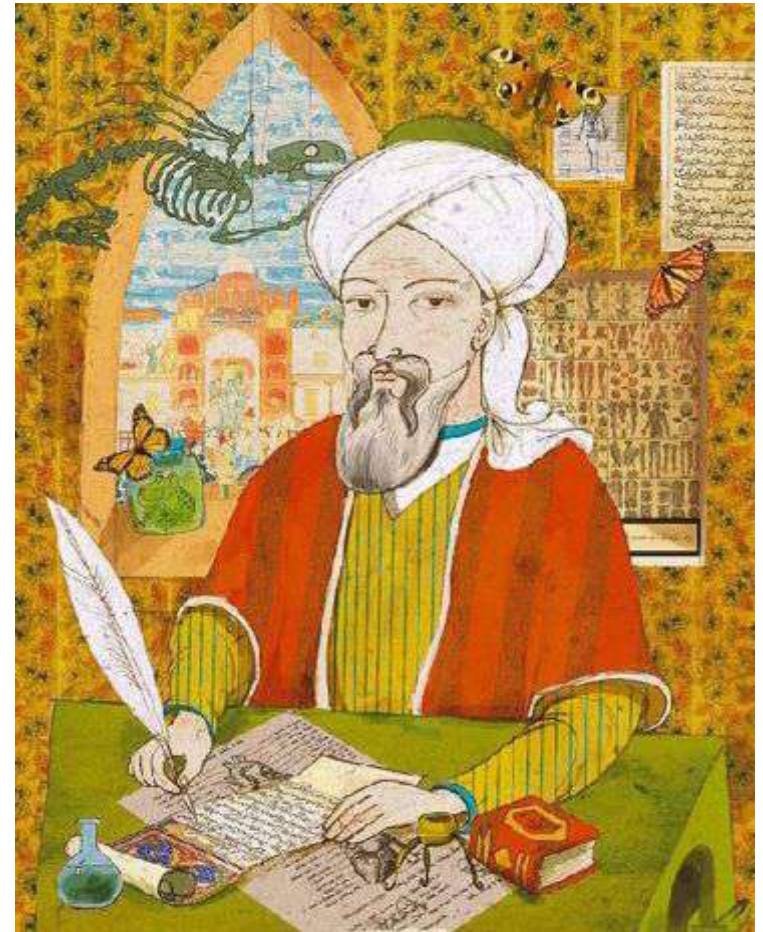
E' solo in Cina, dove arrivò molto più tardi (verso il 1100 d.C.) che, nel XVII secolo, si iniziò a fumarlo.





L'imperatore Marco Aurelio, che assumeva quotidianamente grandi quantità di “teriaca” prescritte dal suo medico, è il primo dipendente da oppiacei storicamente certo

Avicenna (medico, filosofo, matematico e persiano) introdusse l'oppio nella medicina araba ma morì sperimentandolo (1° morto per overdose storicamente accertato)



L'alchimista Paracelso (1493-1541) mise a punto un preparato a base d'oppio destinato a una straordinaria diffusione: il *laudano*.

Venduto anche in drogheria, in compresse o in gocce, era presente nello stipetto dei farmaci delle famiglie fino alla metà del '900, come antidolorifico, antidiarroico (di diarrea si moriva spesso, specie i bambini) e sedativo (casi di bambini deceduti per eccesso di sedazione).

A partire dal Cinquecento in Europa l'oppio diviene d'uso comune, senza però mai assumere mai livelli epidemici. Gli individui farmaco-dipendenti erano pochi e socialmente accettati.

Del resto la potenzialità tossicomanigena dell'oppio è stata sopravvalutata: secondo uno studio recente nel 1800 nella provincia cinese dell'Hunan, dove il consumo era molto diffuso, solo il 2% dei fumatori erano assuefatti, mentre la stragrande maggioranza dei fumatori conduceva una vita del tutto normale.

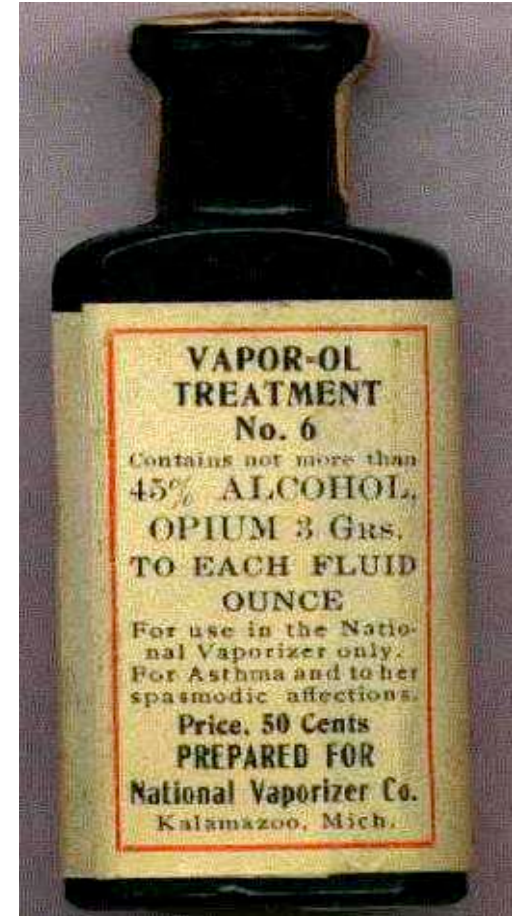


L'oppio nell'era industriale

Tutto cambia con la Rivoluzione industriale, quando l'oppio diviene una merce acquistabile a basso prezzo. In Inghilterra veniva venduto a prezzi cinque/dieci volte più bassi di quelli della birra e dell'alcool. La disponibilità di oppio a basso prezzo, assieme alle disumane condizioni di lavoro, determinò, soprattutto nella classe operaia, un'epidemia d'abuso.



Gli interessi commerciali e l'avvio della produzione industriale di farmaci favorirono la proliferazione e la pubblicizzazione di rimedi a base d'oppio (lo sciroppo dolce della signora Winslow, l'elisir all'oppio di McMunn, il Cordiale Godfrey, lo Cherry di Ayer e così' via), che nelle farmacie divennero il prodotto più' acquistato.



Negli Stati Uniti l'oppio diventa una sostanza d'abuso tipica della borghesia e soprattutto del sesso femminile. Stime ufficiali indicavano fra 1/20 e 1/100 il rapporto fra consumatori abituali di oppioidi e popolazione totale (oggi è fra 1/200 e 1/500).

MRS WINSLOW'S
SOOTHING
SYRUP

FOR CHILDREN TEETHING

MRS WINSLOW'S

THE
MOTHER'S
FRIEND

FOR
CHILDREN
TEETHING

SOOTHING SYRUP

AYER'S CHERRY PECTORAL

For
COLDS
and
COUGHS



To Heal and Strengthen the Lungs
and Vocal Organs, use

AYER'S CHERRY PECTORAL.

Prepared by Dr. J.C. Ayer & Co., Lowell, Mass., U.S.A.

Il commercio e le guerre per l'oppio

L'uso dell'oppio e l'oppiomania erano considerati dalla gente e dai governi come comportamenti non devianti e pienamente legittimi.

La produzione e il commercio divennero un colossale affare, tanto che l'Inghilterra scatenò ben tre “Guerre dell’Oppio” contro la Cina per costringerla a ripristinarne la legalità riaprendo così il lucroso mercato dell’oppio indiano prodotto dalla “East India Company”.



1804 - Nasce la Morfina

Nel 1804 il principale principio attivo viene isolato e chiamato morfina in onore a Morfeo.

L'invenzione, nel 1853, della siringa ipodermica rese possibile l'assunzione di droghe in forma pura direttamente nel circolo sanguigno, determinando una svolta radicale nel rapporto tra l'uomo e le droghe.

Il successo dell'accoppiata morfina-siringa allargò ancor di più le indicazioni cliniche per l'uso dell'oppio (la morfina venne proposta anche per sconfiggere la piaga dell'alcolismo).

Durante la guerra di secessione americana (1861-1865) e con il conflitto franco-prussiano (1870-1871) decine di migliaia di militari ne divennero assuefatti, tanto che la dipendenza da morfina venne chiamata "**malattia del soldato**".

Gli ufficiali medici infatti somministravano morfina non solo come anestetico, ma anche per dare sollievo al disagio psicologico provocato dalla tensione delle battaglie.



La guerra franco-prussiana diffuse l'uso di morfina anche tra gli stati maggiori francese e tedesco e quindi tra le classi più agiate (il cancelliere Bismarck si iniettava morfina prima di ogni riunione di gabinetto; Boulanger, ministro della guerra francese, era uso iniettarsela anche in pubblico).



Non era difficile incontrare nei caffè, al teatro, nei salotti alla moda, dame e signori del bel mondo che si iniettavano con fare disinvolto la morfina in una coscia.

Tra fine '800 e inizio '900 si fabbricano astucci d'argento (fra i più raffinati quelli di Fabergè) contenenti il necessaire per la somministrazione della droga, una siringa d'oro ed un grazioso flacone di vetro intarsiato, che i morfinomani della buona società si regalano l'un l'altro.



1897 - Viene sintetizzata l'eroina

Ad un certo punto ci si dovette porre il problema di sostituire la morfina con un farmaco parimenti efficace contro il dolore, che non provocasse però dipendenza. Questa ricerca rappresentava un colossale affare commerciale per le industrie chimico-farmaceutiche dell'epoca. Nel 1898, la Bayer annunciava al mondo di essere finalmente pronta a commercializzare questo farmaco miracoloso.



Foglietti illustrativi, dépliant e campioni gratuiti vennero inviati a tutti i medici e a tutte le farmacie dei paesi industrializzati. «Contro tutti i dolori, sedativa della tosse, per la cura dei tossicomani», recitava il foglietto inviato con il campione. Era la diacetilmorfina, nome commerciale eroina

BAYER PHARMACEUTICAL PRODUCTS.

ASPIRIN
The substitute for the salicylates

PROTARGOL
The anti-gonorrheal

QUINALGEN
The anti-rheumatic

PIPERAZINE
The anti-spasmodic

EUROPHEN
The sedative for the nervous system

HEROIN
The sedative for coughs

LYCETOL
The uric acid solvent

SOMATOSE
The most powerful diuretic

PHENACETIN
The strongest analgesic

TRIONAL
The strongest hypnotic

SALOPHEN
The antirheumatic and antineuralgic

FERRO-SOMATOSE
The strongest iron tonic

HEMICRANIN
The cerebral tonic

SULFONAL
The reliable febrifuge

IODOTHYRINE
The thyroid tonic

SYCOSE
The sedative for the skin

Send for samples and Literature to

40 STONE STREET, NEW YORK.

FARBENFABRIKEN OF ELBERFELD CO.

Campagna pubblicitaria in Spagna per l'uso di eroina nei bambini (e negli anziani)

Primavera 1912

for prompt control of
senile agitation



BAYER
PHARMACEUTICAL PRODUCTS

ASPIRIN

HEROIN

HEROIN HYDROCHLORIDE

HEROIN HYDROCHLORIDE
60 Stone Street, New York



En la irritación

producida por la tos, bronquitis

El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.



El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.

Jarabe Bayer
de Heroína



En la tos fuerte

El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.



El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.

Jarabe Bayer
de Heroína



La tos desaparece

El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.



El Jarabe Bayer de Heroína es el más eficaz para calmar la tos y la irritación de las vías respiratorias, produciendo un efecto sedante y calmante. Es el único que actúa directamente sobre el centro de la tos en el cerebro, eliminando la causa de la tos y produciendo un efecto calmante y sedante.

Jarabe Bayer
de Heroína



Chi usa oppiacei diventa tossicodipendente?

Di solito no, ma questo diffuso pregiudizio, associato ad un approccio moralistico al dolore, ha portato ad un rifiuto, spesso ingiustificato, di trattare efficacemente il dolore, persino nei terminali (dove l'eventuale instaurarsi di tossicodipendenza sarebbe comunque irrilevante)

Gli oppiacei nella terapia del dolore in Italia

Ogni anno 140.000 malati gravi di tumore di cui il 75% ha sintomatologia dolorosa

Ogni giorno 30.000 malati di cancro in fase terminale soffrono di dolori acuti e cronici di cui il 30-40% NON riceve trattamento antalgico

CONSUMO OPIIODI IN ITALIA

12 volte inferiore alla GERMANIA

32 volte inferiore alla FRANCIA

110 volte inferiore alla DANIMARCA

Fonte: House Hospital onlus 2003

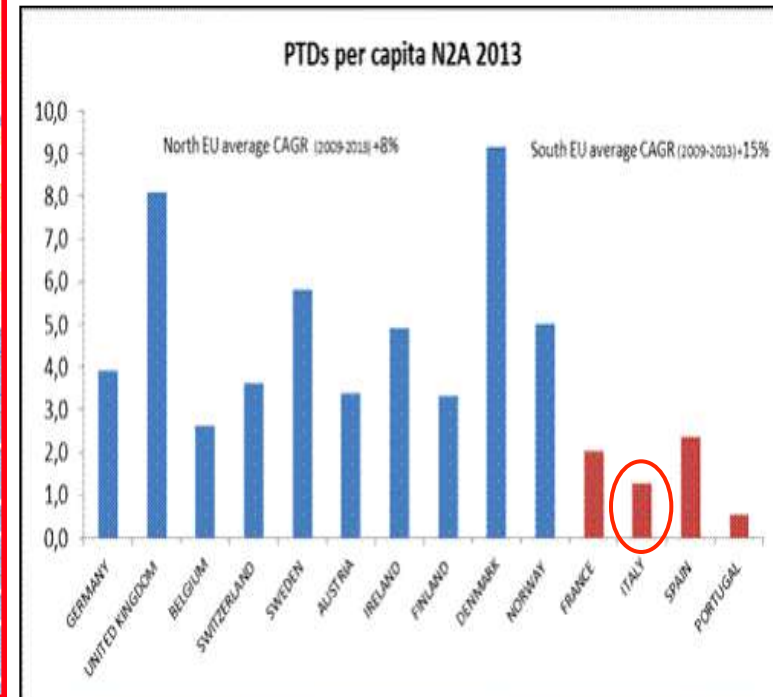
INDAGINE EOLO-end of life in ospedale (su 40 ospedali del nord Italia)

Solo il 10% dei malati terminali ottiene cure in grado di attenuare sofferenze inutili

Il 44% nonostante i forti dolori, non ottiene alcun analgesico

Il quadro è cambiato con la legge 38/2010.

Da allora l'utilizzo è aumentato, anche se restiamo sempre fra gli ultimi in Europa



Chi usa oppiacei diventa tossicodipendente?

Quasi il 90% dei soldati americani diventati eroinomani in Vietnam ha cessato definitivamente l'uso della sostanza una volta tornato a casa. La percentuale di ricadute è stata di circa il 10%, contro più dell'80% fra chi era diventato eroinomane in patria. La vera eroinomania è quindi legata alle caratteristiche personali e non solo all'uso della sostanza (anche quando è stato massiccio)



In un recente studio negli USA solo il 35% di chi ha usato eroina ne diviene dipendente.

La dipendenza da eroina è il paradigma della tossicodipendenza

Il significato più profondo è quello di un'**auto-terapia psicofarmacologica**

Si può iniziare per molto motivi, ma in genere chi continua e passa ad un uso continuativo usa l'eroina per poter raggiungere uno stato di normale benessere che altrimenti (per motivi genetici, psicologici ed esistenziali) gli è precluso.

Purtroppo l'uso prolungato porta a ridurre ancora di più la capacità del cervello di raggiungere un accettabile benessere. Inoltre comporta una serie di problemi legali, economici, relazionali e sanitari, che elevano ulteriormente il livello di angoscia. Così la "cura" aggrava il bisogno, e l'eroina diviene sempre più indispensabile.

L'eroina è quindi al tempo stesso malattia e cura.

Per questo la disassuefazione è utile ma non basta (dietro l'uso ci sono bisogni e disagi che debbono essere affrontati, sia in chiave psicologica che in chiave farmacologica)

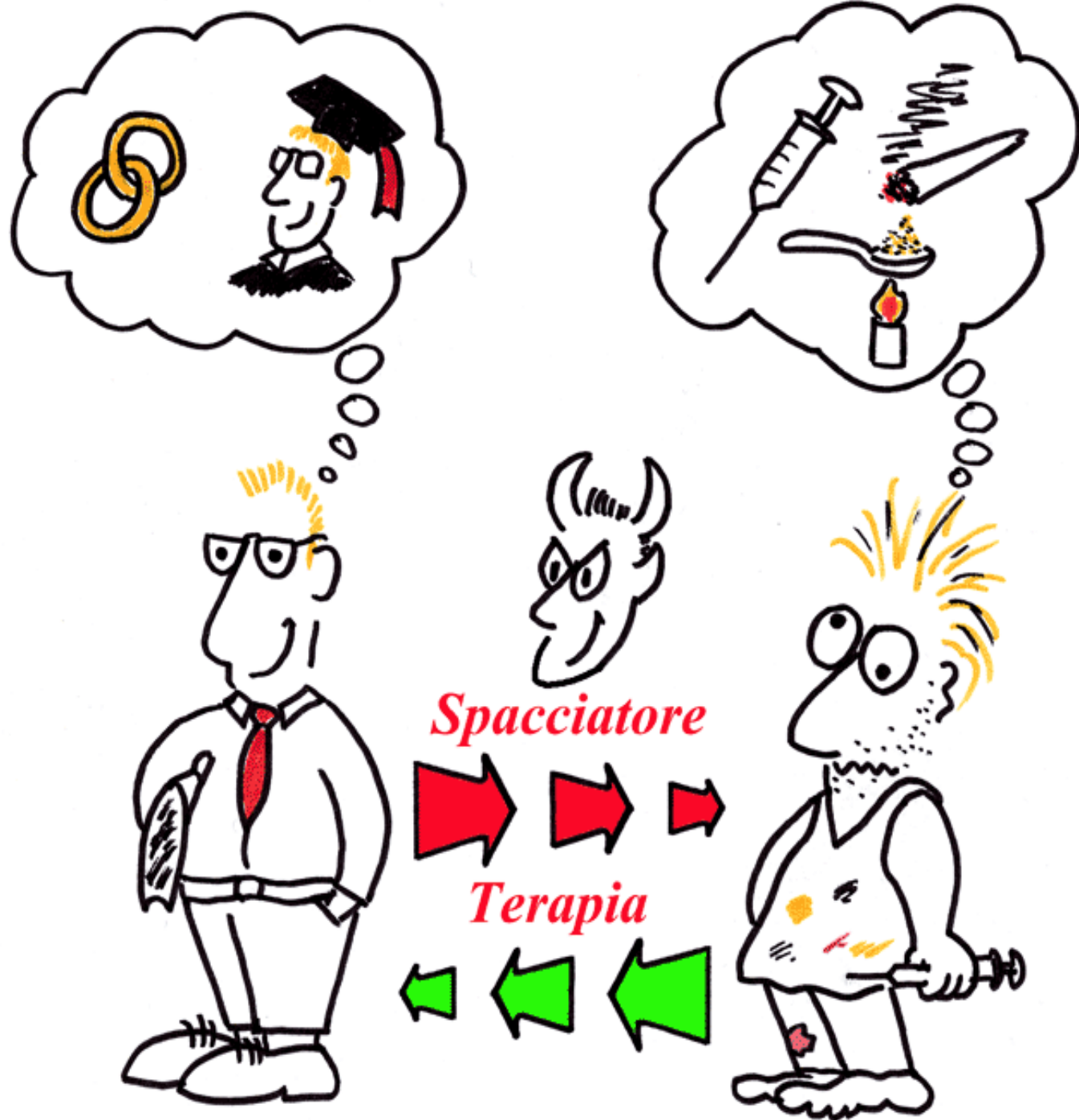


Modello “popolare”
della terapia della
tossicodipendenza:

*Il problema nasce con
la droga, con la cura
si torna come prima!*

Concetto di “restitutio
ad integrum”, mutuato
dalla medicina
internistica, che
presuppone un
ipotetico primitivo stato
di “benessere” da
riacquisire attraverso
cure adeguate.

Anche la legislazione
sulla droga sembra
partire da questa
erronea premessa.



Sembra tutto molto semplice.....

Malattia

Heroin?

-or-

Your family?



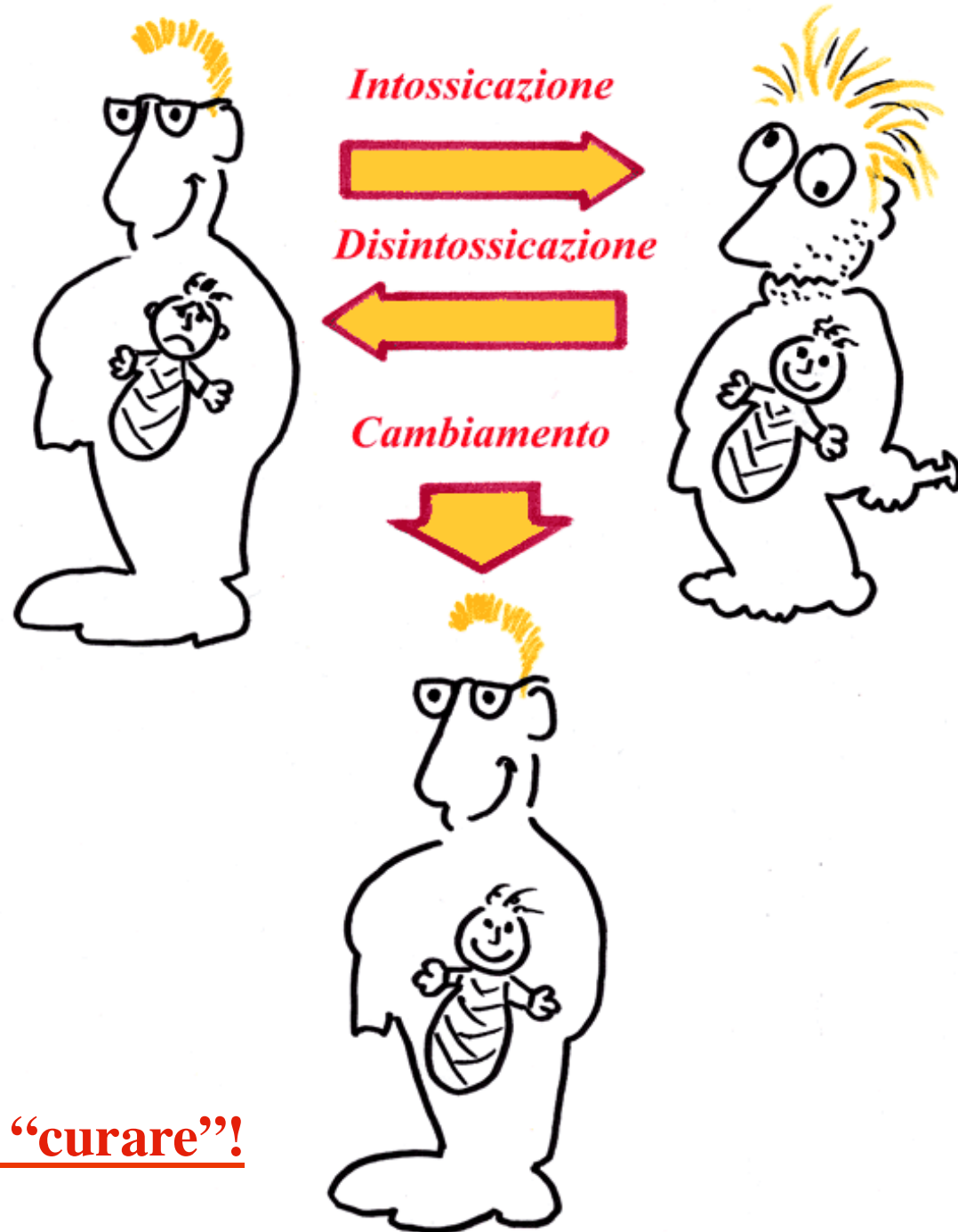
Guarigione

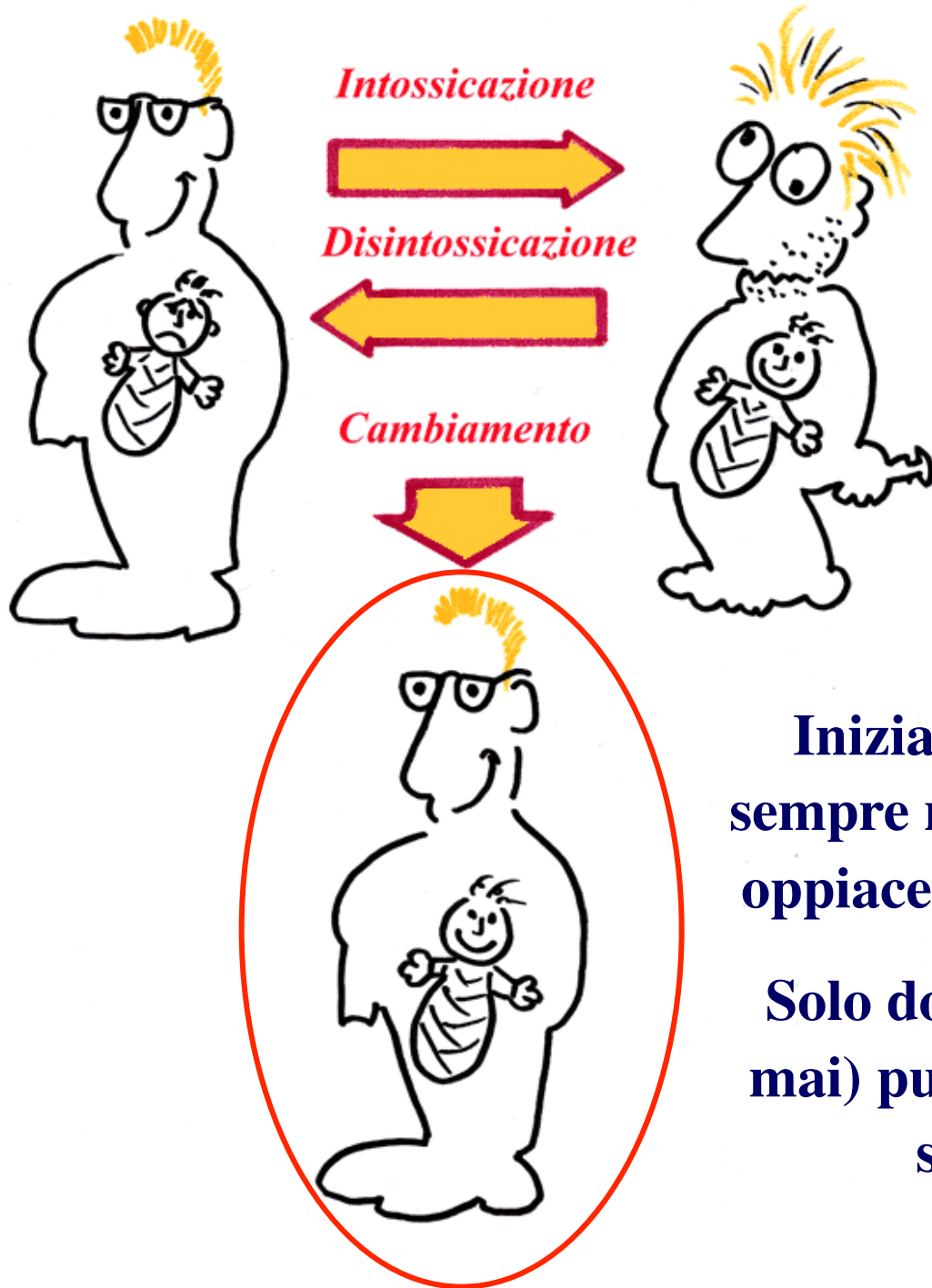
Il problema però non nasce con la droga, anzi, l'eroina è di solito un tentativo, alla lunga fallimentare, di affrontare un disagio già presente e preesistente, anche se spesso nascosto (anche i bimbi “più buoni” hanno a volte ferite profonde)

La cura non ha quindi come obiettivo il ritorno ad un primitivo illusorio stato di “benessere”, ma quello di costruire, in tempi lunghi, un benessere reale che renda inutile il ricorso all’aiuto delle droghe

In oltre “tornare come prima” non è comunque possibile (alcune alterazioni neurobiologiche sono stabili e non reversibili)

Disintossicare non vuol dire “curare”!





Inizialmente questo stato è quasi sempre raggiungibile solo con l'uso di oppiacei sostitutivi come il metadone.

Solo dopo alcuni/molti anni (talora mai) può essere mantenuto senza un sostegno farmacologico

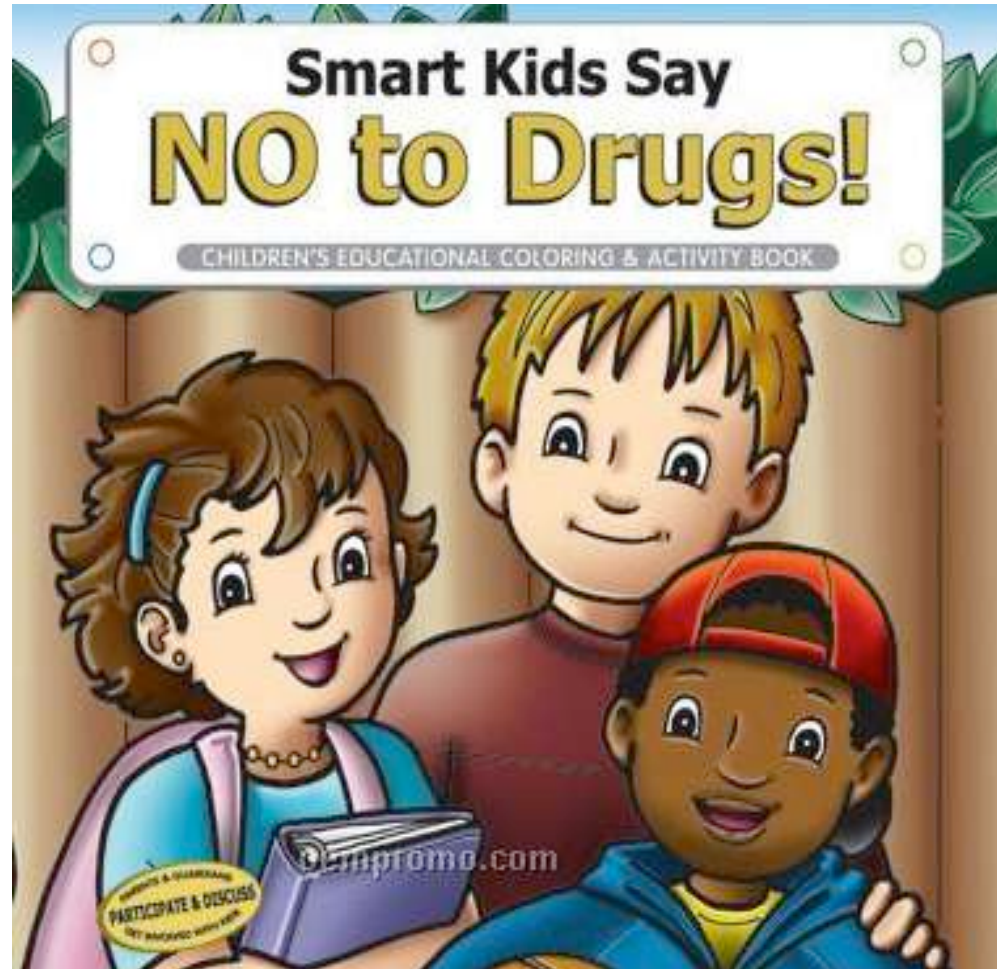
Il problema della “predisposizione”

La presenza o meno di un disturbo di personalità, o di una disfunzione neurobiologica, che preceda, favorendolo, l'uso di sostanze è un tema da tempo dibattuto, con conseguenze sia terapeutiche che etico-legali.

Gli assertori della primarietà dell'uso di droga sono in genere sostenitori di strategie repressive su produzione e traffico e di strategie terapeutiche coercitive (su questo modello si basa gran parte della legislazione attuale).

Il modello è “**eliminando le droghe elimineremo la tossicodipendenza**”

Purtroppo è difficile eliminare le droghe, e spesso quelli che vengono eliminati (socialmente, con il carcere, o fisicamente) sono i tossicodipendenti.



Il problema della “predisposizione”

I sostenitori della primarietà del disturbo di personalità / disfunzione neurobiologica mettono al centro il paziente, aiutandolo per quanto possibile ed evitandogli il sovrappiù di sofferenza che non nasce dalla sostanza ma dalla legge.

Il modello è “**riducendo la sofferenza riduciamo l'abuso di droghe**”

Anche in questo vi è una dose di utopia (non sempre la sofferenza è eliminabile).



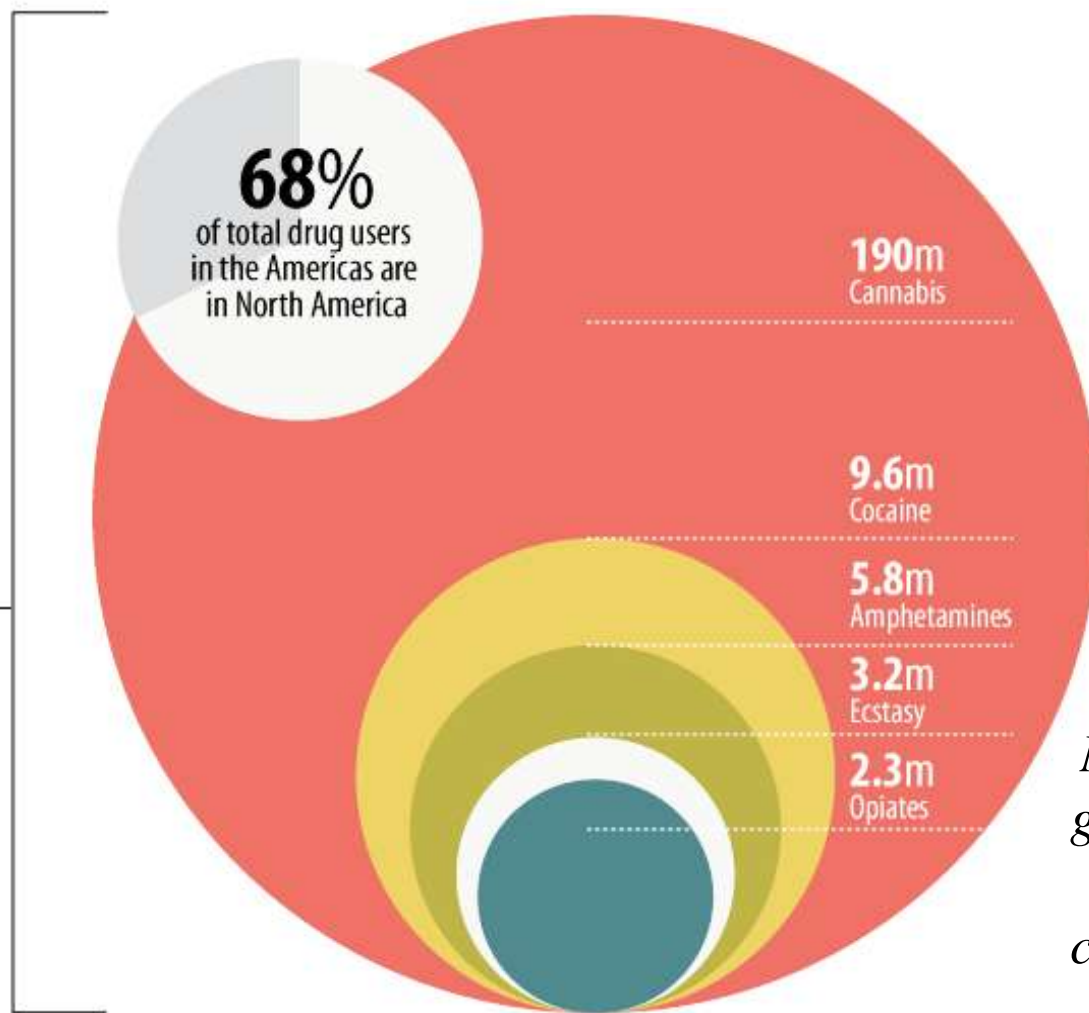
Del resto, se è vero che la disponibilità di droga è un fattore che favorisce l'abuso, buona parte dei consumatori di droghe (anche di oppio) non ne diventa schiavo. Ci deve essere quindi un fattore che predispone alcuni, e non altri alla dipendenza.

Illegal Drugs in the Americas

L'eroina è la droga meno diffusa



The US's Most **Expensive Addictions**
(estimated annual cost, inc. health expenses)



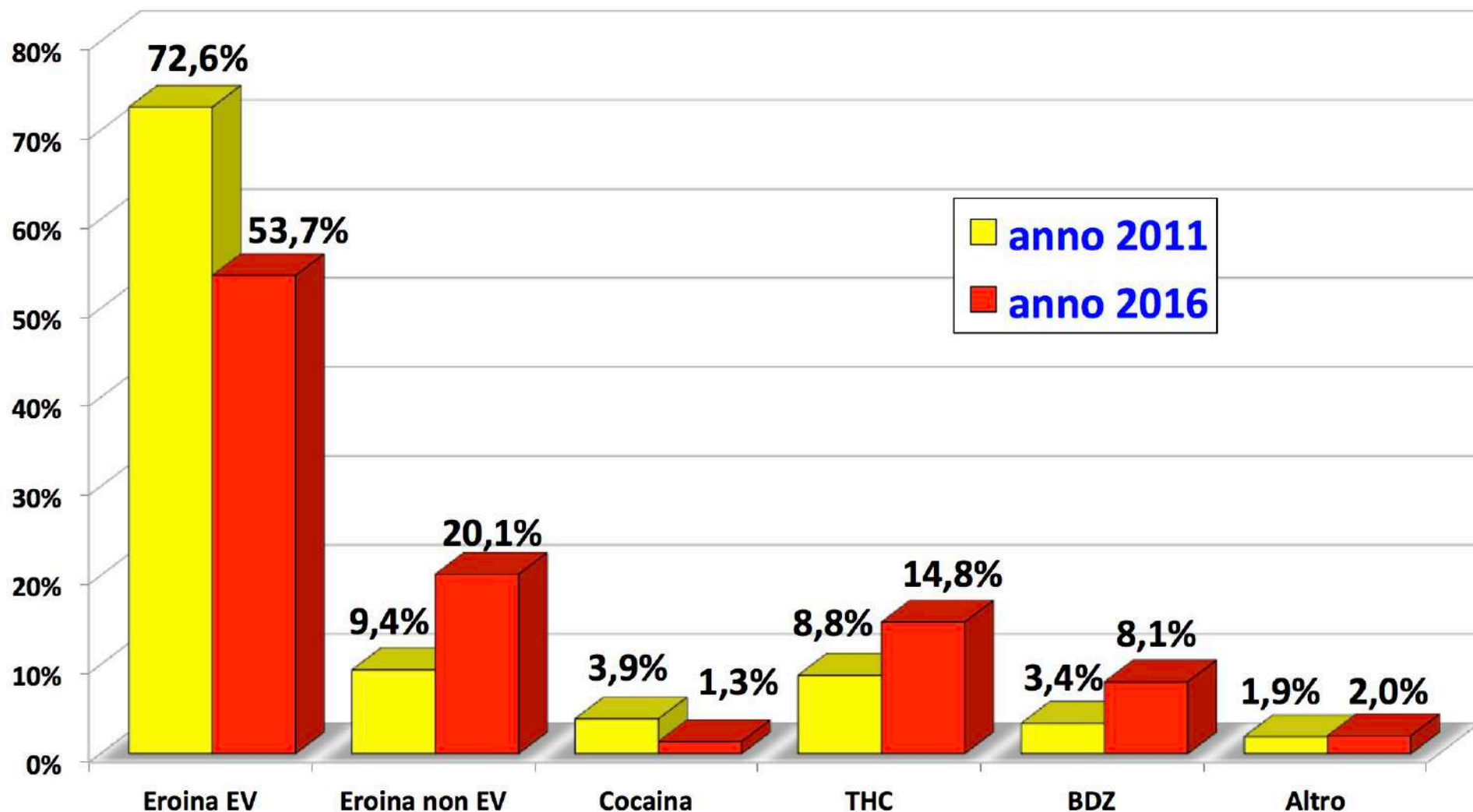
Total Number of Users in the Americas by Drug in 2007
(inc. North, Central and South America and the Caribbean)

Nota: in questo grafico del 2007 non si tiene conto delle BDZ e della recente diffusione dei farmaci oppioidi

E' però la droga primaria per $\frac{3}{4}$ degli utenti SerT per droghe illecite e BDZ

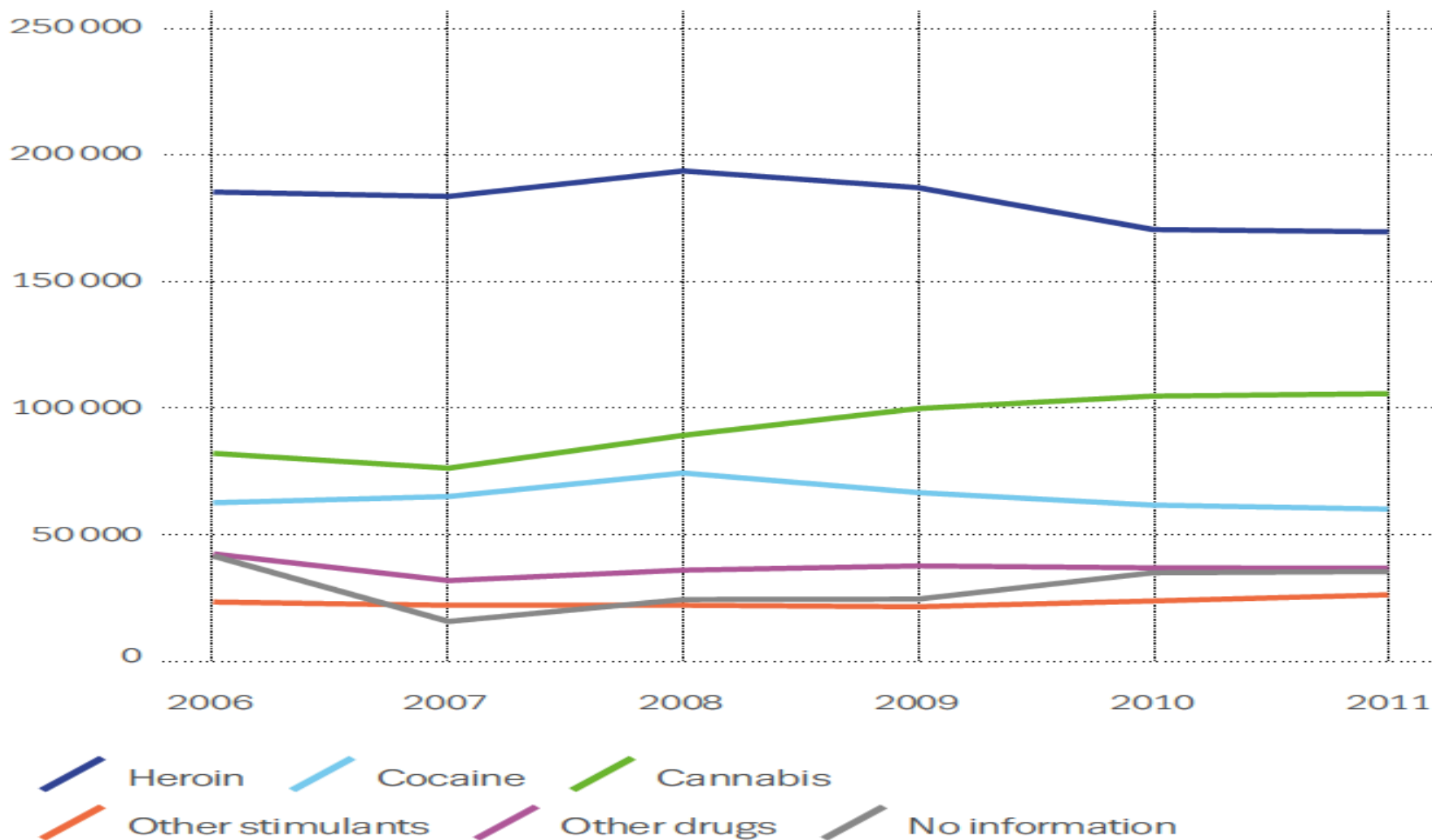
SerT AAS3 - dati 2011 e 2016 utenza in trattamento

(esclusi semplici accertamenti senza presa in carico)



Richieste di terapia per droga primaria in europa

(Annual report EU 2013)



Eroina - Modalità d'uso

Per via orale. Effetto lento (quindi poco gratificante e prolungato). Il circolo epatico trasforma tutta l'eroina in morfina. Di solito ingestione occasionale (trafficienti, bambini)

Per via rettale. Via teorica, non utilizzata

A sniffo (come la cocaina). Effetto più veloce rispetto all'uso per os (30-40 minuti) ma comunque piuttosto lento (alcuni minuti) e poco gratificante. Facilmente quindi dall'sniffo si passa all'uso endovenoso. Mancano i rischi legati alla via iniettiva, ma l'overdose, pur meno frequente, è possibile

Per fumo. Uso più recente, tossicomaniaco ma a basso rischio (vedi slide successiva)

Per via endovenosa. Azione istantanea, effetto "flash" (simil-orgasmico) intenso e molto gratificante. In passato quasi la totalità dell'utenza utilizzava questa via, tanto che nell'immaginario il "tossico" è sempre "quello che si buca",

Questa modalità è quella con il massimo rischio sanitario (overdose, infezioni, ecc.), e più stigmatizzante.



Lo scenario classico: carriera dell'eroinomane



Primi contatti con l'eroina.

Per sniffo o fumo, talvolta subito EV. E' una fase pericolosa per l'alto rischio di overdose. Le prime volte nausea e vomito, che scompaiono presto.

Oggi però non di rado si inizia con farmaci oppioidi (metadone, buprenorfina, pain killer)

Fase della “luna di miele tossicomantica”

Il consumatore prova solo i benefici della sostanza.

Non c'è dipendenza fisica né astinenza alla sospensione. Sembra che possa durare sempre così, ma il risveglio (la prima crisi di astinenza, di solito entro pochi mesi) è brusco.

Fase di consolidamento.

Uso, spesso endovenoso, più volte al giorno.

Aumento progressivo della tolleranza, della dipendenza fisica e dei sintomi astinenziali. Iniziano importanti problemi psico-sociali e sanitari.

Fase di ingestibilità.

Cessazione dell'illusione di gestire in qualche modo il problema. Gravi problemi fisici e psico-sociali.

Richiesta (più o meno obbligata) di aiuto



Un nuovo scenario: l'eroina fumata



Fino a 20 anni fa quasi assente in Italia. Ora è la modalità della maggior parte dei nuovi assuntori.

Si scalda l'eroina sulla stagnola e se ne aspira il filo di fumo (“chasing the dragon”: inseguì il drago).

A differenza dell'eroina sniffata, l'effetto è rapido (un minuto) e anche se non dà il “flash” dell'EV è abbastanza gratificante da non spingere all'uso iniettivo.

A differenza dell'EV ma anche dello sniffo (dove la dose si assume tutta insieme) **il rischio di overdose è praticamente nullo** (si aspira un po' per volta, e quindi si può modulare la dose e fermarsi in tempo)

Come lo sniffo, non comporta tutte le gravi conseguenze mediche dell'uso EV.

Frequente fra gli immigrati (e gli spacciatori) nordafricani (*nelle culture di origine la siringa è poco amata e poco fruibile*)

Non comporta riti complessi e permette l'anonimato; accendino e carta stagnola non identificano chi la usa, non ci sono i buchi (le “piste”) sulle braccia, non si lasciano siringhe in giro e quindi si crea meno allarme (da cui l'illusoria recente impressione di “calo dei consumi”)



Fumare eroina mostra quello che veramente sarebbe la “malattia da eroina” senza i danni conseguenti all’EV e all’illegalità (poche malattie, bassa mortalità, uso “integrato” in una vita sufficientemente normale).

La dipendenza è però egualmente forte, l’uso inizia prima (talvolta già alle medie, anche senza passare per lo spinello) e il danno nell’evoluzione psichica dell’adolescente è profondo: l’oppio allontana dalle emozioni, belle o dolorose, che costruiscono la personalità, porta ad una progressiva indifferenza verso la vita propria e altrui (non a caso l’eroina viene data ai cecchini che sparano su donne e bambini e ai “soldati bambino”, o usata da chi deve compiere atti emotivamente insostenibili come prostituirsi)

Effetti paradossali di messaggi sbagliati

**DROGA
NO GRAZIE**



Per anni in Italia, nell'intento di combattere con forza l'uso di droghe "leggere", si è detto che tutte le droghe sono uguali, che non si deve fare differenza fra cannabis ed eroina (*anche se la pericolosità stimata della seconda è di circa 200 volte maggiore*).

Poiché la relativa pericolosità degli spinelli era in realtà evidente, questo, in generazioni che non hanno direttamente conosciuto le vecchie tragedie dell'eroina (overdose, AIDS, marginalità) ha abbassato le difese anche verso l'eroina fumata. Il risultato è che ora molti giovani pensano che fumare eroina non sia poi molto più pericoloso di farsi uno spinello.

Nuovo scenari: eroina e invecchiamento

Nell'immaginario collettivo, i “drogati” sono sempre ragazzi o giovani adulti. Questo era vero solo in passato perché l'eroina era un fenomeno di recente diffusione. Oggi l'eroina è la droga illegale di uso più frequente in età matura (vecchi “tossici” invecchiati, ma anche nuovi consumatori)



Attualmente (2016) l'età media dei TD da oppiacei seguiti da questo Ser.T. è di 43 aa (da 16 a 68)

Rispetto al passato, questo comporta una sempre maggiore complessità nella gestione dei problemi sanitari (una volta si moriva per overdose, oggi per cirrosi e altre patologie croniche)

Gli eroinomani di vecchia data acquisiscono precocemente le caratteristiche dei pazienti geriatrici: invecchiamento precoce, presenza di più patologie croniche, deterioramento cognitivo.

Sempre più soggetti necessiteranno di assistenza domiciliare o di strutture più simili a case di riposo che a Comunità Terapeutiche. Crescerà il bisogno di integrazione fra Ser.T. e Distretto.

Nuovo scenari: eroina e giovanissimi

In tutta Italia sono in netto aumento i minorenni che giungono ai SerT per uso di eroina (in genere fumata)

Si solito sono giovani con elevati livelli d'angoscia, con personalità fragili e poco strutturate, con un uso in genere "autoterapeutico"

Molto diversi dai tossicodipendenti dei primi decenni, in genere più adulti e con un uso con valenze culturali e ribellistiche

Rappresentano una sfida importante, sia in quanto l'eroina si instaura in una personalità ancora da costruire, sia per l'immaturità che rende complessa un'alleanza terapeutica, sia per i problemi legali connessi alla minore età



Eroina da strada

4 gradi di purezza

Grado 1 e 2: forme grezze di eroina

“Black tar” (carbone nero). Dovrebbe essere fumata. Uso iniettivo difficile e dannoso. Talvolta contaminata con spore di *clostridium botulinum* e *clostridium bordelli* (“epidemie” di botulismo e di fasciti necrotizzanti da uso EV)

“Cheese” (95% paracetamolo, 4 % antistaminico, 1% eroina). Deriva dal Tylenol (spesso usato per l’influenza, il raffreddore, ecc) cui si aggiunge poca eroina. Costa poco (5 dollari), usata dagli adolescenti negli USA

“Cobret”. Si ricava dagli scarti di fabbricazione dell’eroina, molto “sporca”. Solo da fumare, se iniettata molto tossica come il “black tar”. Commercializzata soprattutto dalla camorra a Napoli (pochi euro a dose)



Black Tar Heroin

+



Tylenol PM or generic

=



“Cheese”

Grado 3

“Brown sugar”, o in generale eroina di colore scuro, adatte a essere fumate ma spesso iniettate. L’ “eroina al limone” è una brown, ma con succo di limone si scioglie e può essere iniettata (era la forma più comune in Italia)

Grado 4

Eroina bianca o “thailandese” (ma ora prodotta in Afghanistan), Forma pura, adatta all’iniezione e non ad essere fumata. Sta sostituendo la brown per il calo dei prezzi. Mescolata a caffeina può essere fumata



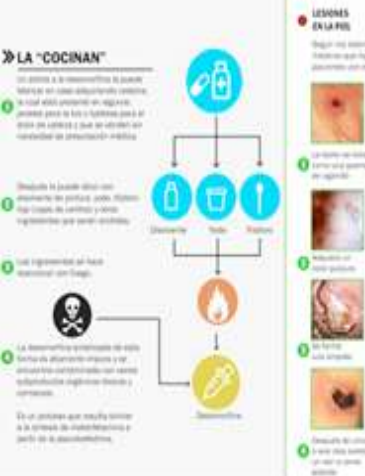


¿DE DÓNDE VIENE?

El abuso de la desomorfina es un fenómeno que se ha desarrollado en los últimos años. En Rusia, el consumo de esta droga ha aumentado drásticamente, especialmente en las zonas fronterizas con Ucrania. Se cree que la droga proviene de Ucrania, donde se produce y se distribuye a través de la frontera común.

ALERTA MUNDIAL POR CONSUMO DE DROGA "CANÍBAL"

El mundo está observando el surgimiento de un nuevo tipo de sustancia conocida como la droga de los "cámbios". Surge en Rusia, y amenaza con pasar las fronteras de EE.UU. con México. Su consumo podría extenderse hacia Europa y partes de Latinoamérica. Conocida como "Krokodil", la droga destruye los músculos y huesos del consumidor llevándolo a una muy posible muerte.



10 VECES MÁS BARATA
El nuevo droga básica es 10 veces más barata que la morfina. Esto hace que sea más accesible para los consumidores.

90 MINUTOS
El efecto de esta droga dura entre 90 minutos hasta 2 horas.

DAÑOS PERMANENTES
El consumo de esta droga causa daños permanentes al cuerpo, especialmente en el sistema nervioso y en los músculos.

SÍNTOMAS

- CEREBRO**: El consumo de esta droga causa daños permanentes al cerebro, especialmente en la corteza y en la médula.
- EXPECTATIVA DE VIDA**: El consumo de esta droga reduce la expectativa de vida del consumidor.
- PERDIDA DE PESO**: El consumo de esta droga causa una pérdida de peso drástica.
- LESIONES EN LA PIEL**: El consumo de esta droga causa lesiones graves en la piel, especialmente en las zonas de inyección.
- "KROKODIL"**: La droga destruye los músculos y huesos del consumidor, lo que resulta en una apariencia similar a la de un crocodilo.
- GANGRENA**: El consumo de esta droga causa gangrena en las extremidades, lo que puede llevar a la amputación.
- AMPUTACIÓN**: El consumo de esta droga puede resultar en la amputación de las extremidades.

Le "eroine povere" Krokodil

("droga cannibale", "droga mangiacarne")

E' un oppiaceo (desomorfina), che si produce artigianalmente partendo da pastiglie di codeina, che sta creando drammatici problemi in Russia.

Uso iniziato in Siberia nel 2000; si stimano più di 100.000 consumatori nella sola Russia (20.000 in Ucraina).

Assente in Italia.

Il problema è reso più drammatico dal fatto che Russia i tossicodipendenti non sono curati (non viene usato il metadone) e quindi non riescono a smettere.



La Desomorfina dura meno dell'Eroina (1,5-2 ore contro 6-8 ore), e la durata dell'astinenza è molto più lunga (20-30 gg contro 6-7). Questo porta ad usarla continuamente e a uscirne difficilmente.

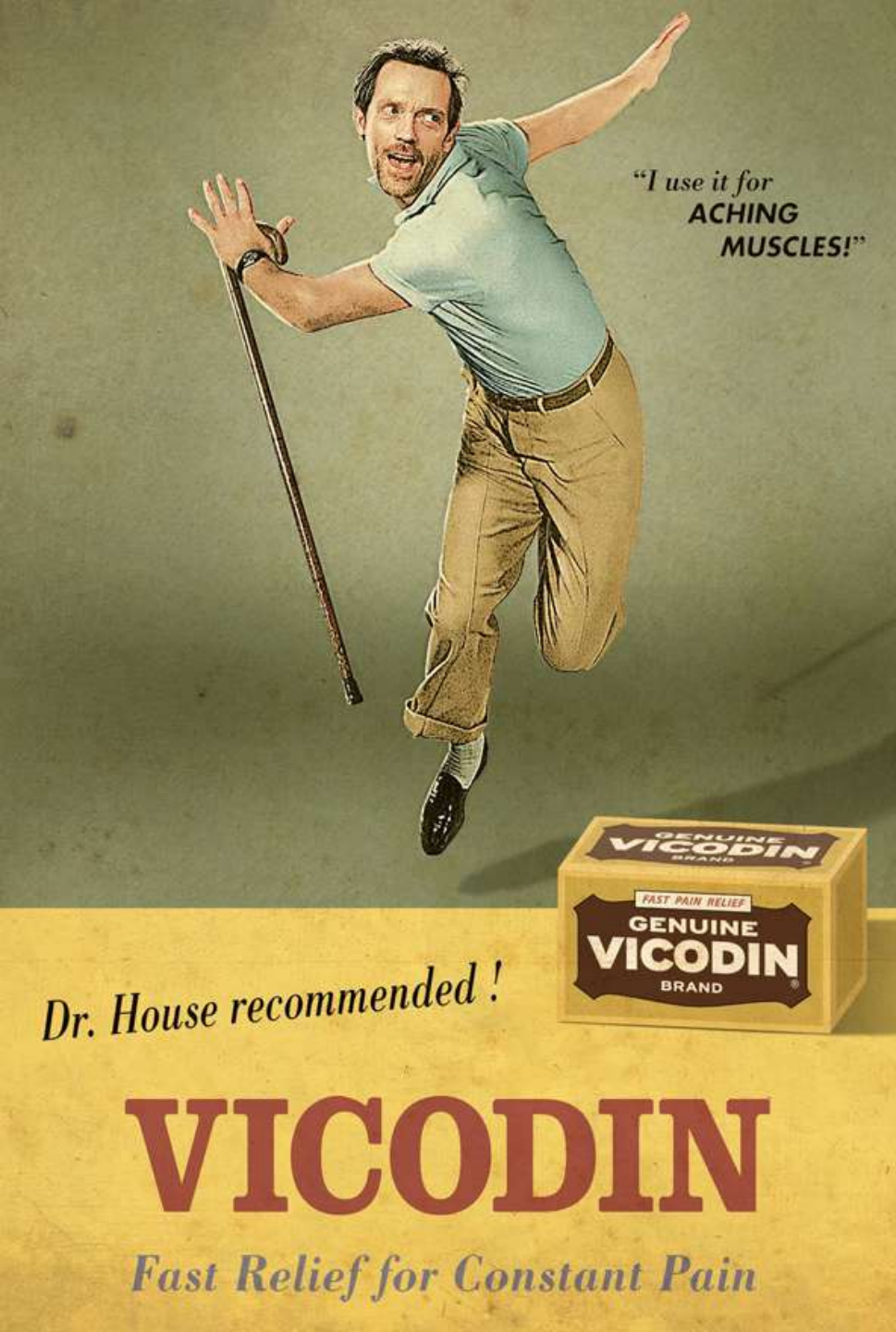
Il rischio del Korokodil non è legato alla sostanza, ma al modo “povero” di produrla, utilizzando in modo artigianale benzina, olio, detersivo industriale, iodio e fosforo rosso (ricavato dai fiammiferi)

Questi composti tossici, una volta iniettati (molte volte ogni giorno) causano flebiti e necrosi fino a gangrena e mutilazione.

Un'altra “eroina povera” usata in America Latina è una morfina estratta dal “paregorico”, una tintura d'oppio canforata. Quando iniettata i residui di canfora e aromi comportano flebiti, sclerosi, ascessi.

Il problema delle “eroine povere” è la fabbricazione più che la sostanza





Nuovi scenari

Pain Killer

La prossima emergenza?

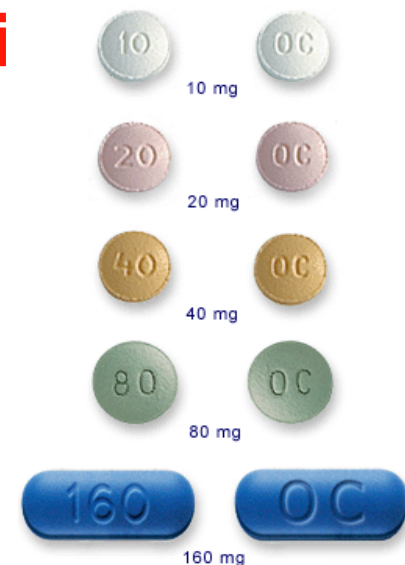
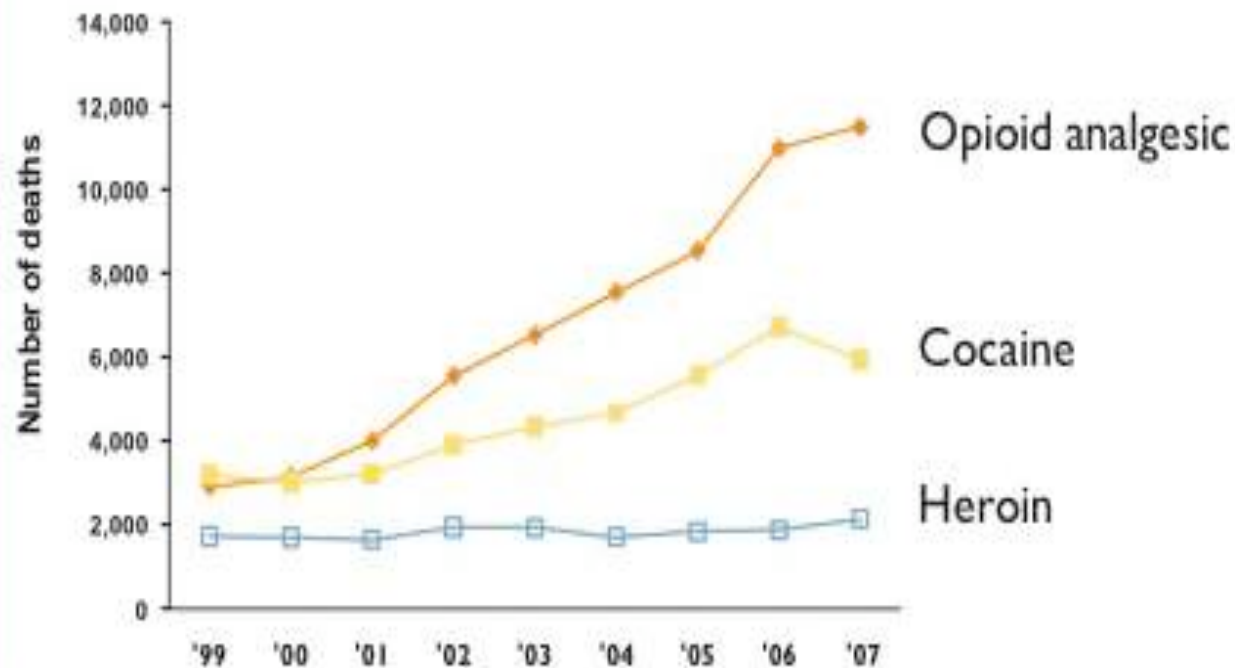
“Nel 2010, negli USA, le morti da overdose da PK hanno superato del doppio le morti da eroina e cocaina.

L’onere economico del fenomeno PK è ormai simile a quello dell’infezione da HIV.”

Volkow et al. N Engl J Med, 2014

Abusi-dipendenze da oppioidi prescrittibili

Figure 2: Unintentional drug overdose deaths by major type of drug, United States, 1999-2007



OxyContin® Tablets

L'ossicodone (Percodan, OxyContin, ecc) presenta il maggior potenziale di abuso. Negli USA è l'oppiaceo d'abuso più diffuso (uno studente su 20 l'ha provato).

L'idrocodone è utilizzato in abbinamento ad altre sostanze chimiche ed è disponibile come antidolorifico prescritto venduto in forma di pastiglie, capsule e sciroppo (Dicodid, Vicodin, ecc).

La meperidina (Demerol), l'idromorfone (Dilaudid) ed il propossifene (Darvon), sbriciolati, vengono iniettati, sniffati o fumati. Il Darvon, bandito nel Regno Unito dal 2005, è tra le prime dieci droghe ritenute causa di morte negli Stati Uniti. Il Dilaudid viene chiamato "eroina da supermercato".

Fentanyl

Fra i più additivi e pericolosi (per potenza e per la breve emivita)

Fentanyl is 50 to 100 times more potent than morphine and 30 to 50 times more potent than heroin.



FENTANYL

From the poppy fields of China to the diabolical cooking labs of Mexican drug cartels the new monster drug is finding its way into the recreational drugs of millions of North American users.





Unità di coordinamento

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Governo italiano

Dipartimento politiche antidroga

Presidenza del Consiglio dei Ministri

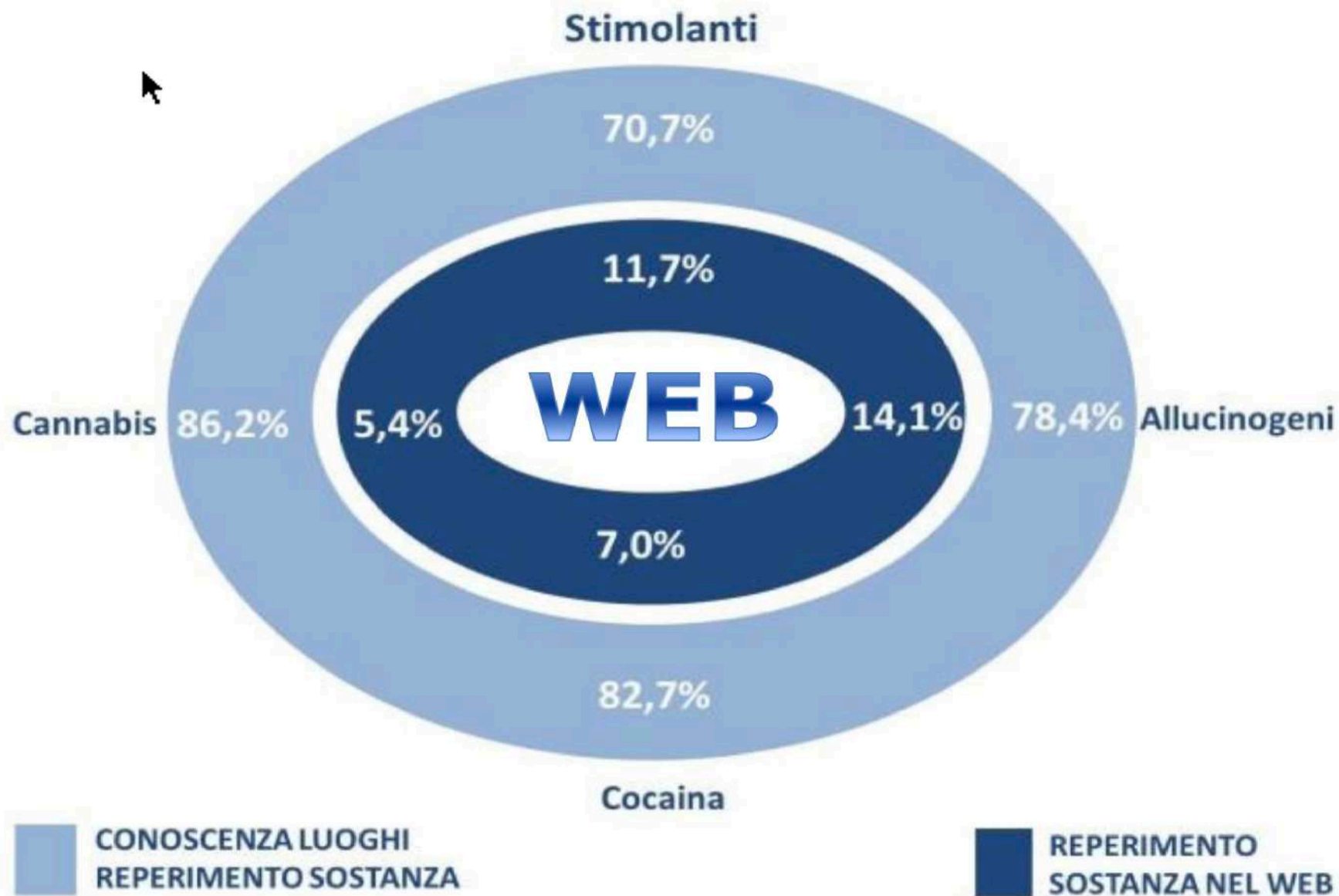
12/02/2018

Oggetto: Allerta di grado 1 – Farmaci falsi (comprese di Xanax e OxyContin) contenenti derivati illegali del fentanil - Svezia, novembre 2017-gennaio 2018

C. Rischi per gli utilizzatori

Le persone che usano medicinali contraffatti contenenti derivati fentanilici sono ad alto rischio di intossicazioni potenzialmente letali per depressione respiratoria. Farmaci contraffatti/falsi simili a quelli riportati dalla Svezia hanno causato intossicazioni gravi e letali, incluse intossicazioni di massa, negli Stati Uniti e in Canada negli ultimi anni [5-7]. Il rischio di intossicazione può essere particolarmente alto quando i contraffatti/falsi sono venduti come benzodiazepine (come Xanax) poiché possono essere usati da persone che non consumano oppioidi e che quindi non hanno sviluppato tolleranza a questi composti.

Fig. 1.2.13 Reperimento di sostanze via web. Anno 2016.



U-47700

Vengono immessi sul mercato illegale oppioidi sempre nuovi (tanto che non hanno nemmeno un nome ma solo una sigla). L'U-47700 per potenza e pericolosità viene definito “crack degli oppioidi”.

Casi letali anche in Italia

7.5x
morphine.



Attenzione a quello che comprate ! U-47700 o Pink.

Negli Stati Uniti è apparso, in vendita su Internet, un **oppiaceo sintetico** che almeno nell'ultimo anno è stato responsabile di almeno 46 decessi (31 a New York e 10 in North Carolina).

E' stato temporaneamente classificato come **U-47700**; nel web viene chiamato **Pink**.

E' disponibile per l'acquisto in Internet e viene ingannevolmente commercializzato come sostanza per la “ricerca chimica. Le etichette indicano inoltre, nel tentativo di evitare restrizioni legali, che non è “non destinato al consumo umano”

Il Pink fa parte di una famiglia di oppiacei sintetici mortali di gran lunga più potenti della morfina ed è tossico anche in piccole dosi.



Heath Ledger (1979-2008). Deceduto per abuso di oppioidi (ossicone e idrocodone) regolarmente prescritti

Abuso-dipendenza da PK prescritti:

In Europa e in Italia il fenomeno è molto più contenuto rispetto agli U.S.A., ma in crescita.

Abuso-dipendenza da PK non prescritti:

Nei giovani, gli “antidolorifici della nonna” possono essere la via di accesso alla tossicodipendenza, ma anche portare con facilità all’overdose

In entrambe le situazioni i D.d.D. saranno fortemente coinvolti.

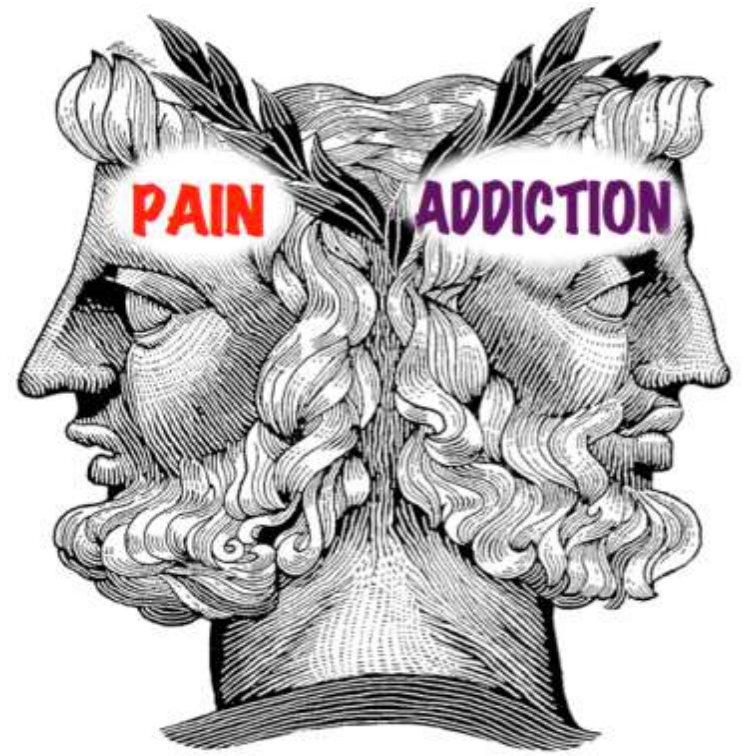
Il rischio di passare da un uso “terapeutico” all’abuso e alla dipendenza è legato a:

Caratteristiche dell’utente

- storia di dipendenza da droghe o alcol,
- marcata inquietudine o disagio psicologico che possono trovare sollievo nell’oppiaceo
- predisposizione genetica alla dipendenza

Caratteristiche della sostanza:

- **Velocità d’azione** (più l’effetto è rapido più elevato è il picco di piacere che il paziente impara a desiderare)
- **Emivita** (più è breve prima compare un disagio astinenziale e di conseguenza la ricerca della dose successiva)
- **Via di assunzione** (per os picco lento, per aspirazione (“puff”) picco più rapido e appetibile)
- **Tolleranza**: necessità di dosi sempre maggiori e più ravvicinate per mantenere l’effetto ricercato



Cosa fare in caso di dipendenza iatrogena (da prescrizione)?



Utile passare da un farmaco rapido ad uno ad emivita lunga e con assunzione per OS, al dosaggio sufficiente a “coprire” il bisogno

Un ottimo farmaco in tal senso, anche se l’uso storico nelle tossicodipendenze lo porta ad essere accettato con fatica sia dai prescrittori che dagli utenti, è il **metadone**, economico e maneggevole

Una volta stabilizzato il paziente con oppioidi a lunga emivita, si può iniziare un lento scalare (molto più difficile se il pz continua ad assumere oppioidi a breve emivita)

Considerare farmaci ad assorbimento lento (Es. Transtec, cerotti transdermici, dura 3-4 gg e difficilmente induce abuso)

Possibile abuso di farmaci sostitutivi



Metadone

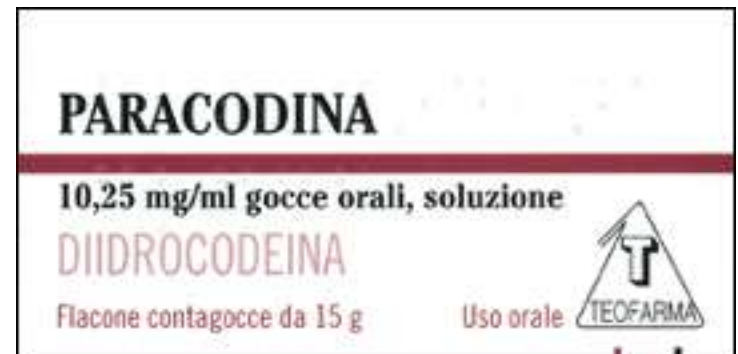


Buprenorfina

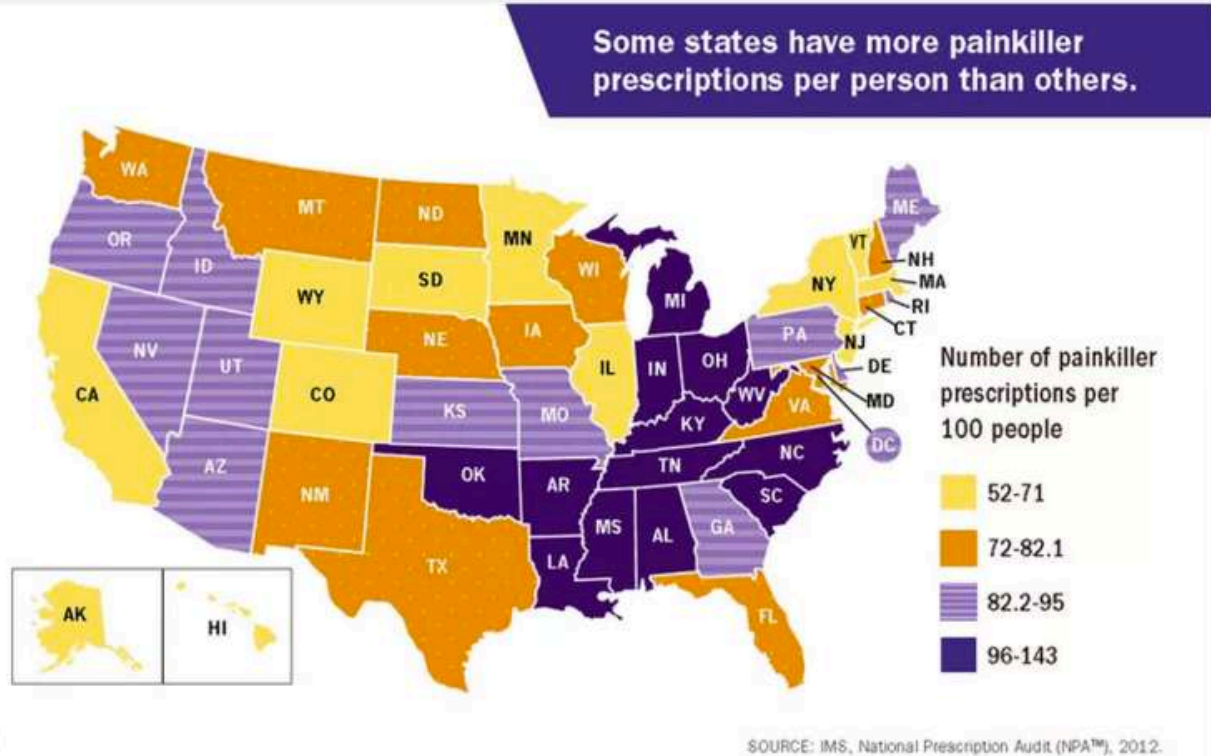
Molti “scoprono” gli oppiacei trovando sul mercato “grigio” queste sostanze usate per il trattamento degli eroinomani

NB: In assenza di tolleranza (es giovani “sperimentatori”) il metadone (non la Buprenorfina) ha un elevato rischio di overdose, soprattutto se assunto assieme all’alcol.

Altri farmaci facilmente reperibili con effetto oppiaceo



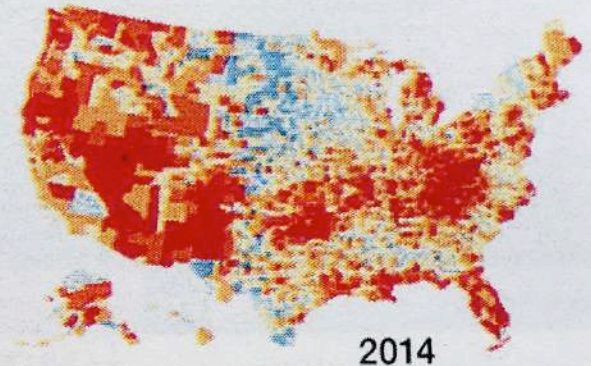
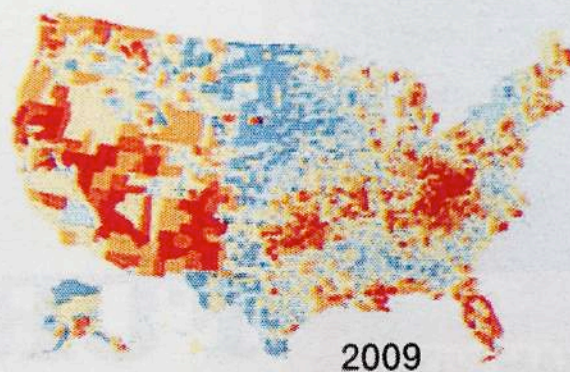
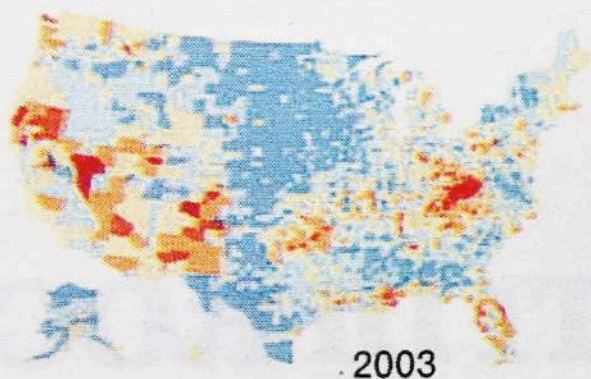
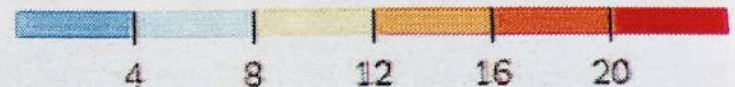
L'abuso di oppioidi rilancia l'uso di eroina



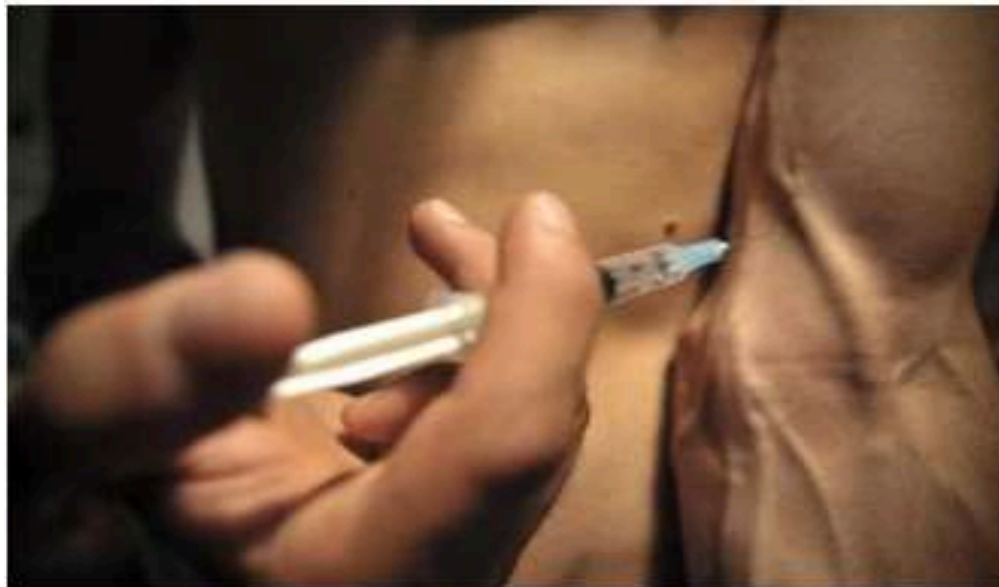
STATI UNITI D'EROINA

I DECESSI PER DROGA IN 11 ANNI SONO PASSATI DA 9 A 15 OGNI 100 MILA ABITANTI. OHIO E APPALACHI TRA LE ZONE PIÙ COLPITE

MORTI PER OVERDOSE OGNI 100 MILA ABITANTI



Boom di eroina. Per gli americani torna l'incubo



Raddoppiati i consumi tra i giovani e nelle zone rurali

di Paolo Mastrolilli - 4 febbraio 2014

Documentario all'interno!

Si chiama «Ace of Spades», la droga che ha ammazzato Philip Seymour Hoffman. Un cocktail di eroina e fentanyl, oppiaceo usato per lenire i dolori dei malati di cancro, che sarebbe responsabile della morte di almeno cento persone in America nelle ultime settimane. Questo indizio, se confermato dalle indagini, collega il dramma personale di

Hoffman a una tragedia generale che sta avvenendo negli Stati Uniti: il ritorno dell'eroina.

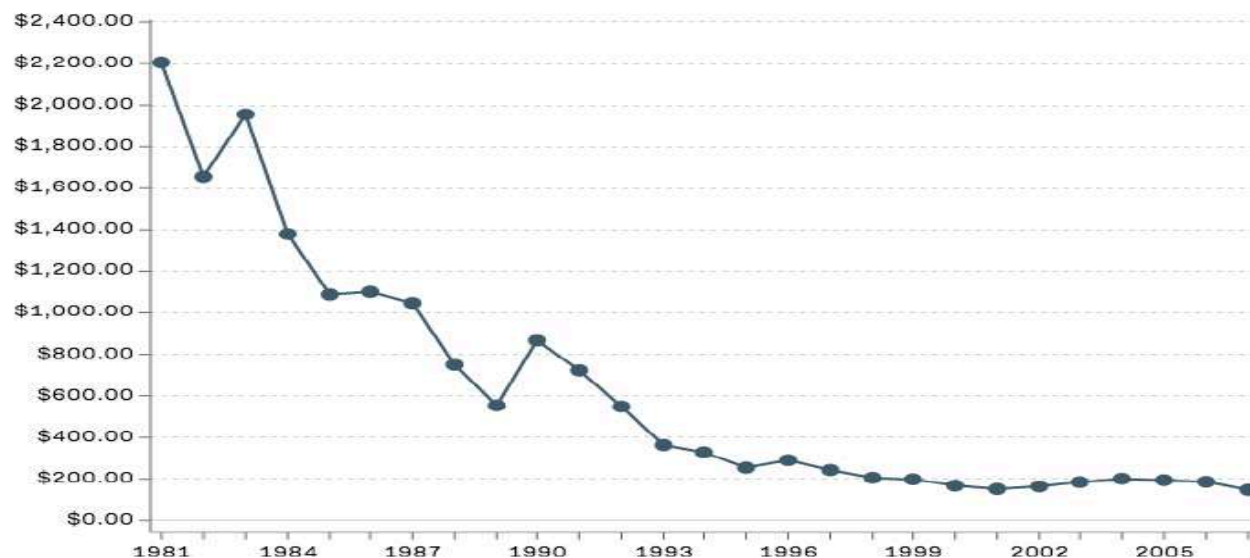
I numeri sono chiari. Secondo uno studio della Substance Abuse and Mental Health Services Administration, tra il 2007 e il 2012 gli americani da 12 anni in su che consumano eroina sono aumentati da 373.000 a 669.000, ossia circa il doppio. Da notare l'età di partenza, 12 anni, perché l'epidemia sta esplodendo fra i giovani. Nel 2010 ci sono state 3.094 morti per overdose, quasi dieci al giorno, che secondo i Centers for Disease Control and Prevention sono un incremento del 55% rispetto al 2000.

L'epidemia colpisce soprattutto le piccole comunità. A gennaio Peter Shumlin, governatore del Vermont, ha dedicato tutti i 34 minuti del suo discorso annuale all'emergenza eroina: «Ci minaccia in ogni angolo della nostra regione». Il motivo? Dal 2000 ad oggi la tossicodipendenza in questa idilliaca zona di montagna è aumentata del 770%, con un traffico di oppiacei stimato in 2 milioni alla settimana. Nel Wisconsin molte imprese denunciano che non riescono a occupare tutti i posti di lavoro che avrebbero perché troppi potenziali dipendenti risultano positivi all'eroina.

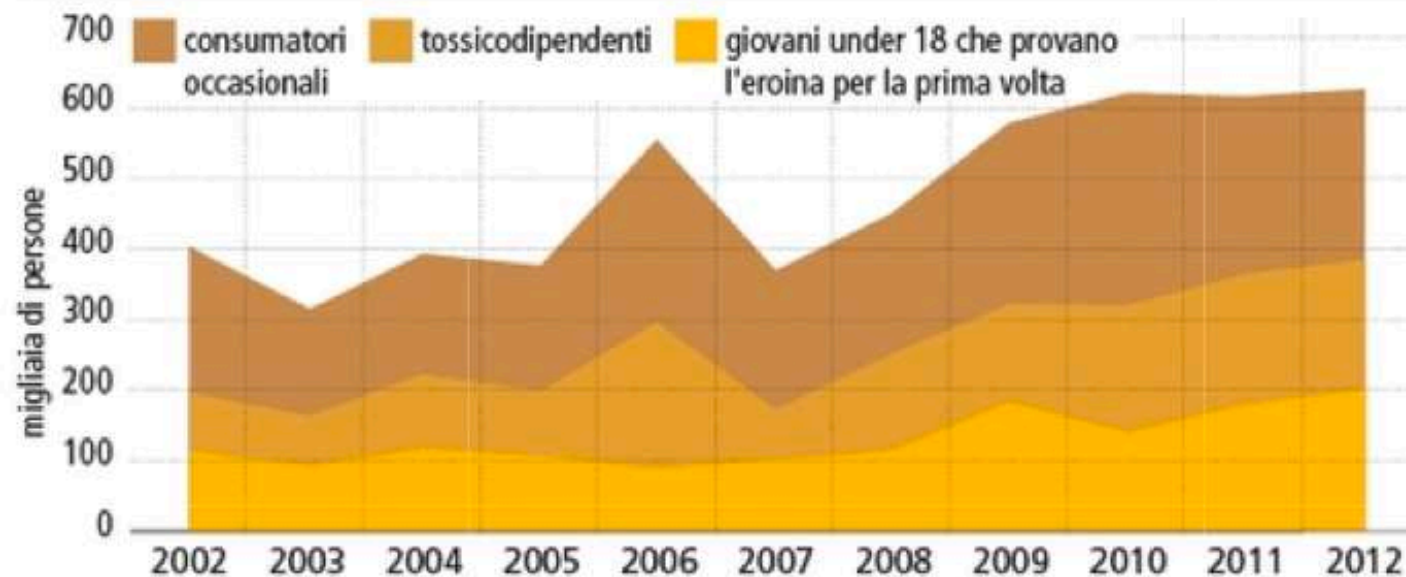
**L'eroina oggi
costa così poco ed
è così facile da
trovare da essere
di nuovo scelta
dal dipendente da
Pain-Killer**

The price of heroin

Median price of heroin per pure gram



Trend in crescita



+50%

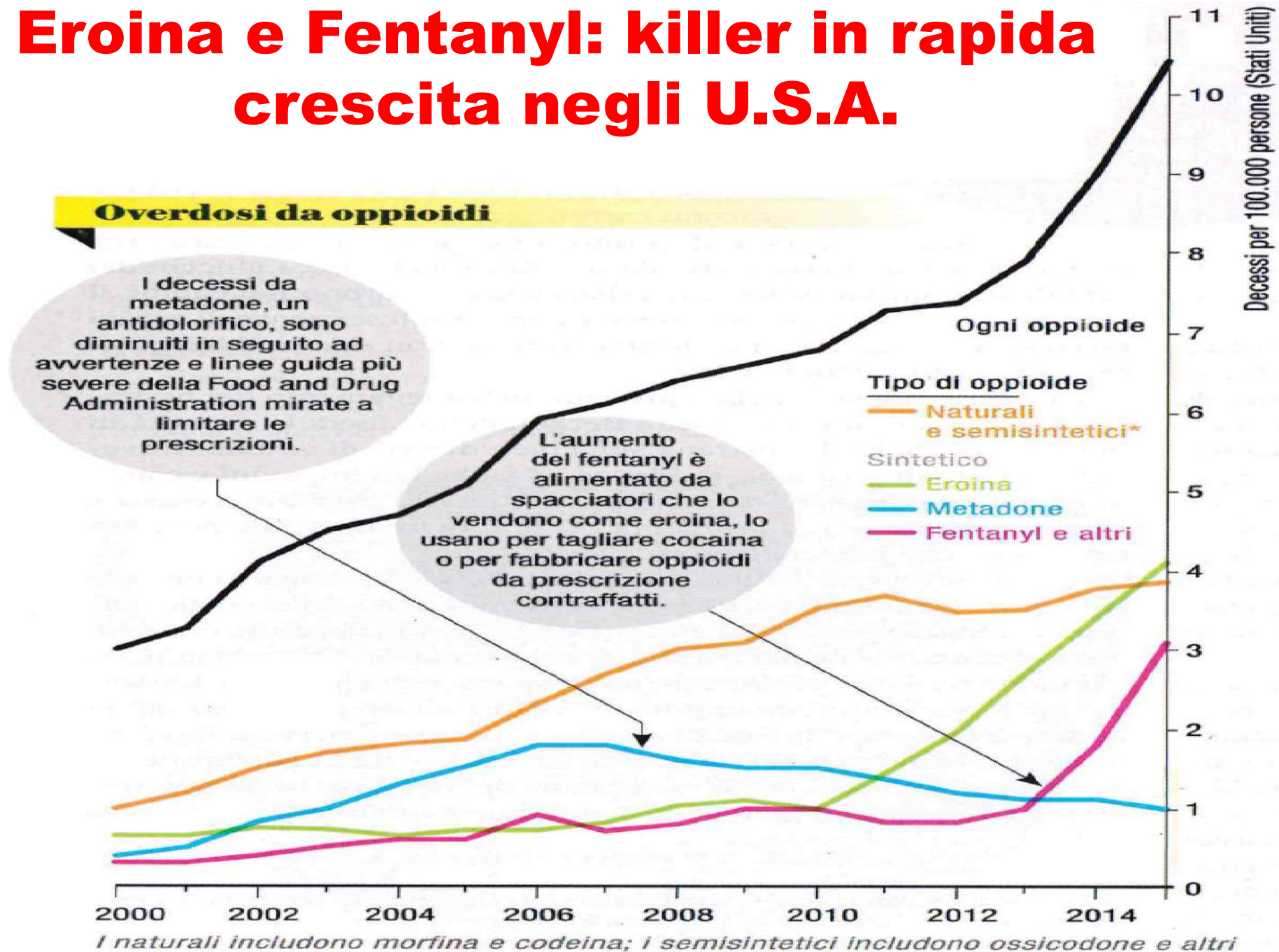
L'aumento dei consumatori di eroina negli ultimi 12 anni



+55%

L'incremento delle morti per overdose rispetto al 2000

Eroina e Fentanyl: killer in rapida crescita negli U.S.A.



Altri oppioidi naturali

Kratom

Deriva dalle foglie di *Mitragyna Speciosa*,
albero che cresce in Thailandia e in
Malesia.

Comprende oltre 25 alcaloidi, di cui il
principale è la **mitragina**, con effetti simili
agli oppioidi (sia benefici che dannosi).

In uso nella medicina tradizionale di quei
paesi come antalgico e per ridurre ansia e
depressione



Sul WEB viene suggerito come alternativa “naturale” al metadone (e alle terapie antalgiche “ufficiali”)

Nel tempo però anche il Kratom può dare dipendenza fisica e sindrome astinenziale. Non pare però comportare rischio di overdose

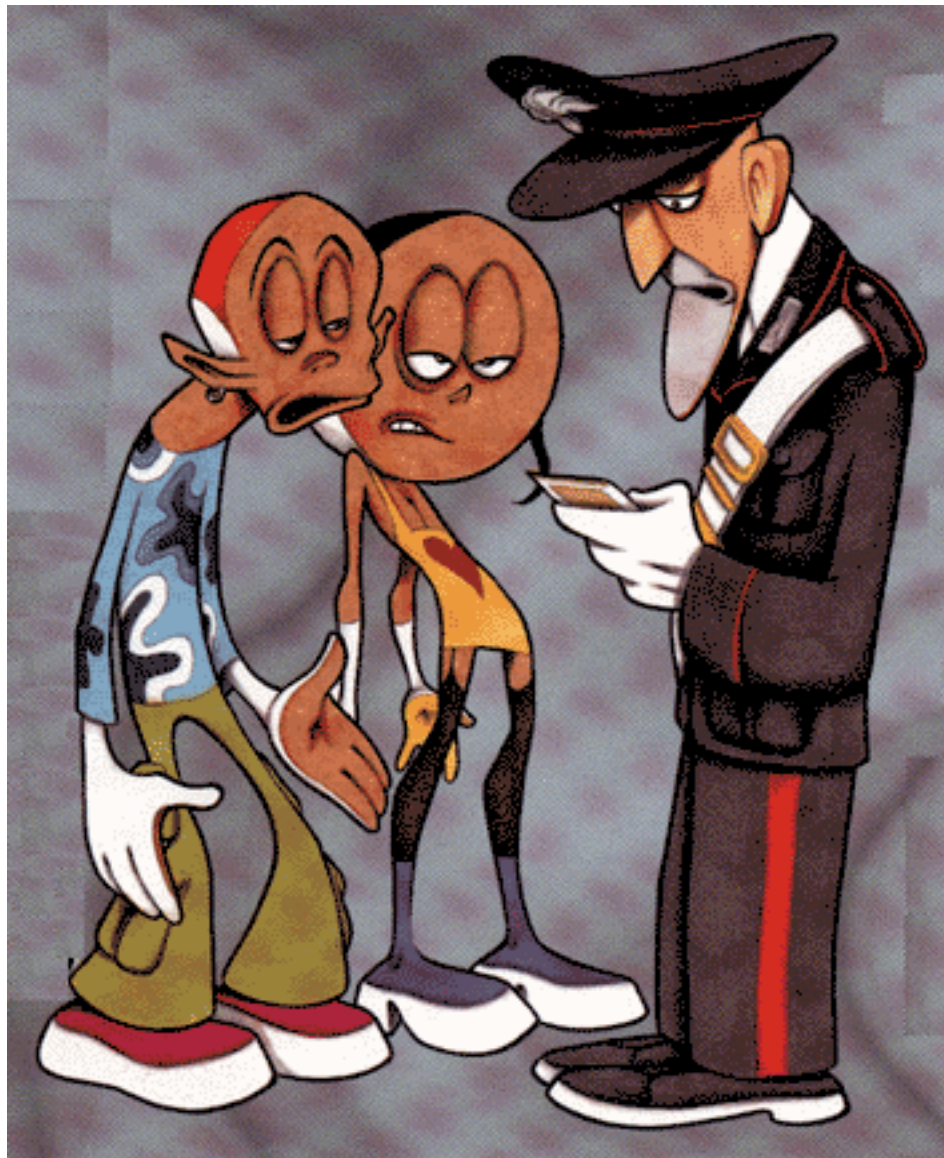
Si assume per OS. Emivita di circa un giorno

Un tempo legale, ora in Italia è inserito nella tabella 1 degli stupefacenti.

Negli USA è ancora legale (forse per contenere il dilagare di oppioidi ben più pericolosi)



Pericoli principali (ben noti):



- Incorrere in pesanti condanne penali

- Rapida induzione di dipendenza fisica
- Elevato rischio di morte accidentale per “overdose”
- Danni legati alle sostanze da taglio (sia perché velenose, sia perché infette)
- Malattie infettive conseguenti allo scambio di siringa (o anche all’uso dello stesso cucchiaino o dello stesso filtro, nonché a rapporti non protetti con altre persone a rischio): HCV (ne soffre l’80% dei tossicodipendenti), HBV, HIV
- Malattie infettive conseguenti all’uso EV: setticemia, endocarditi, tromboflebiti, ascessi, ecc.

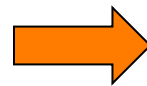
9ue hay en
un **f**iltro
una
cucharia
& una **g**ota
de sangre?
3 riesgos graves

Overdose da oppiacei



Escludendo i rischi infettivi, è il principale rischio sanitario dell'uso di eroina (e di altri oppiacei), che in Italia ogni anno causa centinaia di decessi. Contrariamente a diffuse convinzioni, non è legata alle sostanze da taglio, ma semmai alla loro assenza (più l'eroina è pura, più elevato è il rischio)

Rischio molto più elevato nelle persone “non tolleranti”, ovvero nuovi assuntori e soggetti disintossicati: alto rischio di decessi dopo l'uscita dal carcere, dalle Comunità, da cliniche di disassuefazione (uno dei motivi di abbandono del metodo di disassuefazione rapida “UROD”)



Persone ad alto rischio NON vanno disintossicate ma trattate con metadone.

Philip Seymou Hoffman (1967-2014). Da un anno aveva ripreso a usare eroina dopo 23 anni di astinenza. Ricoverato in un centro di disintossicazione, dimesso, muore 3 gg dopo (trovato con la siringa ancora nel braccio)

Overdose da oppiacei: ruolo del GABA

NORMAL:



**UNDER THE INFLUENCE OF
HEROIN AND ALCOHOL:**



La morte avviene per anossia da depressione respiratoria.

Il respiro è legato ad un'equilibrio fra GABA (inibitore) e Glutammato (eccitatore), che nell'overdose si sposta verso l'inibizione da GABA.

Rischio più alto se l'eroina viene usata assieme ad alcol o ad altri sedativi che deprimono la respirazione

Overdose da oppiacei



Che fare? Se c'è sospetto di overdose somministrare subito 1-2 fiale di Narcan EV o IM. In genere il recupero è immediato (se non c'è valutare altre cause del coma). Il soggetto va comunque portato al pronto soccorso, perché il Narcan ha effetto breve e dopo poche ore la persona può tornare in coma. Utile distribuire Narcan ai conviventi, con le istruzioni per l'uso. In assenza del naloxone, in attesa del 118 valgono le abituali tecniche di gestione del coma (respirazione assistita, scaldare il paziente, posizione di sicurezza, ecc).

Note: 1) La perdita di coscienza è immediata, ma il decesso avviene dopo 1-3 ore (finestra di intervento utile)

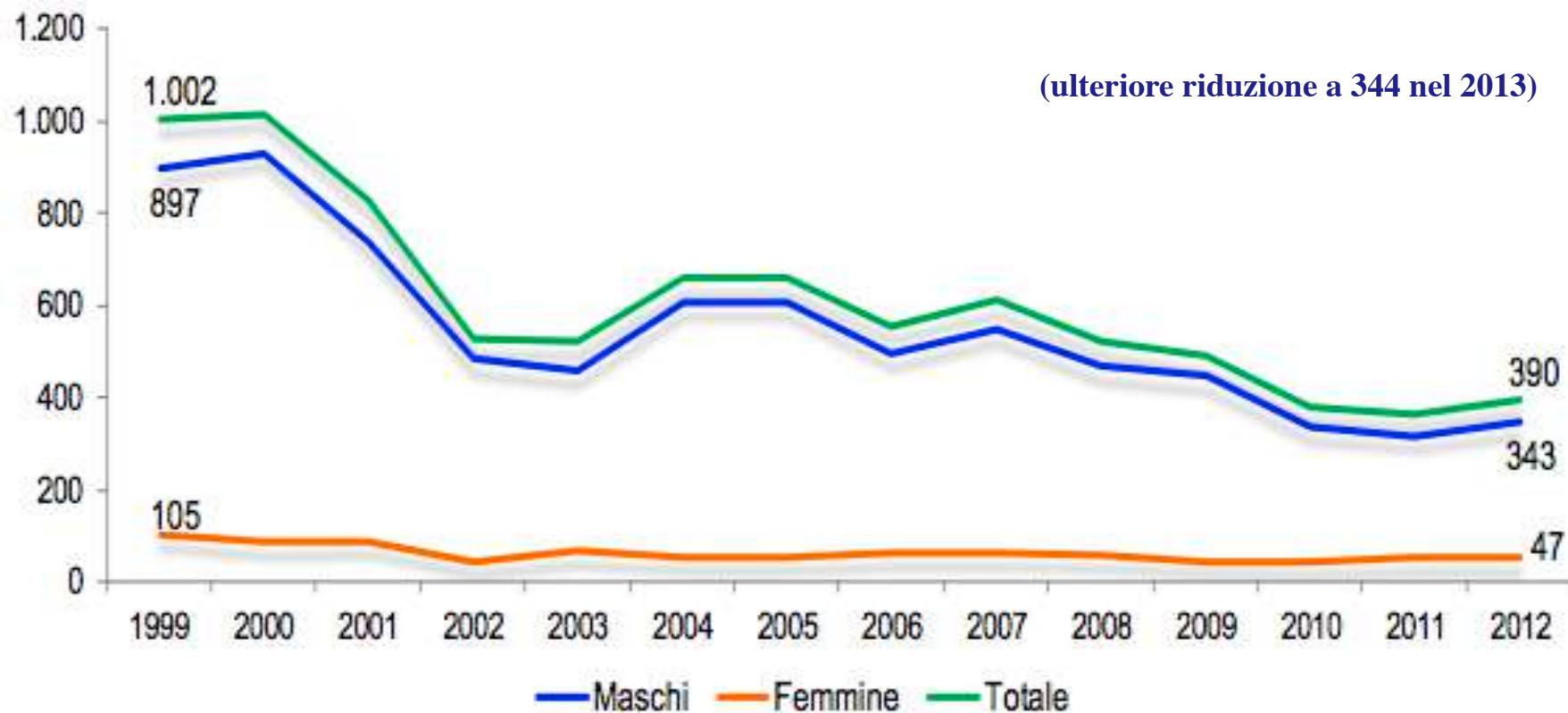
2) Il “risvegliato” spesso si arrabbia perché non ha memoria dell'overdose, sta male per l'astinenza e non sa perché.

Di recente produzione una formulazione a spruzzo endonasale, che può essere facilmente utilizzata da amici, familiari, forze dell'ordine, ecc



Il rischio di overdose si è comunque molto ridotto, grazie sia all'utilizzo diffuso del metadone (*resta alto nei paesi dove non si usa*), sia alla minor frequenza di uso endovenoso

Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012

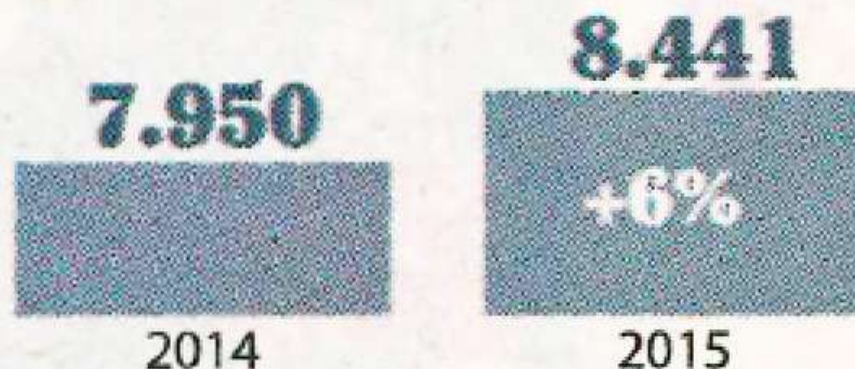


Lo stesso, e in parte per gli stessi motivi (soprattutto per la disponibilità di metadone), è accaduto con l'HIV (nel 1985 a Milano più della metà degli eroinomani testati risultava positiva all'HIV). Vi è però negli ultimi anni un calo dell'attenzione al rischio.

L'HIV è invece in forte aumento nei paese dell'est e, dall'inizio della crisi, in Grecia

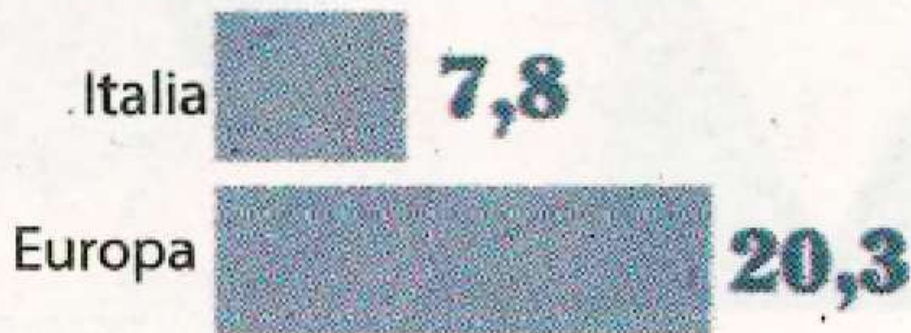
Morti per overdose in Europa

per eroina e altri oppioidi



In Italia il numero cala

(morti per milione di abitanti)



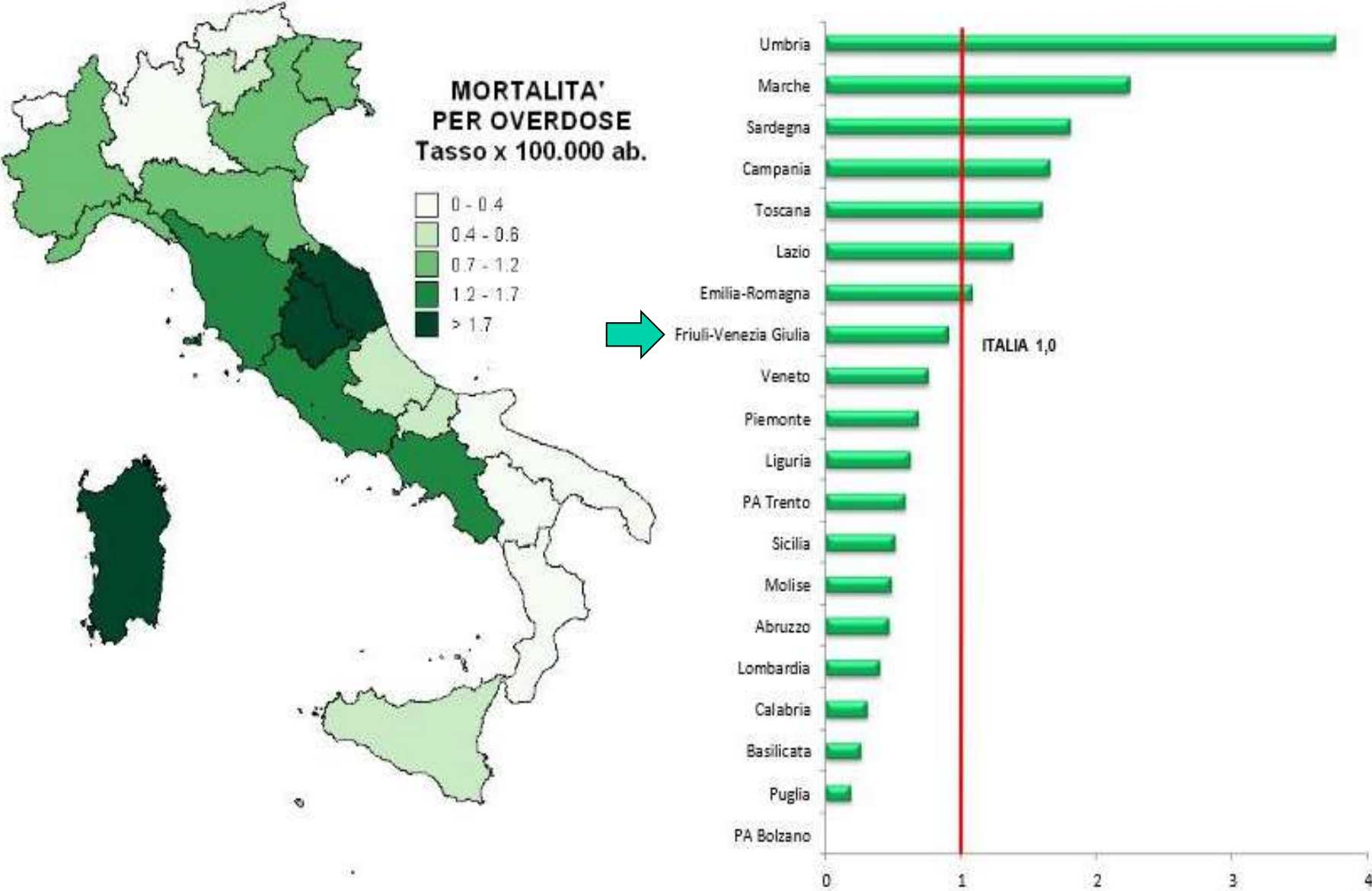
Osservatorio europeo droghe (Emcdda) 2015

Il numero di decessi per overdose da oppioidi (Eroina, Metadone, Pain Killer...) in Europa è da anni in aumento

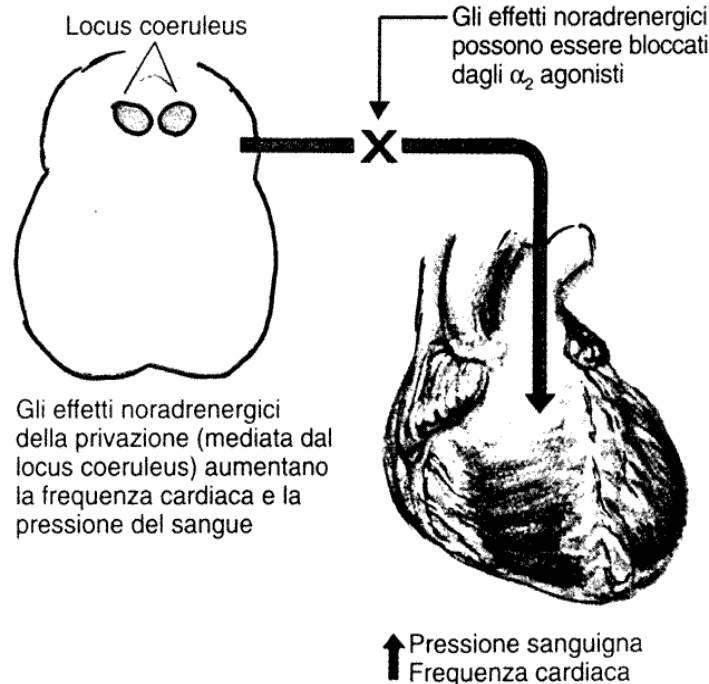
In Italia invece la riduzione prosegue (magari un pochino merito dei SerT, che sono una “specificità” italiana?)

Può giocare anche l'ancor limitata prescrizione in Italia di oppiacei per il dolore

Figura I.4.83: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Privazione di oppioidi - segni e sintomi



Oppioidi

Effetti della privazione (sintomi astinenziali)

Controllabili con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) o con farmaci “sintomatici”:

Sintomatici:

Clonidina
(per i sintomi vegetativi)

Benzodiazepine
(per ansia e contratture muscolari)

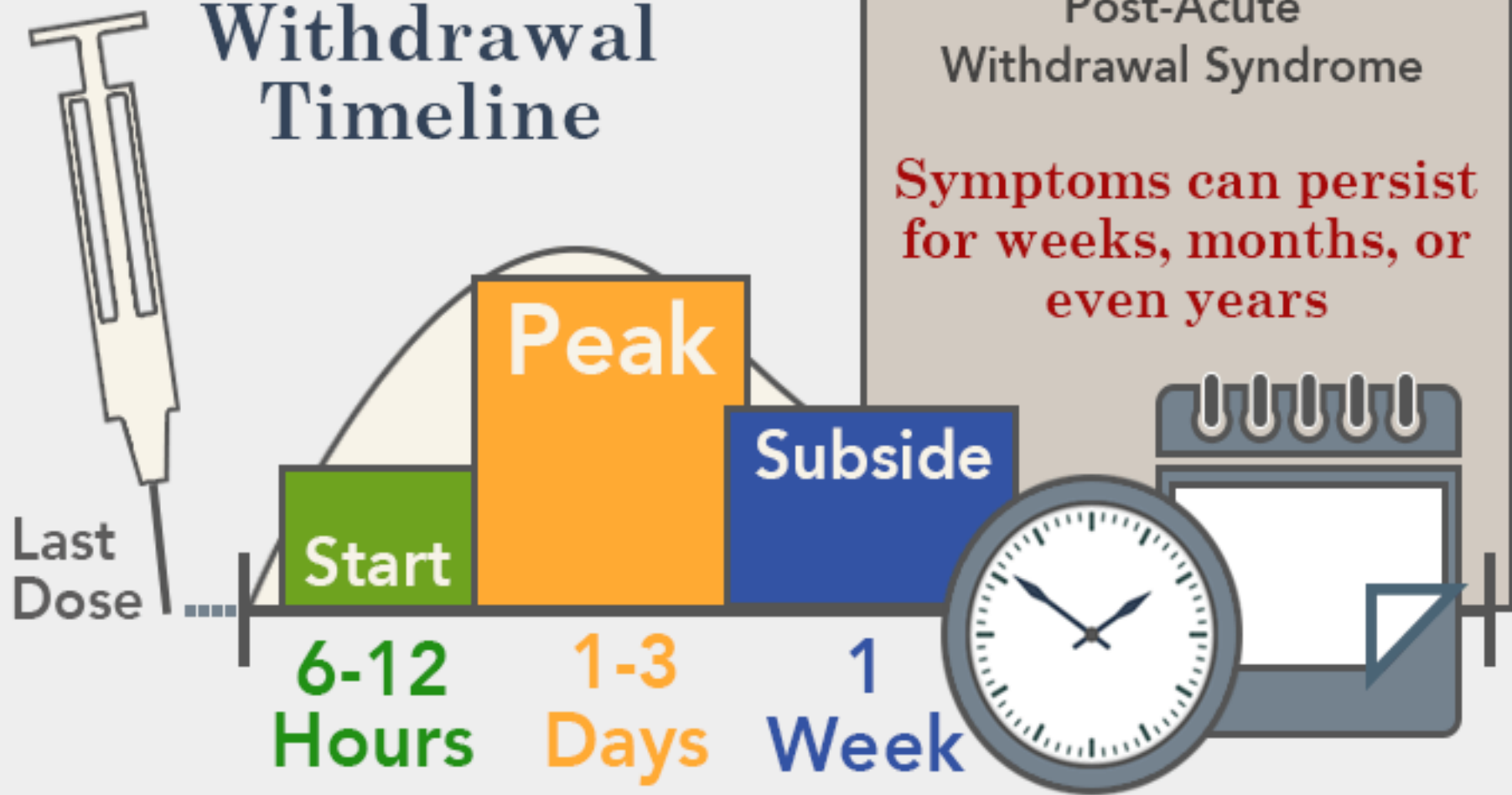
Antidolorifici
(per i dolori muscolari)

Miorilassanti
(Baclofen, ecc.)

Decorso sindrome astinenziale da eroina

Fase	Insorgenza	Durata	Sintomi
1	8-12 ore	16-24 ore	Inizialmente rinorrea, sbadigli, sudorazione, lacrimazione, ansia, irritabilità. Poi brividi, tremori, sudori freddi, orripilazione, dolori diffusi
2	24-30 ore	24-36 ore	Precedenti, più: vomito, diarrea, ipotensione, insonnia, iperalgesia
3	48-60 ore	24-36 ore	Precedenti, più: febbre alta, dolori ossei e muscolari diffusi, crampi, contrazioni e scosse muscolari
4	72-96 ore	24-48 ore	Riduzione intensità sintomi fisici, permangono ansia, irrequietezza, irritabilità, insonnia. Inizio calo tolleranza
5	5-6 gg	4-5 gg	Come sopra, ma i sintomi fisici si riducono ad un quadro simil-influenzale
6	65-10 gg	60-90 gg	Ansia, irrequietezza, scarsa tolleranza all'attesa e allo stress, disturbi del sonno. Fase ad alto rischi di ricaduta. La tolleranza è quasi scomparsa: alto rischio di overdose

Heroin Withdrawal Timeline



Insorgenza ritardata e prime fasi più prolungate con metadone e, ancor più, con buprenorfina

Conseguenze non sanitarie



Anestesia affettiva

Nell'uso di oppiacei il “relief craving” (ricerca di sollievo) prevale sul “reward craving” (ricerca di gratificazione).

Anestetizzando le emozioni negative, l'oppio libera la persona dal peso dell'angoscia e le permette di stare meglio.

L'anestesia non è però selettiva, anche le altre emozioni intense (amore, amicizia, aspirazioni) si spengono.

Le relazioni familiari si affievoliscono, divenendo spesso utilitaristiche (famiglia come fonte per acquistare nuova droga). Le relazioni amorose frequentemente si interrompono, o si trasformano con la condivisione della sostanza (“amori tossici”), o si formano nuovi legami (centrati sulla sostanza condivisa, e/o sulla co-dipendenza)

Conseguenze non sanitarie



Sfera economica, lavorativa e legale

La riduzione dei prezzi, e la possibilità di reperire metadone sul “mercato grigio” hanno ridimensionato le ricadute economiche, lavorative e legali prima caratteristiche della tossicodipendenza da oppiacei.

Molti tossicodipendenti riescono a mantenere a lungo la loro dipendenza con il loro stipendio, trovando un precario ma possibile equilibrio

Le immagini del tossicodipendente che si prostituisce, chiede l’elemosina, commette furti e scippi per comprarsi “la dose” sono ancora presenti, ma meno frequenti

Conseguenze non sanitarie: lo “sbattimento”



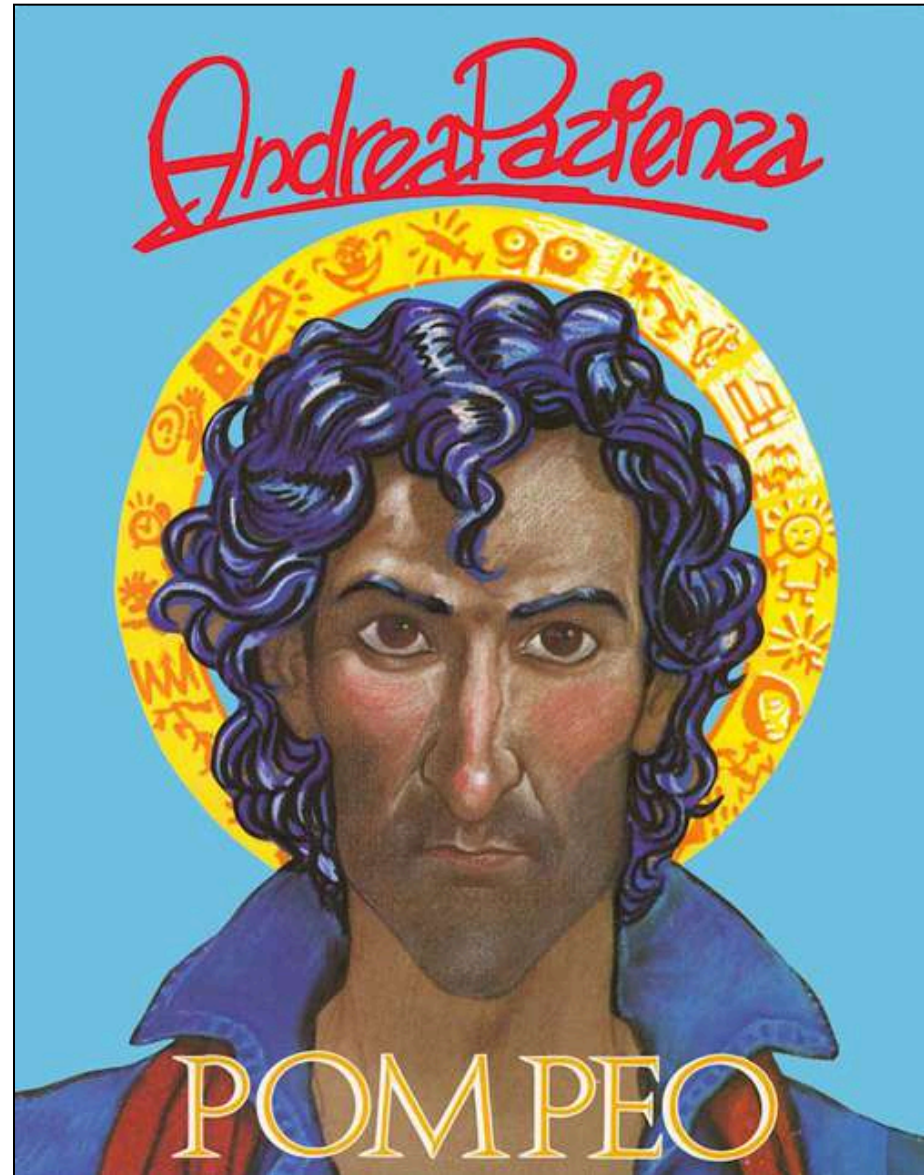
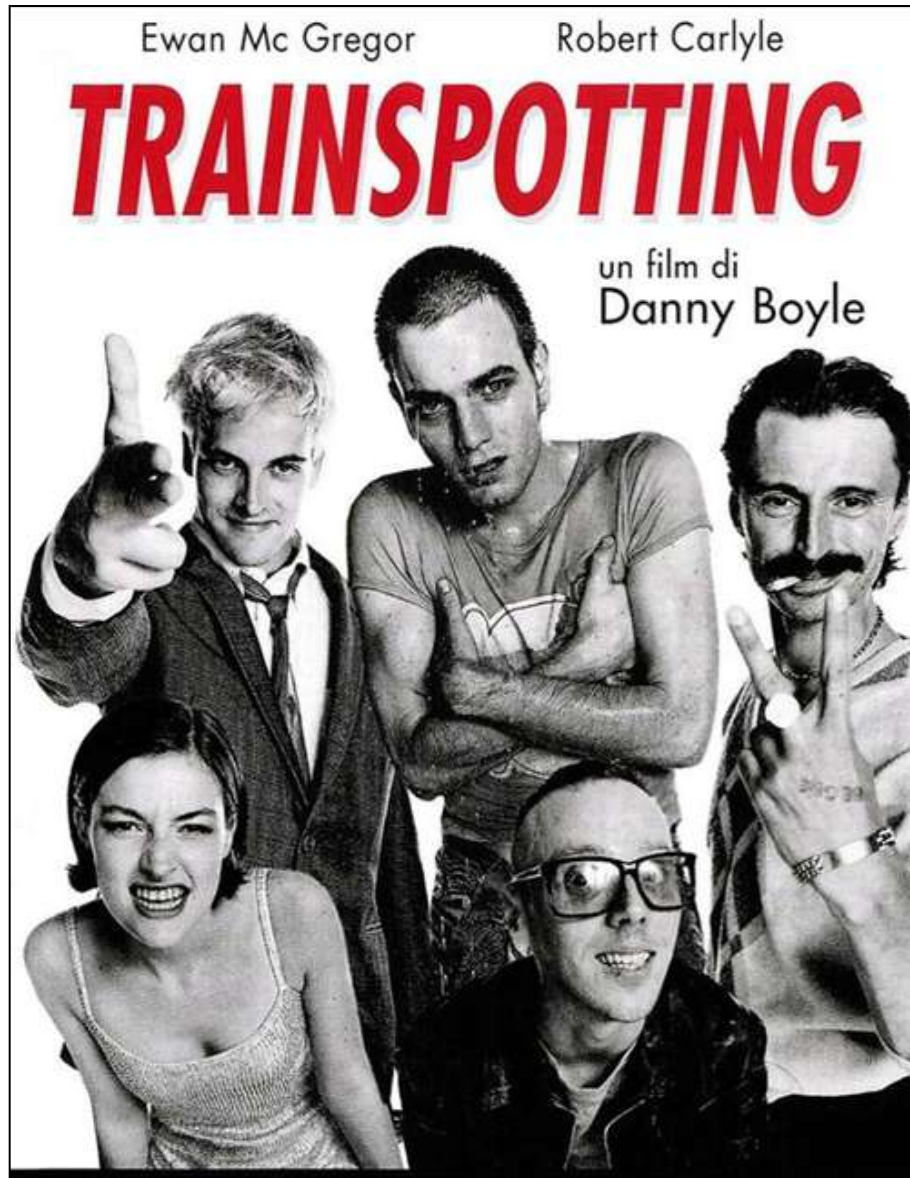
Il tossicodipendente da eroina “attivo” passa l’intera giornata, fra una “dose” e l’altra, a cercare di procurarsi la dose successiva, a trovare i soldi necessari, a evitare la polizia, ecc.

Non c’è spazio per costruire una vita normale, per riflettere, per vivere gli affetti, tutto si avvita intorno al ciclo astinenza-ricerca-benessere.

Il metadone permette di riprendere in mano la propria vita perché interrompe da subito la spirale dello “sbattimento”.

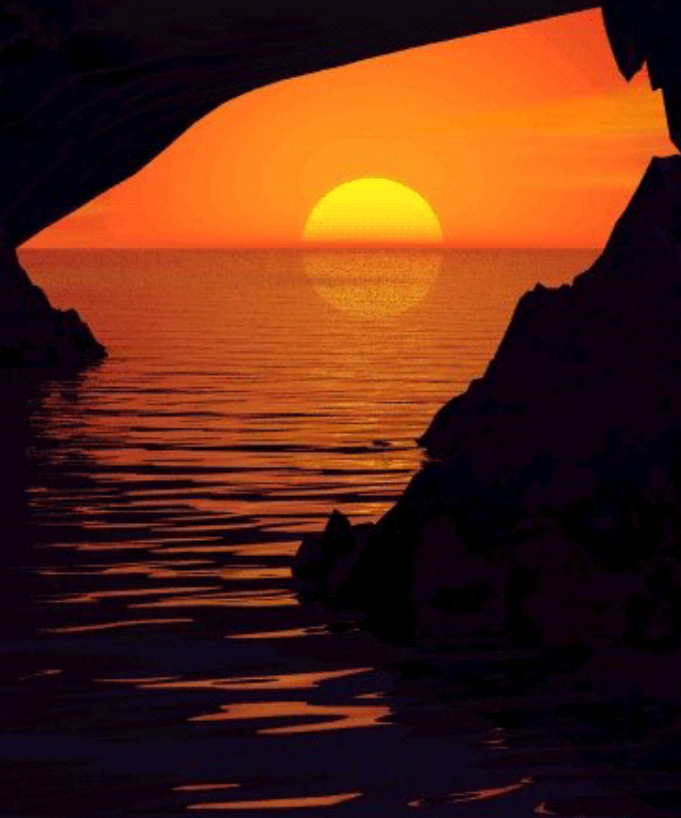
In alcuni soggetti compare peraltro una sorta di “astinenza da sbattimento”

Miglior film e miglior fumetto sullo “sbattimento” (e in generale sulla tossicodipendenza da eroina)



Uscire dal tunnel?

Possibilità,
obiettivi,
strategie
e limiti
degli
interventi
terapeutici



Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Farmacologici sostitutivi

a) Agonisti puri (Metadone)

**Sostituiscono in toto l'azione dell'eroina,
con alcuni importanti vantaggi (oltre alla
legalità e gratuità):**

Uso per os e non per EV

Durata d'azione prolungata (18-36 ore)

Tossicità praticamente assente

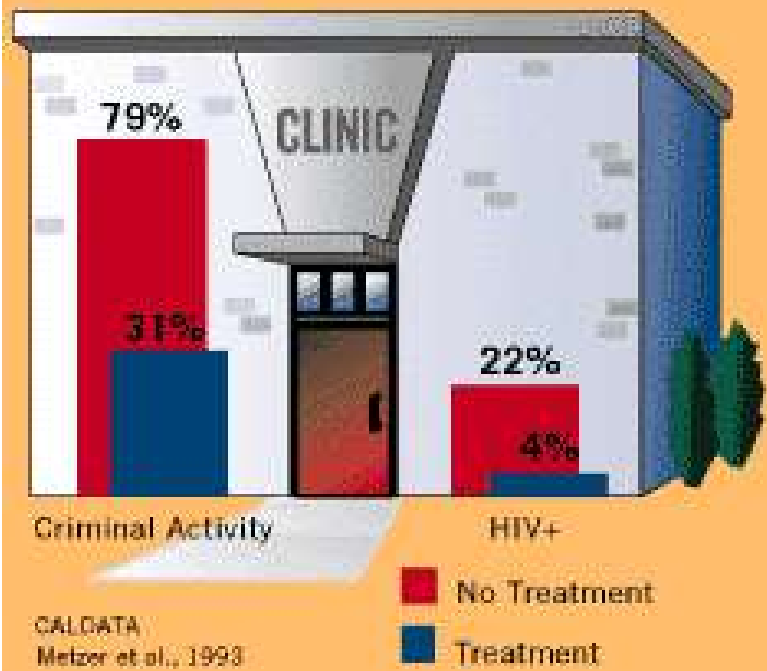
**Riduzione del craving verso gli oppiacei, fino ad annullarlo ad alti dosaggi, con
cessazione o marcata riduzione dell'uso di eroina e dei comportamenti a rischio.**

Riduzione dell'eventuale sintomatologia psichiatrica concomitante

**NB: Alto rischio di overdose in assenza di tolleranza (es giovani "sperimentatori"),
soprattutto se assunto assieme all'alcol. Possibile uso suicidiario!**



METHADONE TREATMENT REDUCES CRIME AND HIV



Il metadone è un farmaco di estrema efficacia (paragonabile all'insulina nel diabete), quasi privo di effetti collaterali se usato correttamente, maneggevole e di basso costo.

Culturalmente e politicamente è però spesso osteggiato per una malintesa equiparazione “metadone = droga” (mentre, se non usato EV, non ne ha le caratteristiche, non comportando un'addiction primaria).

L'efficacia è legata alle modalità d'uso (dosaggi troppo “risicati” sono inutili, così come trattamenti brevi), e all'inserimento in un programma terapeutico.

Se usato correttamente, nella quasi totalità dei casi permette una positiva normalizzazione e una protezione verso i rischi sanitari e legali della tossicomania

Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Farmacologici sostitutivi



b) Agonisti-antagonisti (Buprenorfina)

E' il “vecchio” Temgesic, che a dosaggi molto più elevati viene da alcuni anni utilizzato anche nel trattamento della dipendenza da Eroina.

Uso sublinguale

Ha vantaggi e svantaggi rispetto al Metadone

Vantaggi: L'effetto antagonista blocca l'effetto dell'eroina, prevenendone quindi l'uso. Più “attivante”. Meno stigmatizzato. Bassissimo rischio di overdose. Può essere assunto in doppia o tripla dose per coprire più giorni.

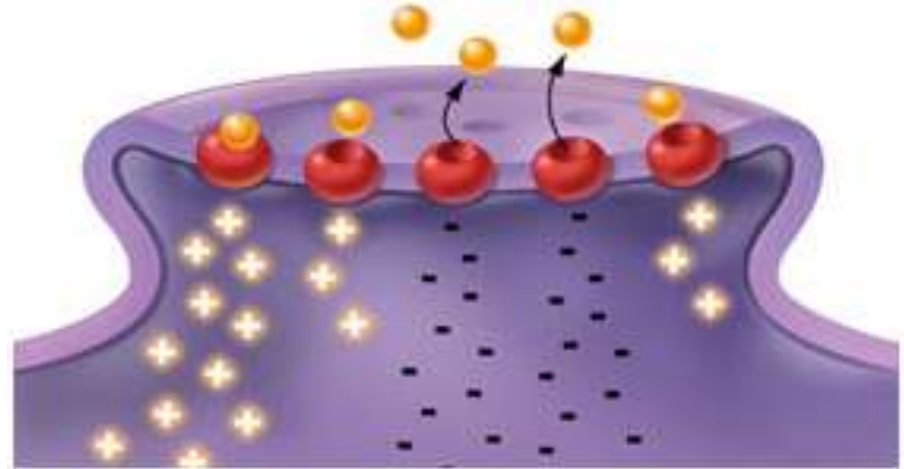
Svantaggi: Meno adatto nelle situazioni dove serve un forte controllo dell'angoscia. Possibile effetto amfetamino-simile con quadri disforici e calo ponderale. Probabile maggior rischio di diversione (uso per EV)



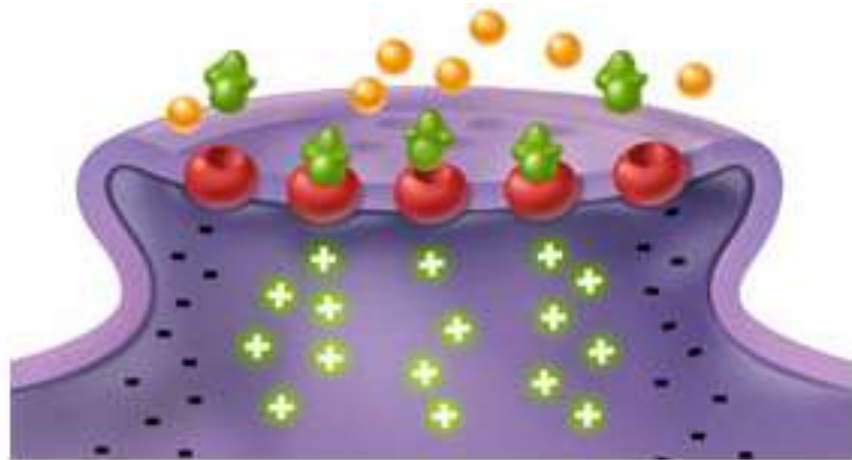
Effetto dell'agonista-antagonista



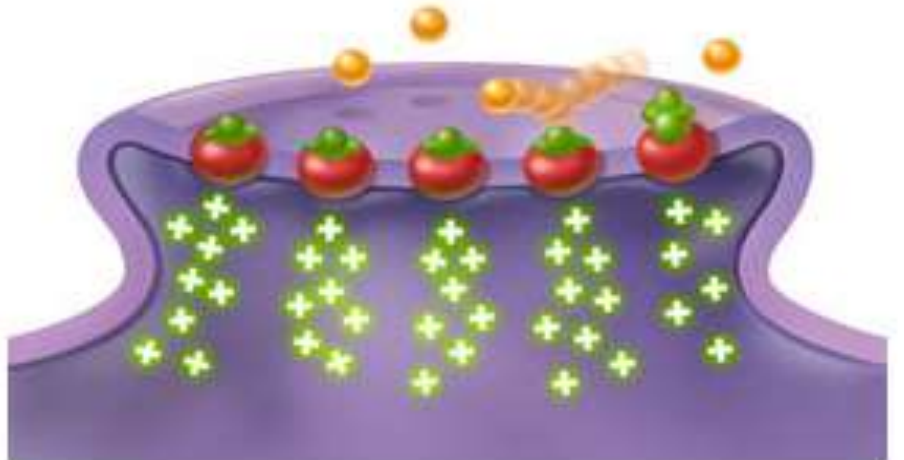
1) Legame (debole) eroina-recettori. Molta dopamina (intenso piacere - addiction)



**2) Poca eroina, molti recettori vuoti
Poca dopamina (inizio malessere)**

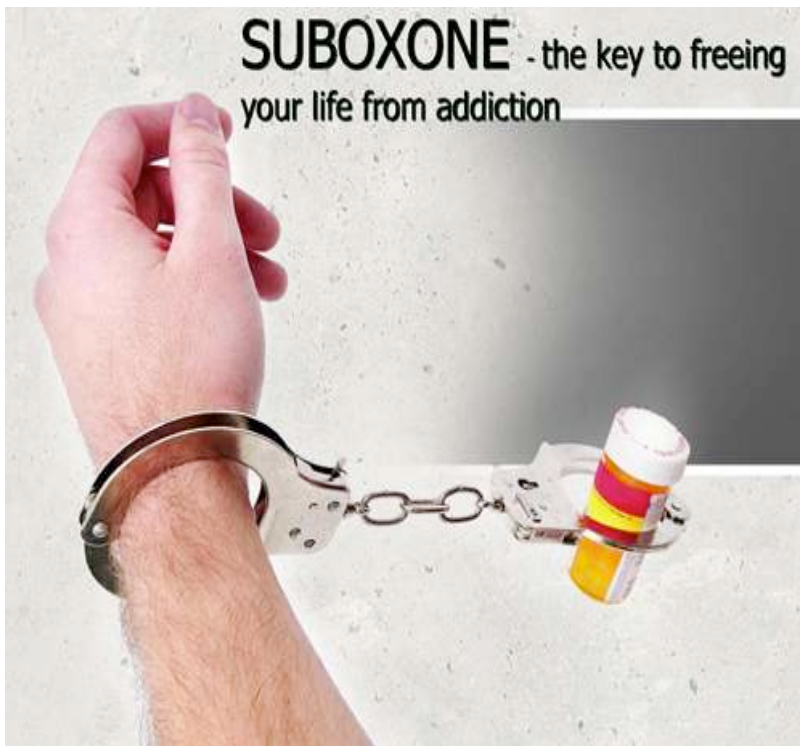


**3) Buprenorfina riempie alcuni recettori
Cessazione sintomi astinenza**



**4) Bup. riempie tutti i recettori. Legame forte
Abbast. dopamina (benessere) + blocco eroina**

Buprenorfina o Suboxone?



La buprenorfina presenta un rischio piuttosto elevato di diversione (uso endovenoso invece che per os), con frequenza 3-4 volte maggiore rispetto al metadone. Infatti essendo liposolubile passa facilmente la barriera ematoencefalica ed ha quindi per via EV un effetto “flash” simile a quello dell’eroina.

Il Suboxone è una formulazione costruita per evitare l’uso EV: contiene infatti Naloxone, che non viene assorbito per os ma che se iniettato crea una sindrome astinenziale che ne scoraggerebbe l’uso

Nel tempo però si è visto che anche il Suboxone viene usato per via EV, sia dai consumatori cronici, sia soprattutto dagli occasionali nei quali non può provocare sindrome astinenziale. Oggi l’efficacia è piuttosto controversa, e visto il maggior costo alcune AAS non l’hanno adottato (es. Emilia Romagna) o sono tornate alla Buprenorfina.

In caso di diversione forse più utile passare a metadone

Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Diversione e “agofilia”



In alcuni soggetti la “passione per il buco” va al di là dell’effetto della sostanza iniettata.

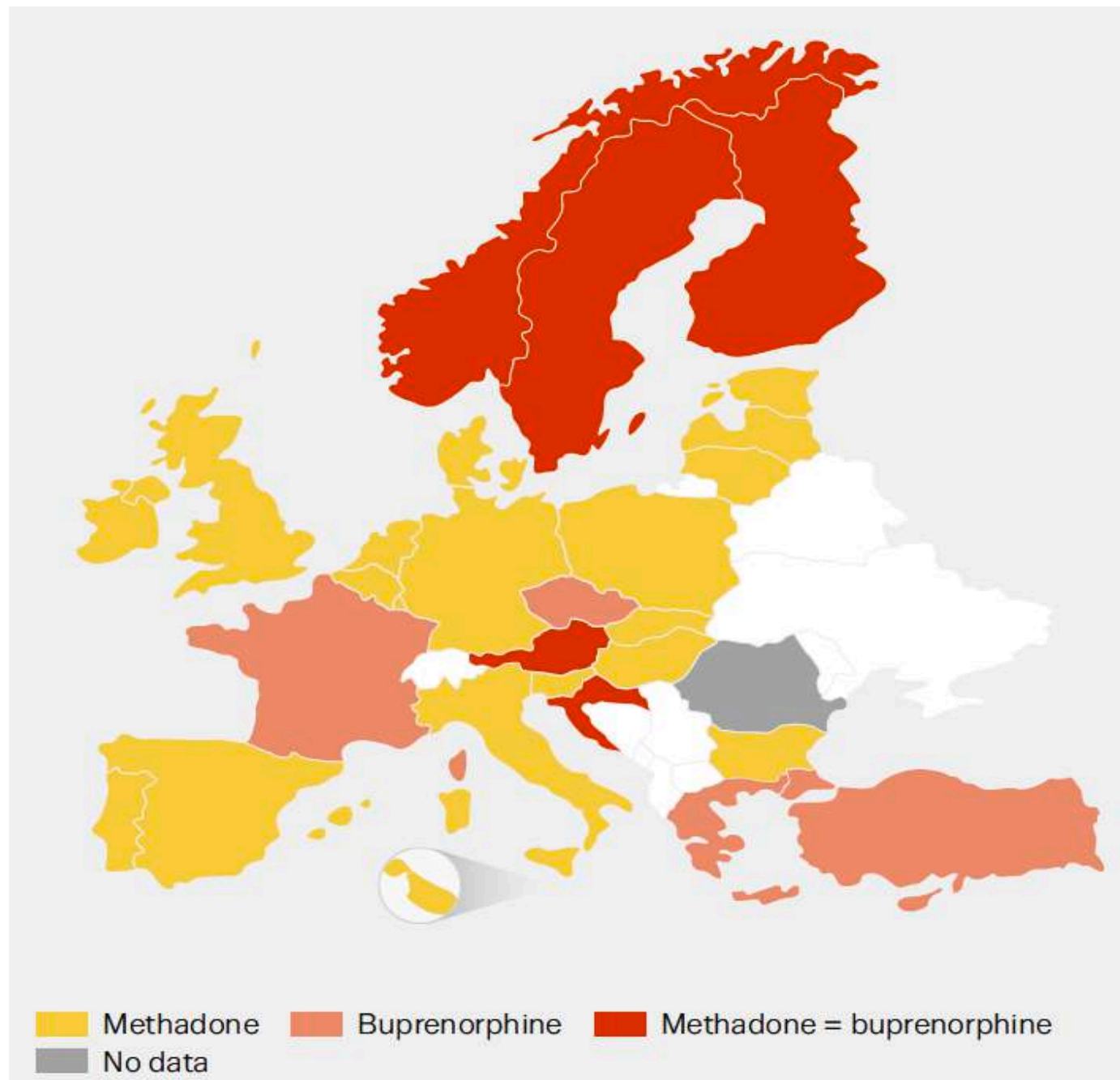
Viene quindi iniettata qualunque formulazione, a prescindere da effetti e rischi

Ad esempio le compresse sublinguali vengono sputate e poi iniettate (altissimo rischio di infezioni anche letali).

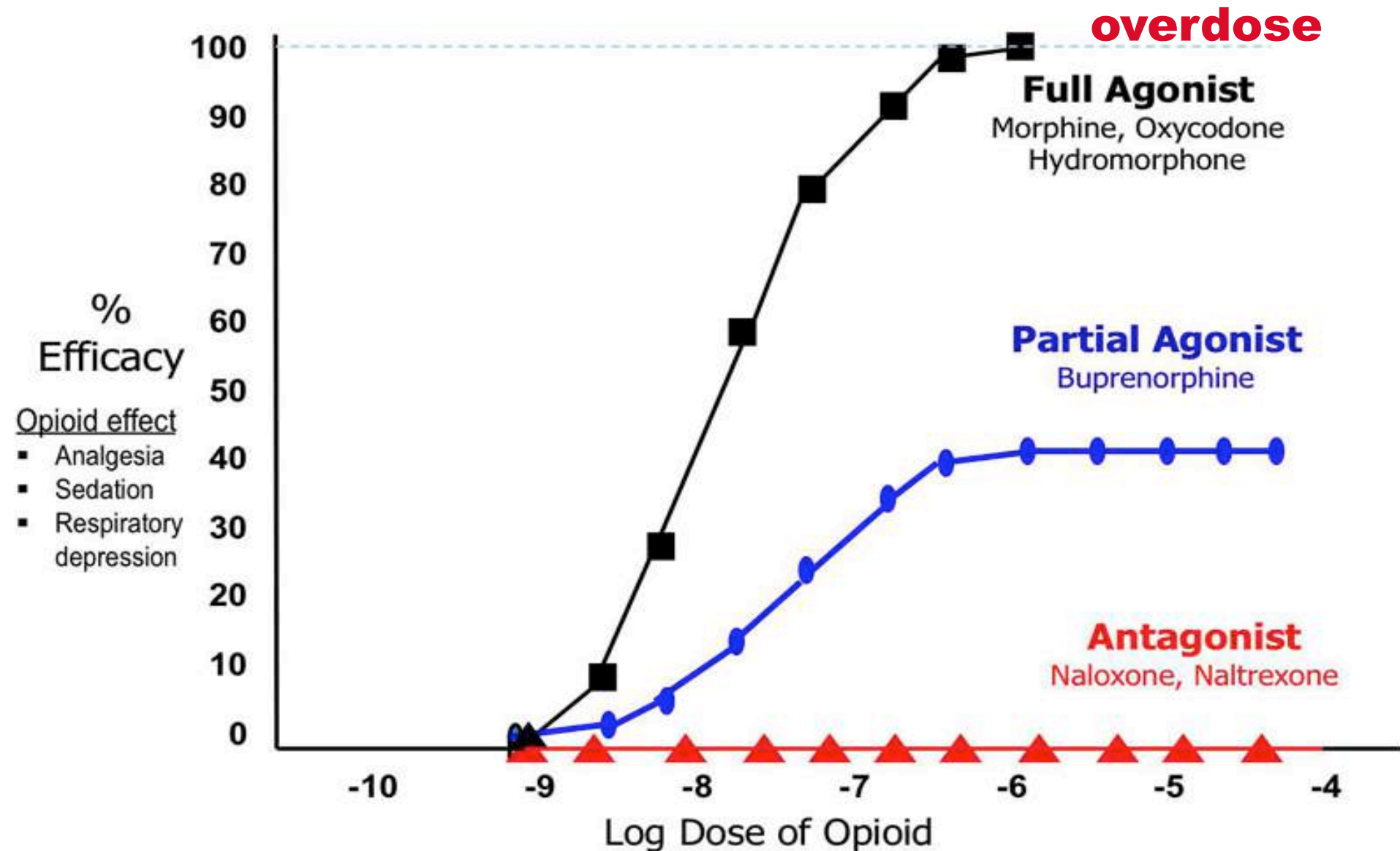
Paradossalmente in alcuni casi dare formulazioni iniettabili sarebbe meno rischioso che cercare di impedire in tutti i modi l’uso EV.

Dal blog di un utente: “I Ser.T. sono al corrente del problema, ma invece di darci fiale di buprenorfina iniettabili insistono a darci sostitutivi in forma “non iniettabile”... Come se ancora non avessero capito che l’agofilo si inietterebbe pure gli spaghetti alla carbonara”

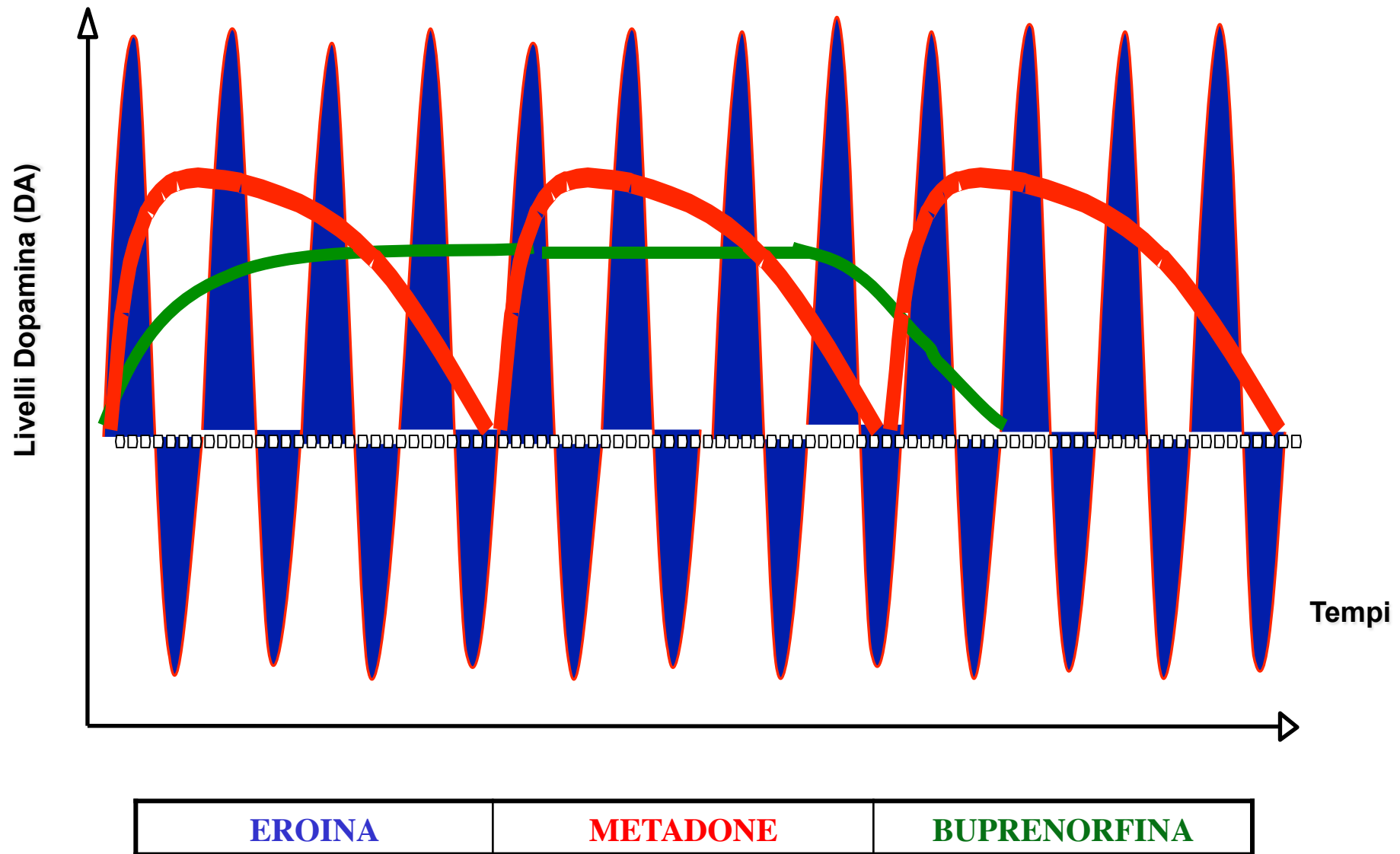
**Sostitutivo
più usato
(per n° di
clienti)
in Europa
nel 2013**



Agonisti parziali e agonisti totali



ATTIVITÀ NEUROBIOLOGICA DEI RECETTORI DEGLI OPPIOIDI



Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Farmacologici sintomatici



Controllano i disturbi astinenziali. Il più usato è la clonidina (Catapresan) che riduce i sintomi neurovegetativi (brividi, sudore, nausea, diarrea, ecc). Utilizzati anche antidolorifici non oppiacei, ansiolitici, sedativi maggiori, antispastici, anti nausea.

Usati ambulatoriamente o nel corso di ricoveri ospedalieri finalizzati alla disassuefazione

Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Farmacologici antagonisti

Usati come trattamento acuto dell'overdose (naloxone: Narcan), 1 o più fiale ev fino a risveglio dal coma, o come trattamento protratto (naltrexone: Antaxone o Nalorex) per prevenire le ricadute nell'uso di oppiacei.

Agiscono attraverso un blocco recettoriale dell'azione dell'Eroina, che quando viene assunta non offre più l'effetto desiderato. Se assunti da soggetti non drug-free inducono marcata sindrome di astinenza (effetto di fatto cercato nel trattamento dell'overdose, ma da evitare nel trattamento preventivo)

All'inizio hanno suscitato grandi speranze, col tempo ridimensionate. Presuppongono infatti una scelta chiara e duratura dell'utente (che di solito è invece ambivalente). Inoltre possono indurre una spiacevole disforia, interferendo con i sistemi endorfinici endogeni, per cui vengono spesso abbandonati. Inoltre possibile overdose se un forte craving porta a forzare il “muro” del naltrexone con dosi massicce di oppioidi. L'uso oggi è assai ridotto.



Come uscire dall'eroina: trattamenti ambulatoriali (SerT)

Trattamenti non farmacologici



Interventi psicologici

**Accompagnamento, sostegno
(all'utente e alla famiglia),
psicoterapia individuale, familiare
o di gruppo**

Interventi sanitari

**Controlli di salute, verifica dell'uso
di sostanze, gestione o prevenzione
di patologie correlate**

Interventi socioassistenziali e/o socioriabilitativi

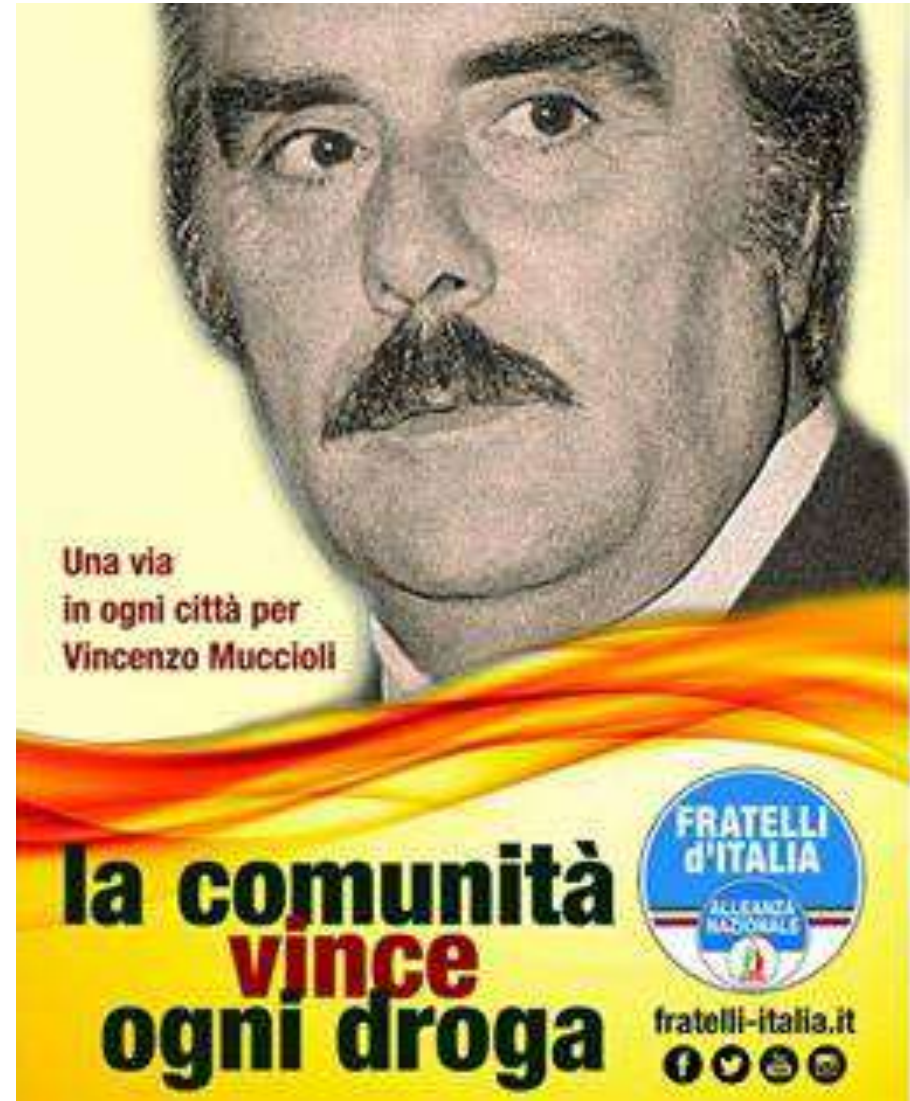
**Aiuto e/o educazione alla gestione delle necessità esistenziali. Supporto alla
genitorialità. Progetti di reinserimento lavorativo o scolastico. Gestione di
eventuali problematiche legali**

Come uscire dall'eroina: i trattamenti residenziali

Sono quelli più “quotati” nell’opinione pubblica (ideologicamente contrapposti ai servizi pubblici che “cronicizzano invece che curare”).

Con gli anni però si è visto che raramente i risultati sono definitivi e che la stragrande maggioranza dei “dimessi” ricade poi nell’uso di eroina e ritorna ai SerT.

Questo dato, con cui oggi concorda anche la maggioranza degli operatori di comunità, ha cambiato la tipologia dei trattamenti, che ora di solito comprendono anche l’uso di metadone (un tempo impensabile) e che possono offrire percorsi brevi non di “guarigione” ma di “recupero e compenso” all’interno di un trattamento integrato che dura molti anni e che può prevedere interventi sia ambulatoriali che residenziali sulla base dei bisogni via via emergenti (SerT e CT oggi sono complementari)



Come uscire dall'eroina: Trattamenti “poco scientifici”

**Don Pierino Gelmini
Alessandro Meluzzi**

Cristoterapia

dialogo di vita
fonte di speranza

Edizioni OCD

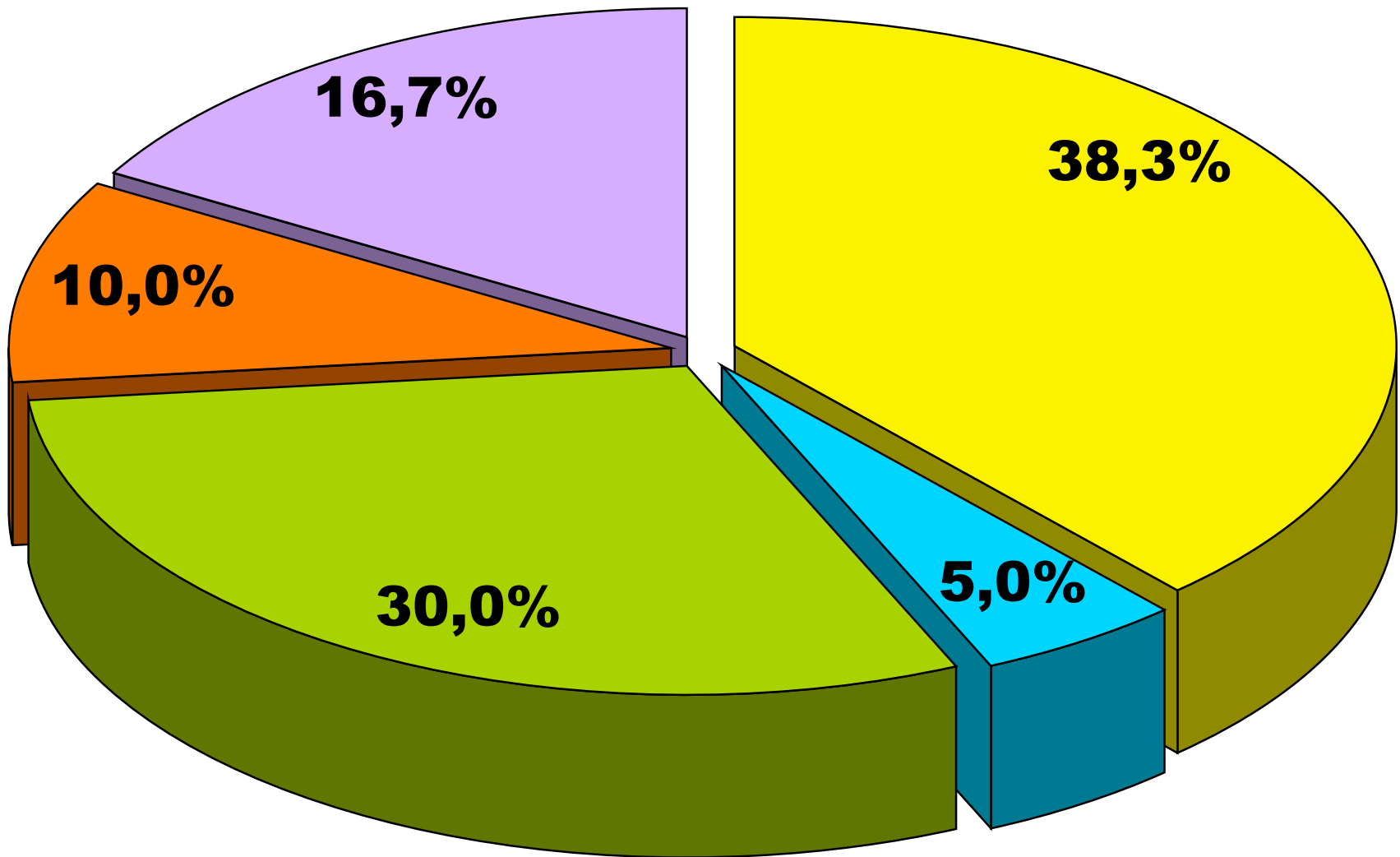


Liberati dalle droghe.
Per davvero.



Gli esiti dei trattamenti

Trattamenti sostitutivi 1996 (n=60): esito a 10 anni



■ in trattamento (23) ■ virato a alcol (3) ■ tratt. concluso (18) ■ trasferito (6) ■ deceduto (10)

Le politossico-dipendenze

Il tossicodipendente “classico”, ovvero il consumatore regolare di oppiacei (nella mente dei cittadini e dei legislatori unico archetipo di riferimento), è in netto calo fra i frequentatori dei SerT ed ancor più fra il totale dei consumatori.

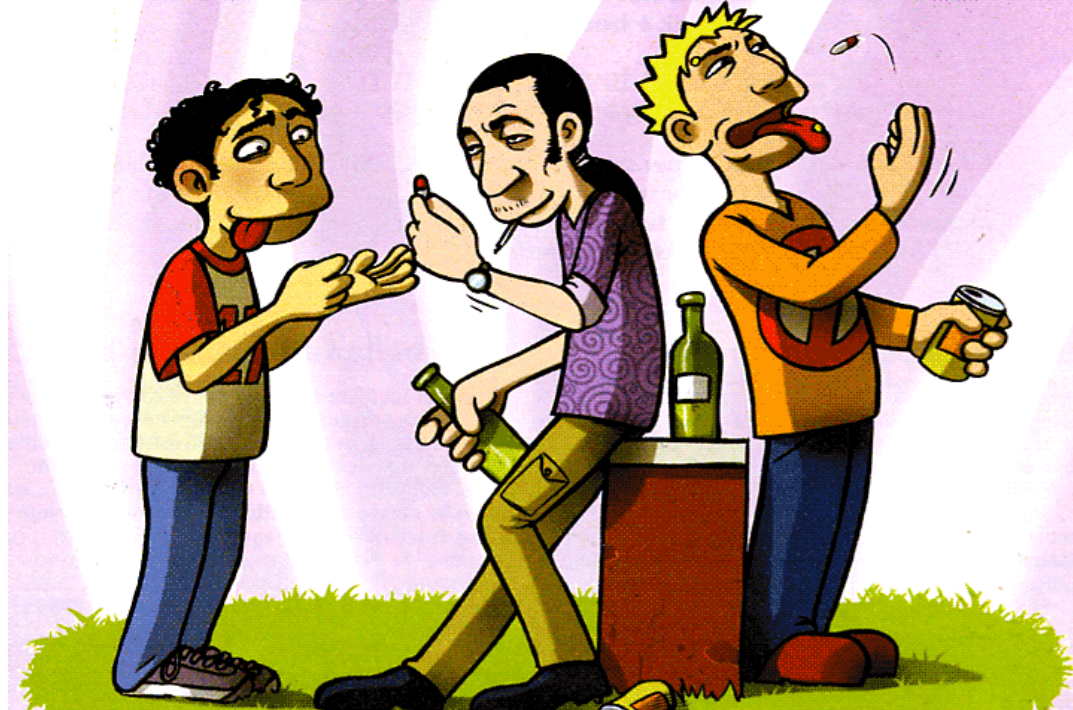
Rispetto al passato sono invece sempre più frequenti i soggetti che abusano di sostanze diverse, sia nell’ambito della stessa categoria (es. consumo di oppiacei, alcol e BDZ) sia in categorie diverse (es. oppiacei più cocaina).

In alcuni casi alcune droghe vengono utilizzate solo in mancanza della droga primaria (ad esempio alcol o BDZ quando il soggetto non riesce a reperire eroina)

In altri casi alcune droghe vengono usate per ridurre gli effetti collaterali di altre (es. cocainomani che usano eroina per sedare l’eccessiva stimolazione)



In altri alcune droghe vengono utilizzate per potenziare o prolungare l'effetto di altre (tipico esempio consumo di alcol per “sballare di più” con l'ecstasy)



In questi casi la droga di “rinforzo” può aggravare notevolmente i danni della droga principale, o addirittura rappresentare il rischio principale

Altri soggetti infine cercano uno “sballo” purchessia, per cui usano qualsiasi cosa trovino, spesso mescolandone diverse (casi ad alto rischio di overdose)



Doppia diagnosi



Talora è presente un quadro psichiatrico conclamato. Del resto in molti casi l'uso di eroina trova origine proprio nel tentativo di attenuare una sofferenza psichiatrica di fondo (auto-terapia).

Talvolta l'abuso maschera l'esordio di un quadro psichiatrico che successivamente si fa conclamato con abbandono dell'uso di eroina ed un netto viraggio verso un quadro psicotico.

Di fatto la “medicina delle farmaco-tossicodipendenze” è una branca della psichiatria, anche se con caratteristiche, cultura e modalità di intervento peculiari e solo in parte sovrapponibili.

Se i servizi per le dipendenze e quelli psichiatrici non fossero da anni separati, probabilmente il termine “doppia diagnosi” non verrebbe utilizzato. Non è tanto la “diagnosi” ad essere “doppia”, ma il percorso che viene “sdoppiato” e l'utente “palleggiato”

Il problema del proibizionismo

La lezione del proibizionismo degli
alcolici negli USA

*“I quartieri umili presto
apparterranno al passato. Le prigioni
e i riformatori resteranno vuoti. Tutti
gli uomini cammineranno di nuovo
eretti, tutte le donne sorrideranno e
tutti i bambini rideranno. Le porte
dell’inferno si sono chiuse per
sempre!”*

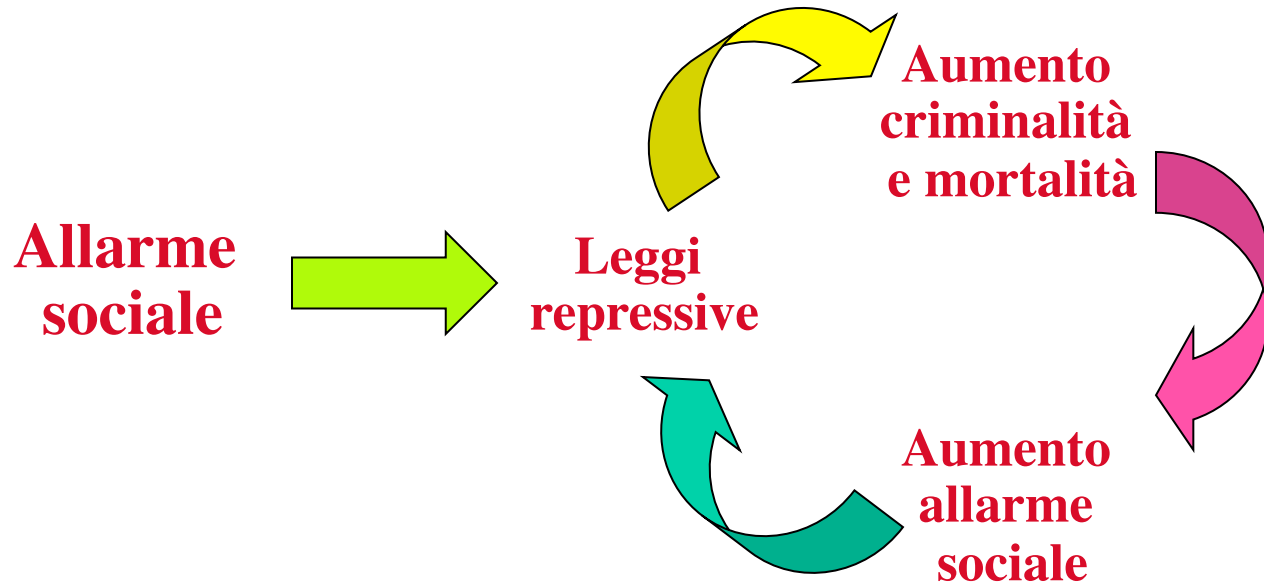
Volstead, il senatore che promulgò la legge contro
l'alcol nel 1920

Gli obiettivi erano nobili. In realtà le carceri si riempirono (nel solo 1932 ben 45.000 persone furono incarcerate per reati connessi all'uso di alcol), la criminalità si diffuse, i decessi per alcol (distillato senza alcun controllo) aumentarono. Alla fine lo stesso Volstead dichiarò che la sua legge aveva causato *“ingiustizia, ipocrisia, criminalizzazione di grandi settori sociali, corruzione opprimente e creazione di crimine organizzato”*



Nel caso degli oppiacei le cose non vanno poi diversamente. Da quando (in realtà da pochi decenni) le legislazioni sono diventate fortemente repressive, carcerazioni, reati connessi alla droga, prostituzione, criminalità organizzata, degrado sociale e mortalità sono moltiplicati..

Il proibizionismo tende però ad ingenerare un meccanismo che lo giustifica e lo prolunga nel tempo, confondendo cause e conseguenze.



I dubbi sull'efficacia di questa strategia, e sull'accettabilità etica dei suoi costi umani e sociali, sono sempre maggiori, ma, come noto, la “tolleranza zero” è un modello che politicamente “paga” e rende difficile costruire strategie di contrasto della tossicodipendenza meno distruttive e criminogene.

Il ruolo del SerT - *Fra terapia e controllo sociale*



Come accadeva in passato (ed in parte ancor oggi) per la psichiatria, la società dà ai Ser.T. un mandato ambivalente, al tempo stesso di terapia, centrata sui bisogni del paziente, e di controllo sociale, centrato sui bisogni della società.

Il metadone ad esempio è da un lato permesso, dall'altra sottoposto a vincoli che ne rendono problematico (per il paziente) e rischioso (per il medico) l'utilizzo



Nel caso di terapie avviate nel corso di misure alternative alla detenzione, l'operatore che venga a conoscenza di una ricaduta deve (per non diventare egli stesso imputato) segnalarla subito al giudice, anche sapendo che questo forse porterà al rientro del paziente in carcere e all'interruzione del percorso terapeutico.

Di fatto, anche per gli ampi margini di ambiguità della legge, ogni operatore si trova a cercare costantemente un difficile compromesso fra norme ed etica medica.

GLI OBIETTIVI NEL TRATTAMENTO DELLE TOSSICODIPENDENZE

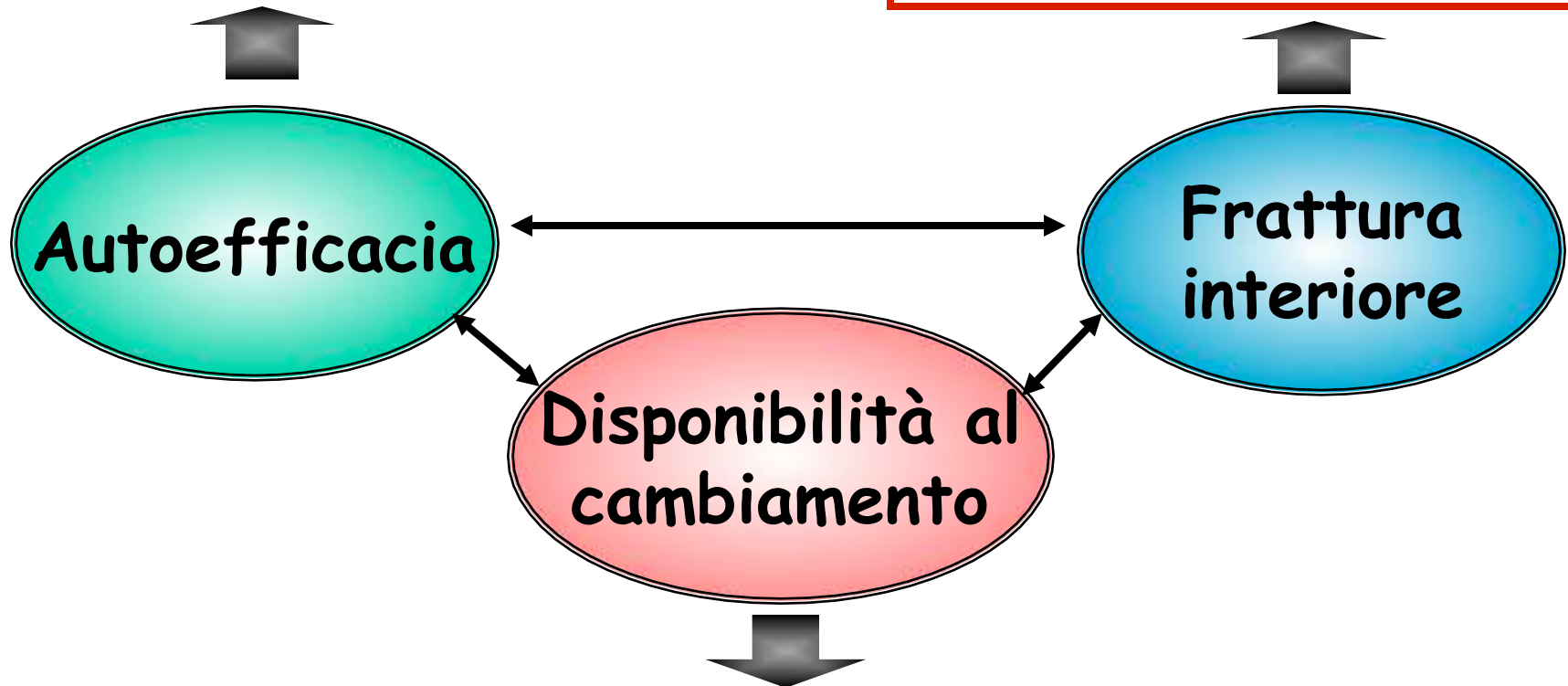
(da “dal prendersi cura al curare” di Gian Paolo Guelfi)

- 1. Obiettivi relativi a comportamenti a rischio**
- 2. Obiettivi relativi all'uso di sostanze**
- 3. Obiettivi relativi alla crescita della persona**

I tre fattori della motivazione al trattamento

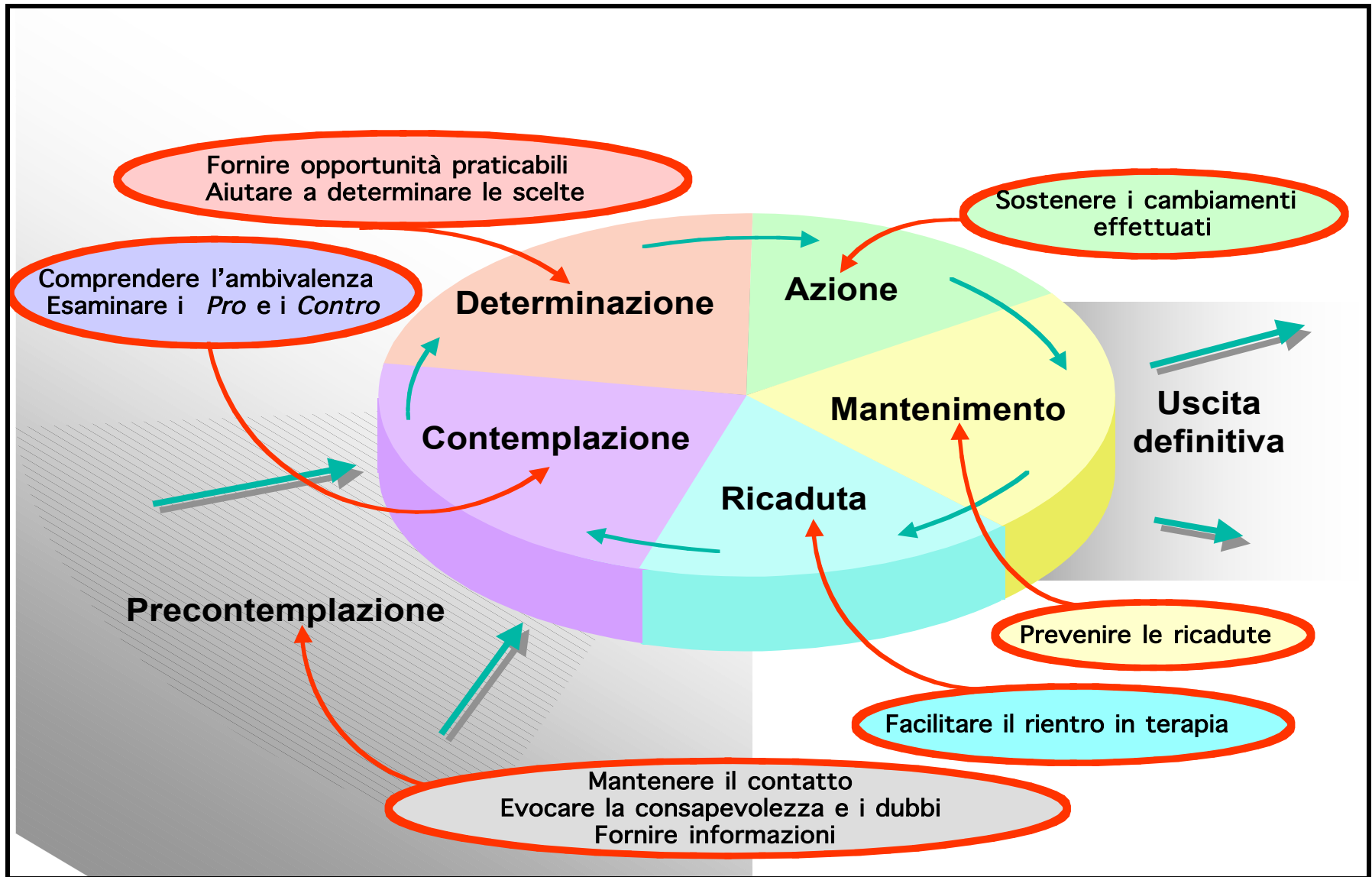
La fiducia nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato (Bandura, 1977)

La dolorosa percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione, ed importanti aspirazioni, valori personali e mete ideali (Festinger, 1957)



Il grado di riconoscimento del problema, di volontà di modificare un comportamento o prendere una decisione (Prochaska e DiClemente, 1986)

Disponibilità al cambiamento e compiti dell'operatore nei diversi stadi



CONTINUITA' TRA 'PRENDERSI CURA' E 'CURARE' NEI TOSSICODIPENDENTI DA EROINA

**Interventi
non diretti
all'astinenza**

**Mantenimento
con Agonisti:
metadone,
buprenorfina**

**Interventi
diretti
all'astinenza**

“CARE”

CONTINUUM CARE-CURE

“CURE”

Riduzione del danno

**Metadone a bassa soglia
Scambio di siringhe
Counselling safer sex
Counselling medico
Distribuzione Narcan
Assistenza sociale di base**

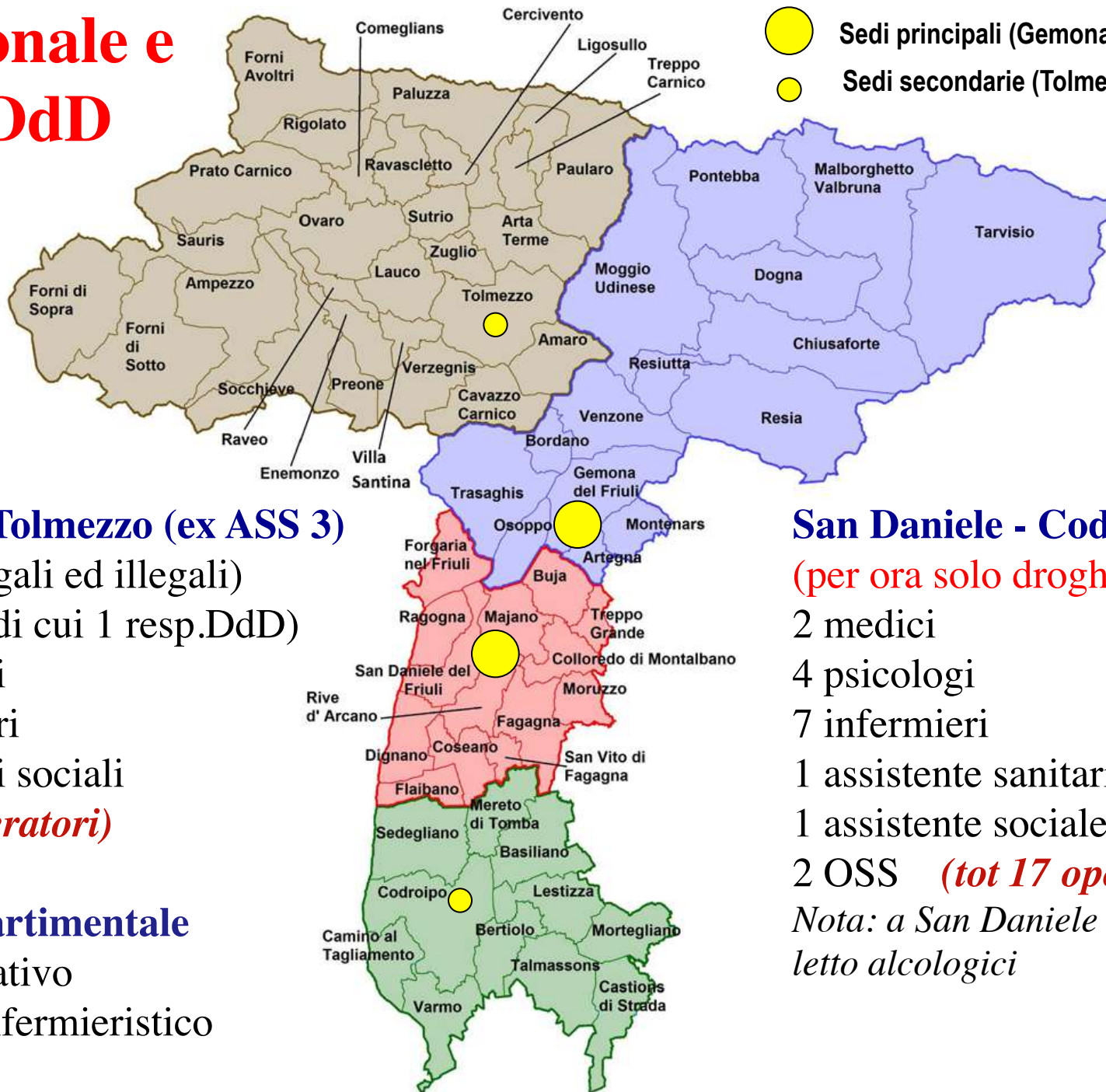
Trattamento

**Disintossicazione
Mantenimento con antagonisti
Tratt. drug-free, psicoterapia ecc
Comunità terapeutica
Riabilitazione sociale
Autoaiuto**

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'AAS n°3



Personale e sedi DdD 2018



● Sedi principali (Gemona – San Daniele)
● Sedi secondarie (Tolmezzo – Codroipo)

Gemona-Tolmezzo (ex ASS 3)

(droghe legali ed illegali)

3 medici (di cui 1 resp.DdD)

3 psicologi

4 infermieri

3 assistenti sociali

(tot 13 operatori)

Area Dipartimentale

1 amministrativo

1 coord. infermieristico

San Daniele - Codroipo

(per ora solo droghe legali)

2 medici

4 psicologi

7 infermieri

1 assistente sanitaria

1 assistente sociale

2 OSS *(tot 17 operatori)*

Nota: a San Daniele 14 posti letto alcolologici

CHI SIAMO



Area Dipartimentale Dipendenze
Direttore dr. Gianni Canzian

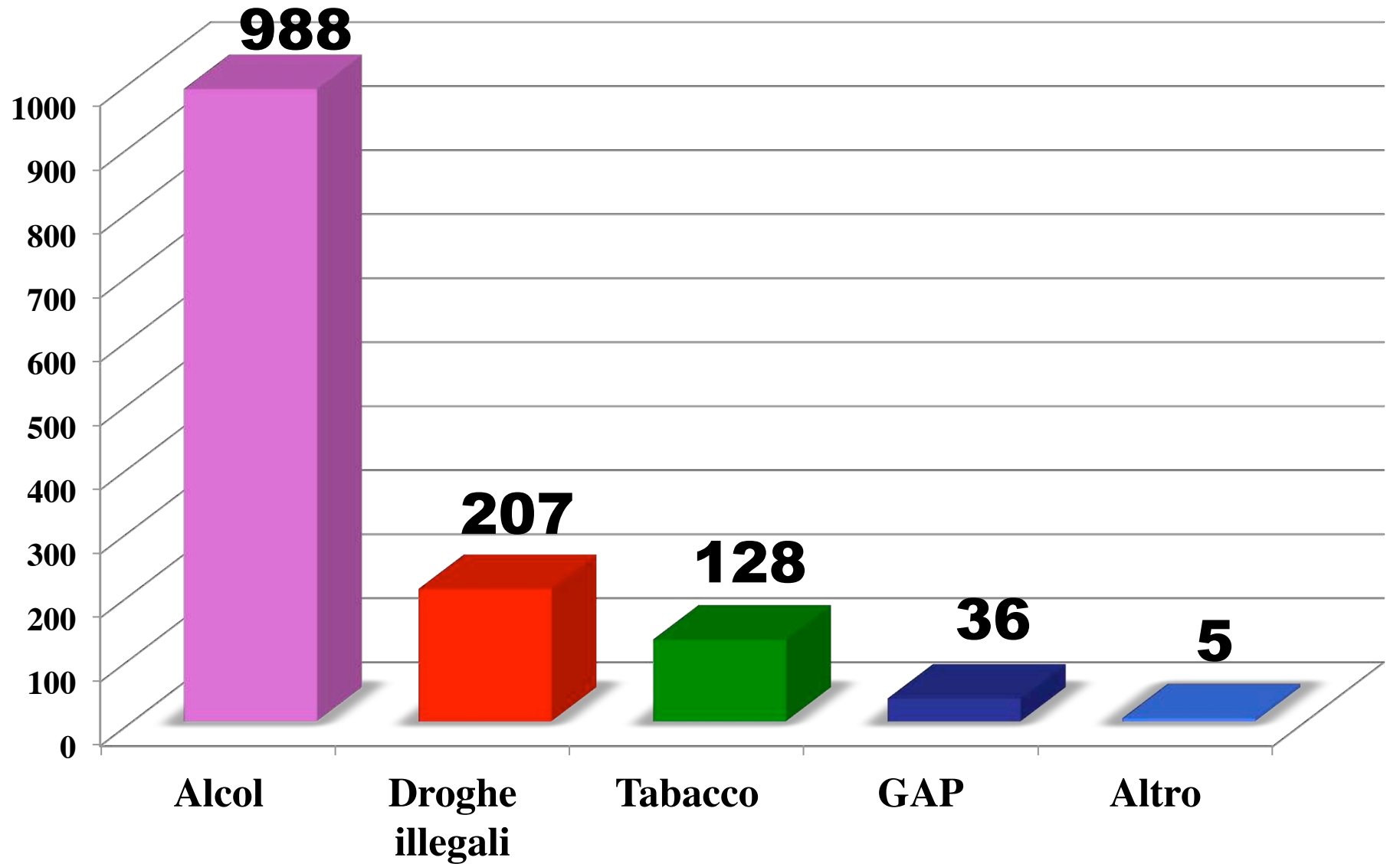
SOC sostanze legali (alcol, tabacco, GAP...)
Resp. dr. Gianni Canzian

SOS alcolologia S. Daniele-Codroipo
Resp. dr. Gilberto Dario

SOS sostanze illegali
(solo Gemona/Tolmezzo, per S.Daniele e
Codroipo per ora il riferimento resta Udine)
Resp. dr.ssa Luciana De Giusti



UTENTI VISTI DAL DDD NEL 2015 (N=1327)



Centralità dei servizi per le dipendenze nella comunità



popolazione generale

ero
ina

E' degli anni '70 il primo vero “allarme droga”. Per “droga” si intendeva in realtà l'eroina, e la tossicodipendenza da eroina è il paradigma su cui si costruiscono risposte sia sanitarie che penali.

Con la legge 685/75 nascono così i CMAS, i cui utenti sono essenzialmente eroinomani.

Anche nell'immaginario collettivo la “droga” è “il buco”, l'eroina, e i servizi, come i manicomi in passato, sono vissuti come un luogo “altro” dalla società, che non riguarda i “sani” e che è meglio non conoscere per non portarne lo “stigma”.

Centralità dei servizi per le dipendenze nella comunità



La prima svolta è, nei primi anni '80, l'avvio di programmi per l'alcolismo, inizialmente separati da quelli per le tossicodipendenze. Nei primi anni '90, almeno in FVG, i due servizi verranno integrati nei nuovi Ser.T.

I Ser.T., poi Ser.D., divengono quindi possibile riferimento per una quota molto maggiore di popolazione. Restano però servizi per fasce deboli, marginali, dove per molti “è una vergogna dover andare”, anche se il legame con le associazioni di recupero crea un importante ponte con la comunità.

popolazione generale

A Venn diagram consisting of three nested circles. The largest circle is light blue and labeled 'popolazione generale'. Inside its bottom edge is a smaller pink circle labeled 'alcolismo'. Inside the 'alcolismo' circle is the smallest circle, which is red and labeled 'eroina'.

alcolismo

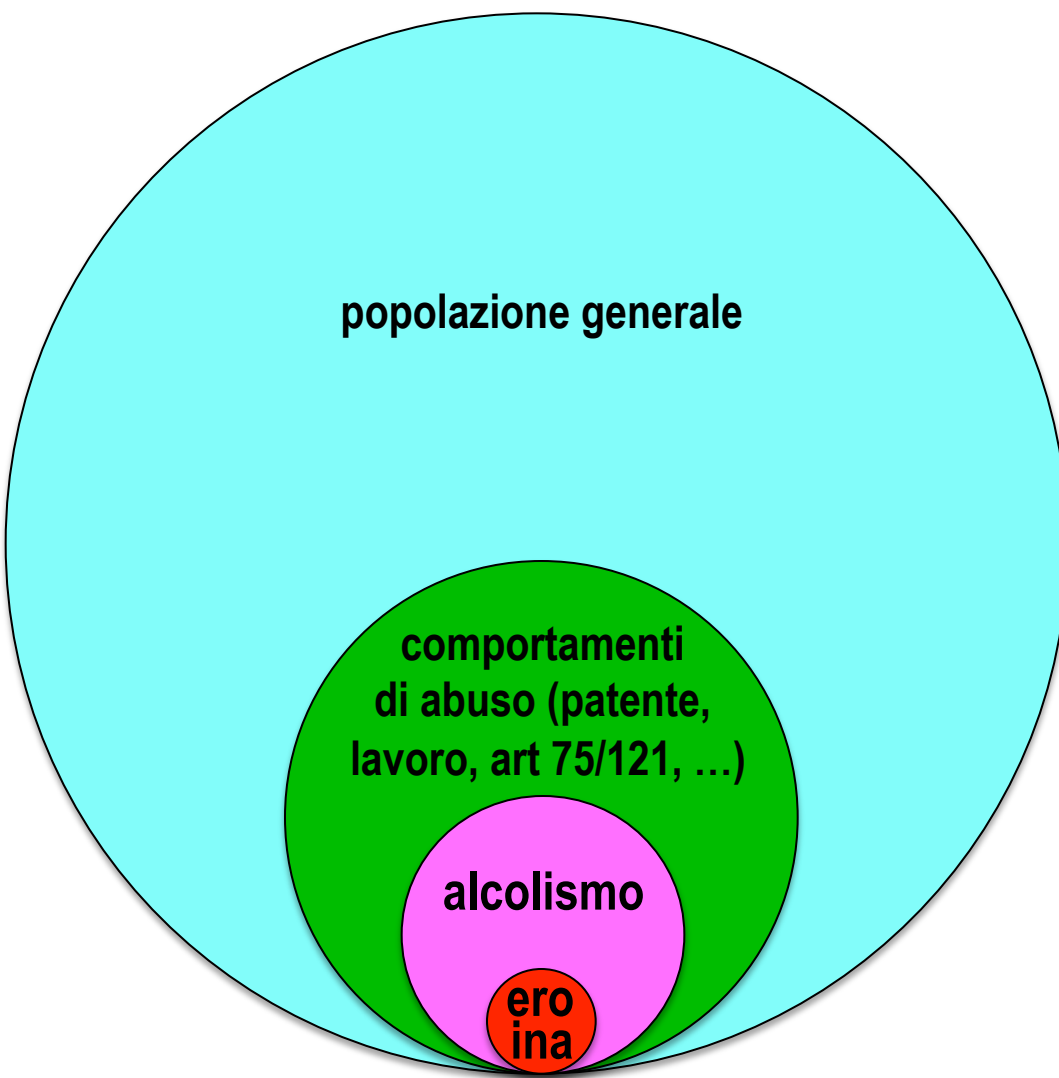
ero
ina

Centralità dei servizi per le dipendenze nella comunità



Alla fine degli anni '90 i Servizi per le Dipendenze iniziano massicciamente a occuparsi anche di situazioni di semplice abuso, in particolare dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza, ma anche per invii dalla prefettura, per porto d'armi, e, in seguito, per invii dal mondo del lavoro.

A molti soggetti per nulla “marginali” ora può capitare di accedere ai servizi, che cominciano ad avere un'immagine di servizio per la popolazione (“andare al SerT” inizia a non essere più uno stigma)

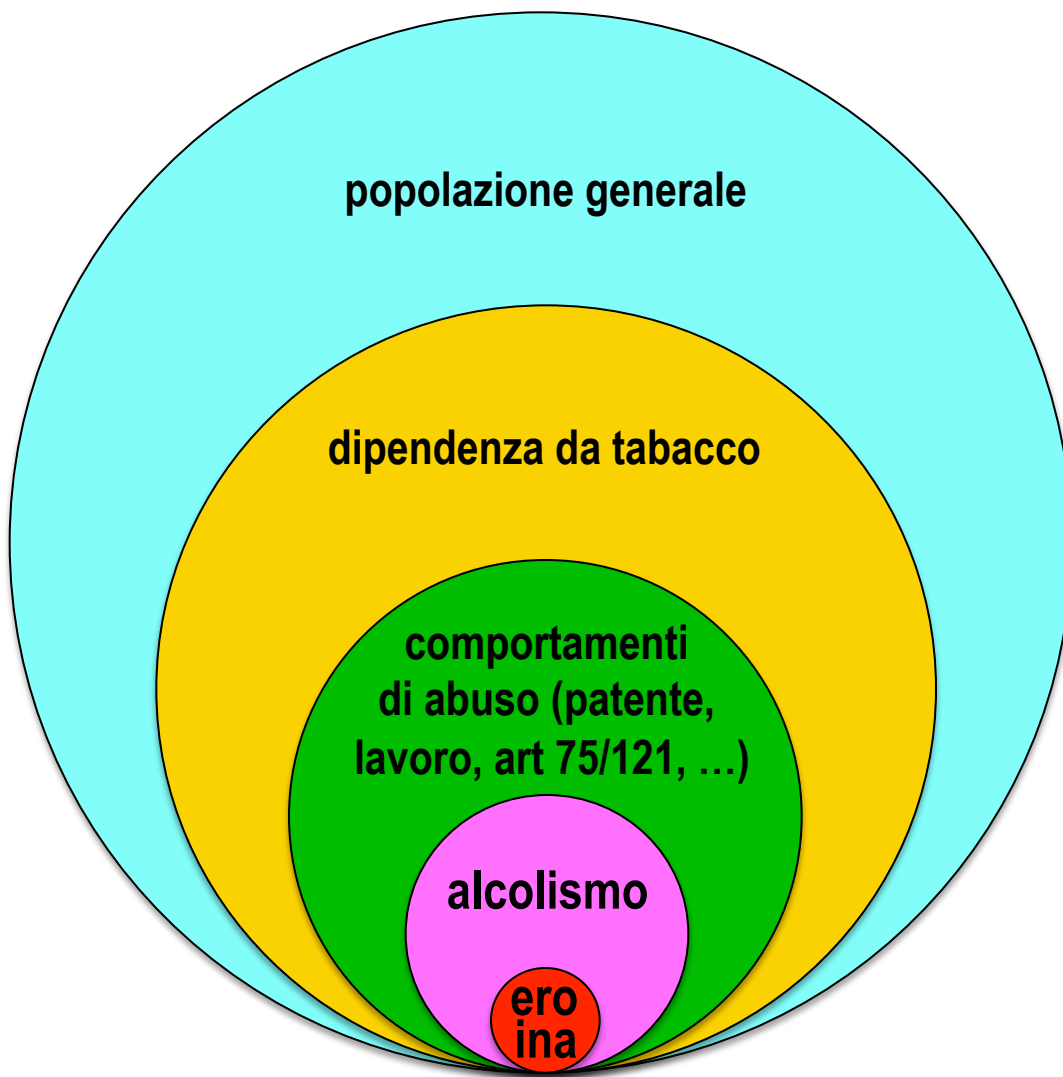


Centralità dei servizi per le dipendenze nella comunità



Con l'impegno (volontaristico e a isorisorse) verso il tabagismo, che riguarda più di un quarto della popolazione, in FVG i Ser.T., diventati "Dipartimenti delle Dipendenze" (D.d.D.), diventano finalmente un "luogo di salute".

La scelta di occuparsi di tabagismo, oltre che doverosa (è la dipendenza più diffusa e con maggiore impatto sulla morbilità e mortalità complessiva) è stata quindi anche una scelta strategica, per superare lo stigma e far entrare a pieno titolo i Servizi fra le risorse della comunità.



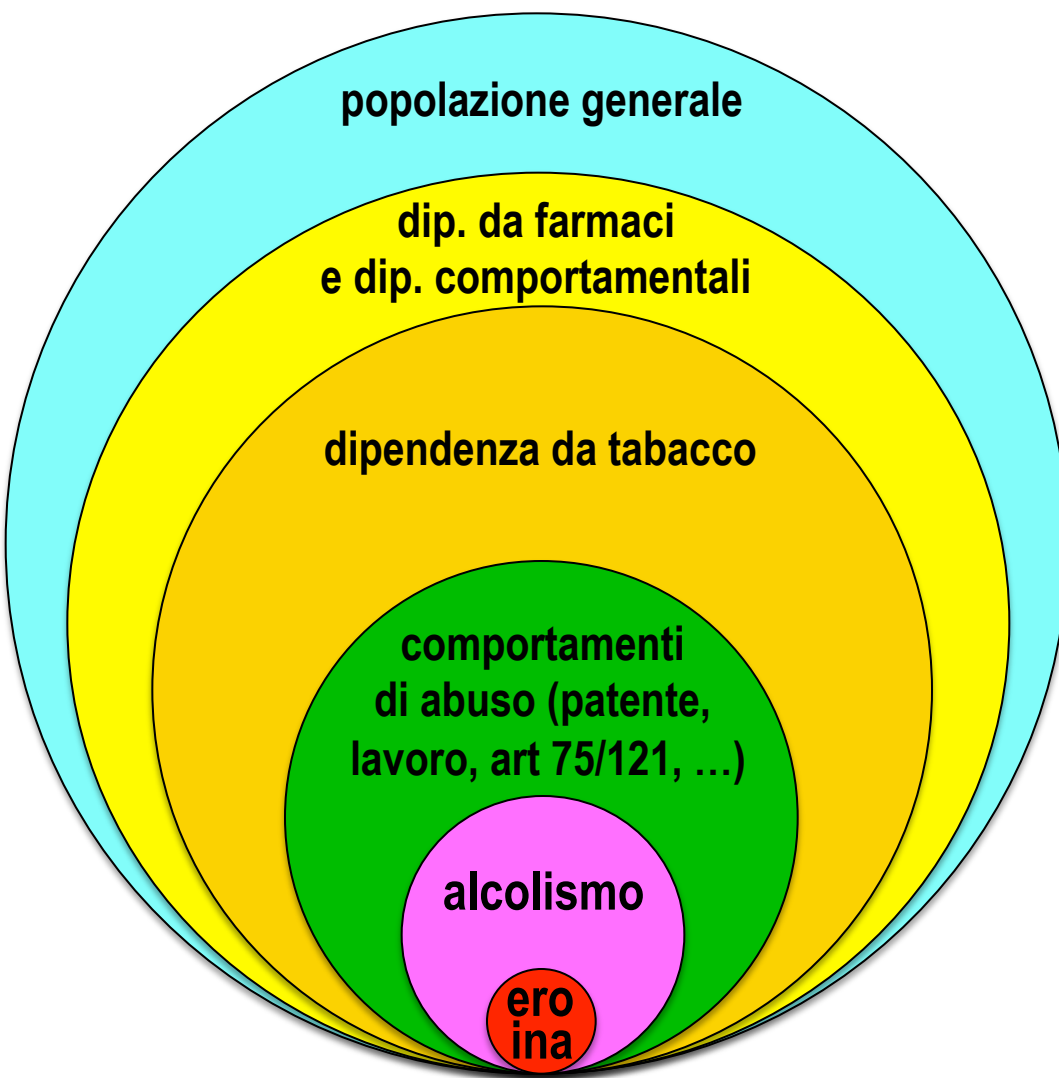
Centralità dei servizi per le dipendenze nella comunità



Infine (sempre inizialmente su base volontaristica e sempre a isorisorse) i D.d.D. hanno iniziato o stanno iniziando ad occuparsi di nuove emergenze: la dipendenza da Gioco (GAP), la dipendenza da farmaci, e si prospettano altre emergenze come le dipendenze da tecnologie (internet, videogiochi, realtà virtuale, ecc. ecc.)

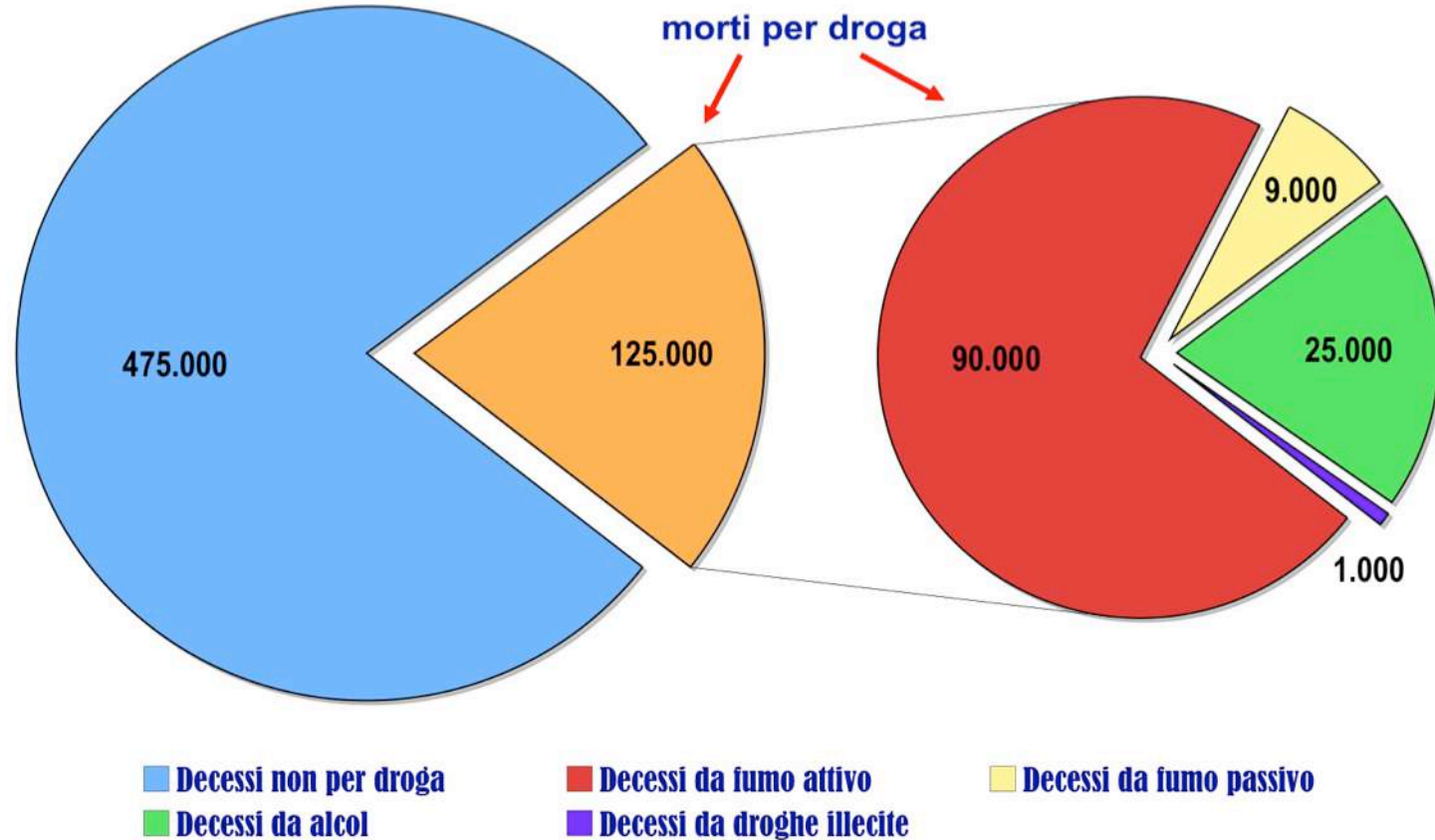
Il cammino da servizio per pochi a servizio per tutti è ormai compiuto.

Peccato che questa nuova forte centralità dei D.d.D. non sia davvero riconosciuta.



Le patologie che possono essere affrontate dai D.d.D. sono infatti causa o concausa di circa un quinto della mortalità complessiva (e parallelamente di una grande fetta della morbidità, della spesa sanitaria, dei costi sociali non sanitari, ecc)

**Impatto
delle
sostanze
d'abuso
sulle cause
di morte in
Italia (dati
annuali)**



Non a caso nell'ultima Relazione al Parlamento (2012) si stima che a fronte di ogni miliardo investito dal sistema sanitario nei Servizi delle Dipendenze ne derivi un beneficio (minori costi sanitari e sociali) di circa 6 miliardi.

Una sanità moderna dovrebbe investire non solo sulla cura delle malattie, ma sui determinanti di salute, e in particolare sugli stili di vita, di cui i comportamenti di dipendenza sono parte rilevante (un'efficace rete di intervento su alcolismo e tabagismo salva molte vite con poca spesa, ma la “malattia evitata” non fa notizia: come noto un trapianto di cuore riuscito colpisce ben più di 100 infarti prevenuti)

**(modello di Denver:
rapporto tra quelli che
sono considerati i
“determinanti di salute”
e il costo derivante dal
loro impatto sul sistema
sanitario negli USA)**

eppure...

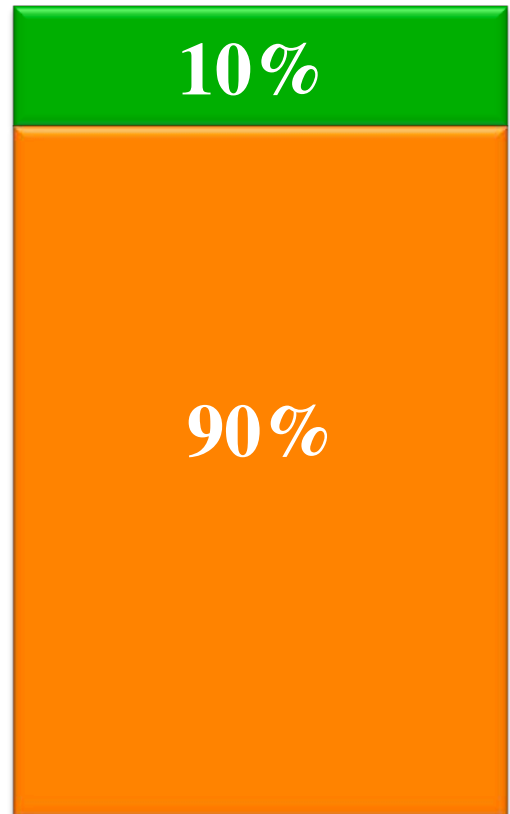
**a fronte di più del 20% di
mortalità correlata in Italia
l'investimento sull'insieme dei
servizi per le dipendenze
è pari allo 0,7% del F.S.N.
e in questi anni spesso
appare affievolirsi**



**Contributo potenziale
x riduzione mortalità**



**Ripartizione spesa
sanitaria USA**



F. Benedetto, F. Lofiego “Dipartimento di Prevenzione. Il piano strategico triennale come strumenti di programmazione operativa” – MONDO SANITARIO 3 – 4/2005