

Per la **bibliografia di riferimento** ⁽¹⁻²¹⁾ e per **eventuali domande**, rivolgersi a:

Centro di competenza sul farmaco dell'Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana
(CentroFarmaco.ISFSI@eoc.ch)

oppure

Gruppo esperti EOC della campagna "Choosing Wisely - Benzodiazepine"
(choosing@eoc.ch - www.eoc.ch/choosing)

Benzodiazepine (BZD)

Informazioni per una corretta prescrizione e deprescrizione in ambito ambulatoriale

Campagna di sensibilizzazione volta a ridurre il sovrautilizzo di benzodiazepine



Data di emissione: 15.12.2017
Data di revisione: 15.12.2017

Redatto da: ISFSI
Approvato da: Gruppo esperti EOC "Choosing Wisely - benzodiazepine"

Questo documento considera l'uso delle BZD esclusivamente per il trattamento di INSONNIA e ANSIA
Fondamentale ai fini di una corretta prescrizione è l'impostazione di una diagnosi corretta del disturbo.

EFFICACIA

Le BZD hanno un effetto ipnotico, miorelassante e proprietà anticonvulsivanti. La prescrizione per l'insonnia e l'ansia è la più frequente. Sono **efficaci e ben tollerate nei trattamenti a corto termine** (<4 settimane). Il loro **uso prolungato è sconsigliato**.

EFFETTI INDESIDERATI

Si presentano soprattutto se l'utilizzo è a **lungo termine, ovvero > 4 settimane** ^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 21):

- dipendenza psicologica e fisica (aumentata in pazienti anziani, polimorbidi)
- sedazione diurna, affaticamento, mal di testa, sogni terrifici
- aumentato rischio di caduta (almeno 1 caduta nel 35%-60% dei casi di assunzione su un periodo di 6 mesi) con connesso rischio di fratture
- depressione
- altri effetti sul SNC (diminuzione delle capacità cognitive, perdita di memoria, atassia)
- possibile aumento del rischio di demenza (soprattutto se assunte per ≥ 6 mesi)

ATTENZIONE AI SEGUENTI SOTTOGRUPPI DI PAZIENTI

Gravidanza: possibile aumentato rischio di aborto spontaneo, parto prematuro, tossicità neonatale/astinenza e anomalie fetali ⁽²⁰⁾

Malattie epatiche/renali: compromissione della clearance metabolica delle BZD, con conseguente rischio aumentato di effetti indesiderati e tossicità

Pazienti anziani (soprattutto > 75 anni): rischio aumentato di effetti indesiderati

Consumo di alcool: rischio di eccessiva sedazione e depressione respiratoria

Malattie polmonari: rischio aumentato di depressione respiratoria

PRESCRIZIONE

Se è strettamente necessario trattare ansia o insonnia:

1. **COINVOLGERE IL PAZIENTE**, considerare e spiegare le **ALTERNATIVE** (tabella 1).
2. Se è indispensabile prescrivere una BZD (tabella 2):
 - prescrivere la **DOSE MINIMA EFFICACE**, in **RISERVA**, per un lasso di tempo breve e solo dopo aver informato il paziente del rapporto rischio/beneficio
 - **DARE UNA DURATA DETERMINATA** alla terapia per facilitarne la rivalutazione
 - **RIVALUTARE** di frequente la necessità della BZD e gli effetti indesiderati





Tabella 1: Alternative alle BZD	
Alternative a BZD	Esempi/spiegazioni
 Educare il paziente sull'igiene del sonno	Consigli pratici su: <ul style="list-style-type: none">- come modificare la dieta (evitare caffeina e sostanze eccitanti, fare pasti serali leggeri)- agire sul ciclo sonno-veglia (risveglio ed addormentamento ad orari regolari, evitare i sonnellini in giornata, gestire i risvegli notturni, non restare a letto sveglio per più di 20-30 minuti, andare a letto solo se stanchi, stabilire dei rituali prima di coricarsi)- fare movimento durante il giorno ma evitarlo in serata- curare l'ambiente in cui si dorme
 Tecniche di rilassamento	Respirazione, training autogeno, meditazione, ipnosi, ecc
 TOC Terapia Cognitivo-Comportamentale	Offerta da medici psichiatri e psicologi. Il paziente può accedervi liberamente oppure su prescrizione medica
 Medicina complementare	Fitoterapia (valeriana, luppolo, ecc), agopuntura, ecc

Tabella 2: Approccio farmacologico per casi severi	
Solo se strettamente necessario (importante effettuare una corretta diagnosi del disturbo, ev. richiedere un consulto specialistico):	
<ul style="list-style-type: none">- per insonnia acuta non gestibile → zopiclone, triazolam (farmaci a corta durata d'azione)- per ansia acuta non gestibile → SSRI/SNRI a prevalente effetto sedativo: sono il trattamento farmacologico da considerare in prima linea per l'ansia (specialmente se associata a depressione). Le BZD possono essere aggiunte occasionalmente per un breve periodo all'inizio di una terapia con SSRI/SNRI ^(15,16,17,18,19)	
Evitare la prescrizione di zolpidem, neurolettici atipici ed antistaminici!	

PUNTI IMPORTANTI

- è necessario trattare 13 pazienti per averne uno a cui migliora la qualità del sonno; di questi 2 avranno effetti indesiderati ^(7, 8)
- aumenta la quantità di sonno medio di 25.2 min (95% CI 12.8-37.8 min) ^(7, 8) rispetto al placebo ^(7, 8)
- il numero medio di risvegli diminuisce di 0.63 (95% CI -0.48- -0.77) ^(7, 8)
- il trattamento dell'insonnia con metodi non farmacologici è spesso altrettanto efficace dell'uso di BZD ^(9, 10)

DEPRESCRIZIONE

COINVOLGERE attivamente IL PAZIENTE ! Discutere benefici e rischi, concordare il piano di deprescrizione, spiegare la durata e la gestione della sindrome da sospensione!

- **VERIFICARE** l'indicazione per cui la BZD è stata prescritta
- **RIDURRE LA DOSE** a tutti i pazienti con chiari effetti indesiderati (sedazione diurna, cadute, dipendenza, deterioramento della funzione cognitiva) E in pazienti con un trattamento a lungo termine **FINO A SOSPENSIONE LA BZD**
- adottare una strategia di **RIDUZIONE PROGRESSIVA** su almeno 6-8 settimane, monitorando il paziente. **ESEMPLI:**
 - diminuire 15-20% della dose assunta di volta in volta (diminuzione tollerata da molti pazienti) ^(13, 14, 22), **OPPURE**
 - non far assumere il farmaco 1 notte per settimana per 1-2 settimane, poi per 2 notti per le 2 settimane successive, poi proseguire con questa cadenza ^(13, 14, 22)
- eventualmente accompagnare la deprescrizione con le misure elencate nella tabella 1 e valutare la necessità di un supporto psicologico ⁽²²⁾

SINDROME DA SOSPENSIONE e SINDROME DA ASTINENZA

- sindrome da sospensione: i pazienti presenteranno frequentemente un ritorno dell'insonnia in forma aggravata, con un aumento del tempo necessario all'addormentamento ed una durata del sonno minore. Solitamente questa sindrome si risolve in **una settimana circa**
- sindrome da astinenza: alcuni pazienti potranno presentare sintomi di astinenza (soprattutto se trattati a lungo termine) quali ansia, insonnia, incubi, spasmi muscolari, alterazioni della memoria e della concentrazione, fotofobia ^(13, 14, 24, 27, 28). Questi sintomi possono durare **2-4 settimane o più**. Un'adeguata riduzione della dose in modo progressivo **DIMINUISCE** e a volte **EVITA** questa sindrome
- se il paziente sviluppa sintomi di astinenza significativi: tornare alla tappa precedente per un periodo più lungo

PUNTI IMPORTANTI

- fornire al paziente le informazioni sui rischi legati all'uso delle BZD in forma strutturata aumenta l'efficacia della deprescrizione
- c'è una forte evidenza di miglioramento di diverse funzioni neuropsichiche e della qualità di vita dopo l'arresto di terapia con BZD (che il paziente manifesti o meno effetti indesiderati) ^(11, 12, 22)
- il 62% dei pazienti (età media 70 anni) con BZD per ansia o insonnia da più di 10 anni e polifarmacoterapia (media 10 farmaci) ha risposto all'invito di parlare con il farmacista o con il medico di una cessazione delle BZD ^(23, 24)
- gli interventi adottati con successo sono stati la combinazione di ^(23, 24):
 - un coinvolgimento esplicito del paziente
 - il suggerimento di discutere la terapia con BZD con il farmacista e/o il medico
 - la consegna di indicazioni scritte al paziente che illustrano anche i rischi connessi all'uso delle BZD ed un'auto-valutazione sul rischio dell'uso di BZD
 - la discussione di alternative terapeutiche
 - un protocollo di deprescrizione dato in forma di schema visivo
- dopo 6 mesi 1 paziente su 3 ha cessato o ridotto l'utilizzo di BZD ^(23, 24)
- l'età avanzata, il sesso, la durata della terapia con BZD, l'indicazione e la dose, i tentativi precedenti di smettere ed una polifarmacoterapia concomitante **NON** sembrano avere un impatto significativo sull'arresto della terapia con BZD ^(23, 24)
- il 97% dei pazienti ha apprezzato l'informazione sui rischi connessi all'utilizzo di BZD
- la sospensione delle BZD raramente genera eventi avversi significativi ⁽²⁶⁾