

il Metadone



Indice

Ringraziamenti	3
Introduzione	5
La dipendenza	7
Che cos'è il metadone?	10
Che cos'è il LAAM?	13
Il mantenimento	14
Dopo il metadone	16
Ciò che si dice e ciò che è vero	17
Gli altri medici	23
Il metadone e le donne	25
Conservare il metadone	29
L'overdose	30
In caso di overdose	34
La disintossicazione	36
Guidare	39
In viaggio con il metadone	40
Il metadone e il dolore	43

il Metadone

Ringraziamenti

Questo manuale deriva da un libro eccellente scritto per i pazienti del metadone in Inghilterra, *“The Metadone Handbook”* da Andrei Preston. Abbiamo voluto che anche i pazienti degli Stati Uniti e quelli italiani avessero accesso alle informazioni di base sul farmaco che stanno prendendo.

Sentiti ringraziamenti ai miei collaboratori Corinne Carey, Travis Jordan, Michael MaAllister, Sharon Stancliff, Ellen Tuchman, e Peter Vanderkloot per il loro validissimo contributo alla ricerca e alla redazione di questo libretto.

Grazie anche a Matt Briggs, Paul Cherashore, Amanda DAvila, Ethan Nadelmann, Robert Newman, J. Thomas Payte e Shayna Samuels per i loro suggerimenti e migliorie.

E un ringraziamento speciale a tutti i pazienti a metadone, ai sostenitori, e ai loro cari che ho incontrato e con i quali ho lavorato. Voi siete stati l'ispirazione per questa pubblicazione.

Holly Catania, JD
The Lindesmith Center – Drug Policy Foundation

Per l'edizione italiana si ringrazia il Lindesmith Center Drug Policy Foundation di New York, che ha dato il permesso di riproduzione e il Gruppo SIMS di Pietrasanta che ha provveduto alla traduzione, all'aggiunta di alcuni aggiornamenti, e all'adattamento del testo alla realtà italiana

Si ringrazia inoltre  **IBPpharma** Istituto Biochimico Pavese Pharma SpA che ha finanziato la stampa.

Introduzione

Può darsi che tu legga questo libro perché stai prendendo il metadone, o perché pensi di doverlo prendere, od anche perché ti preme qualcuno che lo prende.

Generalmente, chi entra in trattamento metadonico lo fa perché si sentono sopraffatti dalla loro dipendenza dall'eroina o da altri oppioidi. Ma non tutti iniziano un trattamento metadonico con gli stessi obiettivi. Alcuni intendono abbandonare per sempre l'uso di oppioidi da strada. Alcuni vogliono farlo solo temporaneamente. Alcuni altri vogliono soltanto ridurre il ricorso alle droghe di strada o ridimensionarne l'utilizzo.

C'è gente che inizia un trattamento metadonico con la convinzione di averne necessità a tempo indefinito. Altri, invece, sentono di averne bisogno per un breve periodo. Indifferentemente da ciò che voi vi aspettate dal metadone, comunque, tutte le evidenze concordano sui seguenti punti:

■ I soggetti dipendenti da droghe oppioidi di strada che ricevono un trattamento metadonico sono più sani ed in maggior sicurezza di coloro che non lo fanno. Vivono più a lungo, passano meno tempo negli ospedali e



nelle carceri, vengono infettati di meno dall'HIV, e commettono meno crimini.

■ Periodi più lunghi di mantenimento metadonico sono migliori di periodi più brevi. Più a lungo resti in trattamento metadonico di mantenimento, migliori sono i risultati che ottieni in ogni senso. Il trattamento per periodi indefiniti spesso significa l'estensione di un buono stato di salute per tutta la vita, sieronegatività da HIV e libertà da ogni possibilità di carcerazione.

■ Il mantenimento metadonico è un trattamento specifico per chi è dipendente dalle sostanze oppioidi. Non lo è per chi ha il principale problema di assuefazione ad altre droghe, come la cocaina, l'alcool, le benzodiazepine o le sigarette. *Ammenoché questi abusi non siano iniziati per placare l'appetizione compulsiva dovuta a scarsità di oppioidi o ad una cura reticente contro l'abuso di oppioidi (nota aggiunta a cura del Gruppo SIMS).*

Le sostanze oppioidi comprendono tutte quelle derivate parzialmente o interamente dall'oppio e quelle sintetiche che producono effetti simili. La morfina, l'eroina, la codeina, il metadone, il dilaudid, il LAAM e il fentanyl sono oppioidi.

I soggetti dipendenti da droghe oppioidi di strada che ricevono un trattamento metadonico sono più sani ed in maggior sicurezza di coloro che non lo fanno.

La dipendenza

Gli oppioidi vengono usati da migliaia di anni e da lungo tempo si sa che tanta gente che ne è diventata dipendente ha estrema difficoltà ad interromperne l'uso in modo permanente.

Le sofferenze della sindrome di astinenza costituiscono soltanto una parte del problema. Quella meno importante. La difficoltà vera consiste nel restare astinenti una volta che la fase della l'astinenza è passata.

Come nel caso di coloro che non riescono a smettere di fumare, è difficilissimo spiegare come mai è così difficile non tornare all'uso di oppioidi. Si produce depressione a lungo termine, mancanza di energia, appetizione per le sostanze, ed improvvisi attacchi di sintomi fisici di deprivazione. Alcuni soggetti trovano che questi problemi si attenuano con il tempo ed, eventualmente, scompaiono. Però altri continuano a soffrirne per tempi indefiniti, e molti di questi ultimi ricadono nel loro regolare uso di oppioidi.

I motivi per i quali le persone ricadono così spesso non hanno nulla a che vedere con la mancanza di volontà o con altri eventuali problemi di personalità. Piuttosto, sembra che coloro che hanno una storia lunga di problemi con gli oppioidi abbiano subito dei cambiamenti in quella parte del cervello che

consente di sentirsi e di funzionare normali. Questa parte del cervello è quella che usa i suoi propri oppioidi naturali.

Ciò che meglio si conosce di questi oppioidi naturali sono elementi chimici chiamati “endorfine”, che letteralmente significa “morfine endogene”, cioè prodotte internamente dall’organismo. Queste sostanze chimiche naturali funzionano veramente come la morfina e l’eroina.

Non sappiamo ancora tutto sulla funzione di queste sostanze naturali nel nostro organismo, ma l’evidenza suggerisce che sono implicate nelle sfere del controllo del dolore, dell’apprendimento, della termoregolazione del corpo ed in molte altre funzioni.

È possibile che coloro che sviluppano una dipendenza agli oppioidi siano nati con un sistema endorfinergico che li rende particolarmente vulnerabili. Sappiamo per esempio che la tossicodipendenza è un dato comune in alcune famiglie.

È probabile che la tossicodipendenza possa essere correlata ai cambiamenti del cervello causati dall’abuso di eroina e di altri oppioidi. O parimenti può essere il risultato di un’interazione complessa fra cause genetiche ed ambientali.

Non sappiamo ancora esattamente come questo malfunzionamento si produce né se tutti coloro che non riescono ad interrompere l’uso degli oppioidi siano interessati da questo danno. C’è tuttavia una crescente evidenza sul fatto che molti soggetti che

trovano difficoltoso mettere fine al loro utilizzo degli oppioidi abbiano sperimentato questi cambiamenti fisici, che potrebbero anche essere permanenti.

Non esistono ancora esami precisi che possano determinare l'ampiezza del danno che una persona possa avere o essersi determinata nel suo sistema degli oppioidi naturali, né quanto difficile possa essere per quella persona astenersi dall'usare gli oppiacei. Tutto ciò che sappiamo di sicuro al presente è che la recidiva è la caratteristica più rilevante della dipendenza da oppioidi.

Il metadone non rappresenta affatto un ingrediente che possa risolvere il problema della dipendenza. È però una cura che è al tempo stesso efficace e sicura mentre un soggetto continua a seguirla in modo appropriato.

I motivi per i quali le persone ricadono così spesso non hanno nulla a che vedere con la mancanza di volontà o con altri eventuali problemi di personalità.

Che cos'è il metadone?

Il metadone è una sostanza narcotica di sintesi ad azione protratta che è stata utilizzata per le cure di mantenimento della tossicodipendenza inizialmente negli Stati Uniti negli anni '60. Si tratta di un oppioide “agonista”, il che significa che agisce in modo simile alla morfina ed agli altri farmaci narcotici.

Se usato in dosi appropriate all'interno di un trattamento di mantenimento, però, non funziona come “DROGA”, non produce euforia, sedazione o qualsiasi altro effetto analgesico. Le dosi devono essere determinate per ogni individuo a seconda del peso, della tolleranza agli oppioidi, e della modalità di metabolizzazione. La dose giusta di mantenimento è quella alla quale si interrompe l'appetizione compulsiva verso le droghe di abuso, senza peraltro creare effetti di euforia o di sedazione.

Se pure il farmaco metadone non è prodotto da una singola casa farmaceutica, il principio attivo è sempre lo stesso: il metadone cloridrato. Tutti i produttori aggiungono piccole quantità di additivi, come stearato di magnesio o cellulosa. Alcune case statunitensi aggiungono sciroppi alla ciliegia o all'arancio. Il metadone è disponibile in diverse forme che includono:

negli U.S.A.

■ **Tavolette**, chiamate anche discoidi. Ognuno contiene 40 mg di metadone, viene disciolto in acqua e quindi somministrato per bocca;

■ **Polvere**, da diluire in acqua;

■ **Liquido**, che può essere distribuito attraverso una pompa automatica. I dosaggi possono essere regolati al milligrammo.

In Italia

■ **Liquido** in concentrazioni allo 0,1%, il ché significa un milligrammo per ogni millilitro;

■ **Liquido** in concentrazioni allo 0,5%, cioè a dire 5 milligrammi per ogni millilitro.

I pazienti hanno diverse opinioni sulle varie forme di metadone. Alcuni preferiscono diluire i discoidi, altri preferiscono lo sciroppo all'arancio o altre forme liquide. Anche in Italia le prime esperienze ci dicono che molti preferiscono la concentrazione allo 0,5%. Ma ogni servizio, generalmente, si approvvigiona alla stessa fonte, il ché significa che i pazienti normalmente non hanno la scelta della forma da assumere.

Per la maggior parte dei soggetti, una dose singola di metadone è attiva da 24 a 36 ore.

Qual è allora la differenza del metadone dall'eroina, morfina o dilaudid?

■ **Il metadone ha un'emivita più lunga.** Dura di più. L'organismo lo metabolizza in modo diverso dall'eroina o dalla morfina. Se una persona lo assume regolarmente, si costituisce e si immagazzina nel corpo, di modo che, se usato in mantenimento, rimane attivo ancora più a lungo. La maggior parte di coloro che sono stabilizzati ad una dose di metadone si sentono bene. Sentono che è quella giusta, e questa sensazione deve durare per tutto il giorno, per le 24 ore. Per alcuni l'effetto dura più a lungo; per altri di meno.

■ **La stabilizzazione è più facile con il metadone per bocca.** La maggioranza dei pazienti che assumono dosi stabili ed adeguate di metadone da molte settimane non avvertono alcun effetto "droga" né sensazioni di carenza. Alcuni pazienti possono avvertire durante l'induzione o comunque temporaneamente, un leggero stato di sedazione limitato nel tempo e alcune ore dopo l'assunzione della dose. Altri possono avvertire leggeri segni di carenza prima di prendere la dose successiva, ma la maggioranza non avvertirà affatto alcuno quando saranno stabilizzati ad una dose adeguata ed appropriata per loro.

La maggioranza dei pazienti che assumono dosi stabili ed adeguate di metadone da molte settimane non avvertono alcun effetto "droga" né sensazioni di carenza.

Che cos'è il LAAM?

Il LAAM (Levo-alfa Acetil Metadolo), conosciuto anche come ORLAAM, è anch'esso un oppiaceo di sintesi. Come il metadone, il LAAM blocca l'appetizione compulsiva e la sindrome di astinenza da oppioidi.

Il LAAM metabolizza lentamente. I pazienti hanno bisogno di prenderlo ogni 48 o 72 ore, mentre il metadone deve essere assunto tutti i giorni.



Il LAAM quindi si instaura lentamente, ed all'inizio, alcuni pazienti potrebbero avvertire sintomi di carenza. Per ovviare a questo inconveniente i medici possono prescrivere LAAM e metadone insieme finché i livelli di LAAM siano sufficienti per fare a meno del metadone.

Al momento il LAAM è assai meno disponibile negli Stati Uniti, rispetto al metadone. I pazienti, così, non possono scegliere fra i due tipi di trattamento. Molti programmi, oltretutto, offrono una terapia o l'altra.



Il mantenimento

Il mantenimento metadonico è mirato ad ottenere, per i pazienti che lo seguono, tre condizioni:

■ Tenere il paziente al riparo da ogni possibile segno di carenza. La dose standard iniziale, come si raccomanda normalmente, è di 30/40mg al giorno. Dopo alcuni giorni il medico comincia ad aggiustare la dose secondo quanto necessario.

■ Tenere il paziente in stato di benessere e libero dall'appetizione compulsiva. Avere ancora appetizione compulsiva significa avvertire molto di più che il desiderio di "sballo". Significa sentire fortemente il desiderio di droga, tanto che il soggetto sogna ripetutamente di assumerla, pensa di usarla più di ogni altro pensiero, e fa ancora, per procurarsela, cose che non farebbe normalmente. Il metadone, se non è assunto in dose adeguata, non controlla completamente il desiderio emozionale di "sballare". Una dose giusta, invece, controlla il prepotente bisogno fisico di usare droghe da strada.

■ Bloccare gli effetti degli oppiacei illegali. Se la dose è sufficiente, il metadone evita al paziente gli effetti di una dose usuale di oppioidi da strada. Si tratta di un effetto che è definito “bloccaggio”. Se la tolleranza al metadone è abbastanza elevata nel corso di un trattamento, ci vorrebbe una quantità inusuale di eroina per superarla e per produrre effetti significativi.

**Il metadone, se non è assunto in dose adeguata,
non controlla completamente
il desiderio emozionale di “sballare”.
Una dose giusta, invece, può controllare
il prepotente bisogno fisico di ricorrere
alle droghe da strada.**

Dopo il metadone

Alcuni pazienti si stancano del regime di mantenimento, perché richiede l'uso del farmaco per tempi indefiniti. Questo è specialmente vero anche perché negli Stati Uniti, ed anche in Italia, i pazienti devono fare frequenti visite ai loro centri (con alcune eccezioni), per ricevere o assumere il farmaco.

Comunque, dopo avere raggiunto un livello confortevole di stabilizzazione, disponendo di un buon sistema complessivo di sostegno, i pazienti possono scegliere di ridurre molto lentamente la loro dose di metadone. Si possono fare piani per consentire un lentissimo, blando scalaggio del farmaco, che possono comprendere un buon counseling per un periodo di tempo dopo la cura.

Si tenga comunque presente che più a lungo un paziente segue il suo programma, più stabili e consistenti sono i risultati che ne ottiene.



**più a lungo un paziente segue il suo programma,
più stabili e consistenti
sono i risultati che ne ottiene.**

Ciò che si dice e ciò che è vero

SI DICE: Il metadone entra nelle ossa e le indebolisce.

VERITÀ: Non è affatto vero. Il metadone non entra nelle ossa in nessun modo che possa mettere in pericolo il sistema scheletrico. È vero che alcuni pazienti riferiscono di avere dolori nelle braccia e nelle gambe, ma questo problema è probabilmente riferibile ad una leggera sindrome di astinenza, e può essere ovviato facilmente aggiustando la dose del metadone.

Inoltre, alcune altre sostanze possono causare una metabolizzazione più rapida del metadone (vedi la lista dei farmaci che interagiscono con il metadone alle pagine successive).

Se prendi un'altra sostanza che influisce sul metabolismo del metadone che hai assunto, il tuo medico può sistemare aggiustare la dose di conseguenza.

**altre sostanze possono causare una
metabolizzazione più rapida
del metadone**

SI DICE: È più difficile sbarazzarsi del metadone che dell'eroina.

LA REALTÀ: Interrompere il metadone è diverso dallo smettere l'eroina. Alcuni credono che sia più difficile perché l'astinenza dura più a lungo. Ma sebbene duri più a lungo, è assai più blanda di quella data dall'interruzione di eroina.

SI DICE: il metadone fa male.

LA REALTÀ: C'è gente che ha preso il metadone per oltre 30 anni e non ci sono evidenze che l'uso a lungo termine di questo farmaco possa causare alcun danno fisico. Alcuni soggetti avvertono degli effetti collaterali, come la stitichezza, sudorazione e secchezza della bocca, ma si tratta di effetti che generalmente scompaiono col tempo ed aggiustando la dose.

Altri effetti, come anomalie mestruali e diminuzione del desiderio sessuale sono stati riferiti da alcuni pazienti, ma questi effetti non sono mai stati chiaramente connessi con l'uso del metadone.

SI DICE: Il metadone fa più male all'organismo dell'eroina.

LA REALTÀ: Non è affatto vero. Sia l'eroina (pura) che il metadone non sono tossici, ma possono causare danni se assunti in eccesso. Questo però è vero per ogni altra sostanza, dall'aspirina e perfino al cibo. Il metadone è più sicuro dell'eroina da strada, perché è un farmaco legalmente prescritto ed assunto per bocca. Le droghe di strada spesso contengono pericolosissime sostanze da taglio.

SI DICE: Il metadone fa male al fegato.

LA REALTÀ: Il fegato metabolizza (riduce ed elabora) il metadone, ma non ne viene affatto danneggiato. Proprio il metadone viene metabolizzato assai più facilmente dal fegato che qualsiasi altro farmaco. I soggetti affetti da epatiti o da severe malattie epatiche possono assumere tranquillamente il metadone con estrema sicurezza.

SI DICE: Il metadone abbassa le difese immunitarie.

LA REALTÀ: Non è vero. Il metadone non danneggia il sistema immunitario. Infatti, molti studi evidenziano che i pazienti positivi all'HIV che prendono il metadone sono più in salute e vivono più a lungo di coloro che non lo prendono.

SI DICE: Il metadone favorisce l'uso di cocaina.

LA REALTÀ: Non è vero. Molti che usano cocaina la usavano ancora prima di iniziare il trattamento metadonico, e molti ne cessano l'uso durante il mantenimento metadonico.



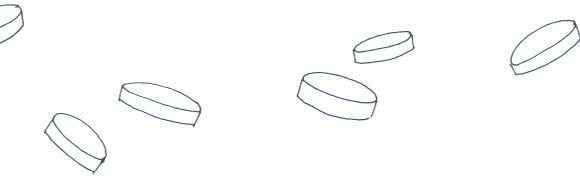


SI DICE: Meno metadone prendi è meglio è.

LA REALTÀ: Le dosi basse possono ridurre la sindrome di astinenza, ma sono necessarie dosi più alte per bloccare gli effetti dell'eroina, e assai più importante, per ridurre od eliminare l'appetizione compulsiva. La maggior parte dei pazienti necessiteranno di una dose che va da 60 a 120 mg. Per interrompere l'uso di eroina. Pochissimi possono necessitare di meno. Altri possono richiedere centinaia di milligrammi per sentirsi bene. Sarebbe l'ideale che i pazienti potessero assumere decisioni sulla loro dose con l'aiuto del loro medico, senza essere condizionati dall'esterno da interferenze e limiti.

SI DICE: Il metadone causa sedazione e sonnolenza.

LA REALTÀ: Tutti a volte avvertiamo sonnolenza. I pazienti che assumono dosi stabili di metadone non avvertiranno sonnolenza o sedazione oltre al normale. Come ogni altro farmaco il metadone interagisce con altri farmaci e con le droghe illegali. L'organismo è un sistema complesso ed è possibile che cibi, ormoni, cambiamenti di peso e lo stress possano influenzare l'azione del metadone. Sappiamo di alcune sostanze che interagiscono con il metadone, e le elenchiamo. Altre potranno essere individuate.



Queste sostanze causano una più veloce metabolizzazione del metadone e determinano un bisogno di incrementarne la dose.

- Carbamazepina (Tegretol)
- Fentoina (Dilantin)
- Neverapina (Virammune)
- Rifampicina (Rifampin)
- Ritonavir (Norvir)

Alcuni farmaci rallentano il metabolismo del metadone, e così alcuni avvertono un effetto più marcato se ne assumono in concomitanza, salvo poi sperimentare sindrome di astinenza quando non le prendono più:

- Amitriptilina (Elavil)
- Cimetidina (Tagamet)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Ketoconazolo (Nizoral)

Alcune sostanze sono bloccanti degli oppioidi e possono causare sindrome carenziale:

- Pentazocina (Talvin)
- Naltrexone (Revia, Antaxone)
- Naloxone (Narcan)
- Tramadol (Ultram)

Alcuni farmaci inizialmente interagiscono con il metadone causando sedazione, ma alla lunga succede l'incontrario e possono causare sindrome di astinenza. Sono:

- Benzodiazepine (Tavor, Xanax, Valium e molte altre)
- Alcool
- Barbiturici.

Altre sostanze che interagiscono:

- Cocaina, può determinare il bisogno di aumentare le dosi del metadone.
- Lo stesso metadone che aumenta i livelli plasmatici di AZT e della desipramina.

Devono comunque essere tenute in mente almeno due cose importantissime:

- Il metadone non è diretto responsabile di ogni nuova sensazione che possiate avere, e non è incompatibile con la maggior parte delle medicine né con i possibili cambiamenti della vostra vita;
- Se il dosaggio di metadone non vi fa sentire bene, probabilmente non è quello giusto. Dovete essere i medici di voi stessi quando si decide se la dose di metadone è sufficiente. Parlatene con il vostro dottore.

Se il dosaggio di metadone non vi fa sentire bene, probabilmente non è quello giusto.

Gli altri medici

I pazienti del metadone a volte sono riluttanti a riferire agli altri medici dei quali possono avere bisogno che lo stanno prendendo. Hanno paura che questi medici, od altri operatori della salute, possano mettere in atto alcune discriminazioni. Purtroppo, in molti casi hanno ragione. Cercate un medico di medicina generale nel quale avete fiducia. La situazione ideale sarebbe che ogni altro vostro medico potesse sapere che assumete metadone. Se decidete di non dirlo, comunque, tenete presente quanto segue:

Se dovete subire un'operazione per la quale dovete andare in anestesia, l'anestesista potrebbe usare delle sostanze che potrebbero causarvi una severa ed improvvisa sindrome astinenziale. Siate certi di conoscere le sostanze che interagiscono con il metadone anche se i medici sanno che lo prendete.



Non è legale per chi vi da il metadone segnalarlo al vostro medico o ad altri senza il vostro consenso scritto. La legge richiama e protegge questo vostro diritto.

Idealmente, sarebbe bene che ogni vostro medico potesse essere al corrente di tutto, nel vostro stesso interesse e per ottenere il meglio da ogni programma di cura.

**Siate certi di conoscere le sostanze
che interagiscono con il metadone
anche se i medici sanno che lo prendete.**

Il metadone e le donne

È vero che a volte le donne che prendono il metadone smettono di avere le mestruazioni?

È vero. È anche vero che normalmente, una volta sviluppata la tolleranza, i cicli mestruali si normalizzano.

Ci sono, inoltre, molte altre ragioni per le quali i cicli diventano irregolari o si interrompono:

- gravidanza
- stress
- malnutrizione
- variazioni del peso corporeo
- menopausa
- altri problemi medici
- altri farmaci

Ricorda:

puoi restare incinta anche se non hai le mestruazioni.

Puoi restare incinta, avere una normale gravidanza e un parto normale anche se prendi il metadone.

Puoi aver sentito dire che faresti bene a non prendere il metadone durante la gravidanza. Non è affatto vero.



Il metadone non è pericoloso per lo sviluppo del feto. Il disimpegno, invece, può esserlo.

Il programma metadonico è il trattamento di scelta per la tossicodipendente da eroina in gravidanza.

Gli effetti del metadone in gravidanza sono stati ampiamente valutati e studiati.

Il metadone è stato utilizzato con successo durante la gravidanza.

**Puoi restare incinta,
avere una normale gravidanza
e un parto normale
anche se prendi il metadone**

Se prescritto in modo appropriato alle tossicodipendenti gravide, il metadone contribuisce a creare una situazione non stressante nella quale il feto può svilupparsi normalmente.

Prendere metadone durante la gravidanza può prevenire l'aborto spontaneo, lo stress fetale, ed il parto prematuro, che invece sono probabili se il livello di oppioidi nel sistema non è stabile.

Calare la dose del metadone durante il primo trimestre di gravidanza aumenta il rischio di aborto.

Durante la gravidanza la dose del metadone deve essere adeguata per prevenire l'appetizione

compulsiva, per evitare l'uso di droghe da strada e la sintomatologia astinenziale.

Se sei incinta, parla con il tuo dottore, perché il metabolismo del tuo corpo cambia e potresti avere bisogno di un aggiustamento della dose. Può darsi che tu debba aumentarla, oppure dividerla in due o tre somministrazioni quotidiane.



Puoi avere sentito dire che il bambino nascerà assuefatto al metadone e che andrà in sindrome di astinenza, ma i fatti sono questi:

- il metadone non causa alcuna anomalia nel feto. Non si sono riscontrati danni al feto in numerosi studi specifici.

- Parto prematuro o peso inferiore del neonato possono essere associati con il fumo delle sigarette, alla malnutrizione, ma non all'assunzione di metadone.

- I bambini nati da madri sotto metadone hanno anch'essi metadone nel loro sistema, ma gli studi dimostrano che possono essere ripuliti con sicurezza e successo senza alcuna conseguenza avversa.

Calare la dose del metadone durante il primo trimestre di gravidanza aumenta il rischio di aborto.

Puoi aver sentito dire che non è bene allattare il bambino se prendi il metadone, ma i fatti sono questi:

■ L'allattamento è al giorno d'oggi considerato sicuro anche per le donne che prendono il metadone. Non è sicuro se sono positive all'HIV.

■ Quantità minime di metadone nel latte materno possono raggiungere il bambino, ma queste quantità sono irrilevanti.



Conservare il metadone

A casa, tieni sempre il metadone in un posto sicuro, preferibilmente in una scatola all'interno di uno sportello chiuso, fuori della portata dei bambini ed etichettato visibilmente, allo scopo di prevenire che chiunque altro possa berlo accidentalmente.

Ricorda. Il farmaco è anche un potente narcotico. Anche una quantità minima può uccidere un bambino o un adulto che non hanno tolleranza. Se qualcuno beve accidentalmente il metadone chiama subito il pronto soccorso o un'ambulanza.

Conservate il metadone in ambiente adatto, al riparo da temperature estreme. Il farmaco che vi viene consegnato è spesso misto ad acqua o ad altri additivi, a seconda della fonte di approvvigionamento dei servizi. La soluzione, generalmente, è buona per diverse settimane. Se si tratta di uno sciroppo fornito da una casa farmaceutica o di un galenico confezionato, la data di scadenza è sempre indicata sull'etichetta.

Se dovete viaggiare, tenete il metadone nelle confezioni originali nelle quali lo avete ricevuto, onde evitare problemi. Come per molti altri farmaci, non è legale possedere metadone senza regolare prescrizione medica.



L'overdose

Il metadone riduce sensibilmente la possibilità di overdose per coloro che sono assuefatti all'eroina e che la usano.

Inutile ricordare che il metadone è un farmaco puro prescritto su base individuale, e non contiene le sostanze da taglio che si trovano nelle droghe di strada. La preoccupazione per l'overdose, tuttavia, resta, soprattutto per chi torna all'utilizzo dell'eroina dopo avere discontinuato il metadone.

Se avete smesso di prendere il metadone e ripreso l'uso di eroina, la vostra probabilità di fare overdose aumenta, proprio perché la tolleranza alle sostanze oppioidi si è notevolmente ridotta.

Se qualcuno beve accidentalmente il metadone chiama subito il pronto soccorso o un'ambulanza.

La tolleranza, invece, è alta quando l'organismo è abituato a ricevere e ad avere oppioidi nel sistema. In altre parole, l'organismo tollera la presenza delle sostanze.

Se interrompi l'uso regolare, se ti sei disintossicato, basta una quantità più modesta di eroina, di metadone o di un altro oppioide per causare l'overdose. Il rischio di overdose aumenta anche se si meschia al metadone o all'eroina benzodiazepine, alcool o barbiturici.

FAQ (le domande più frequenti).

■ Si può fare l'overdose con il metadone?

È possibile se inizialmente il tuo servizio non provvede ad aggiustare le dosi di modo che siano sicure secondo la tua tolleranza.

È importante che siate sinceri con i medici che vi vedono per la prima volta, soprattutto su quanta eroina siete abituati a consumare. Se il metadone prescritto è troppo poco, potete tornare dal medico per avere un supplemento. Il medico deve inizialmente graduare la dose, altrimenti potrebbe causare un sovraddosaggio. La tolleranza deve essere sviluppata con gradualità, fino a raggiungere la dose di stabilizzazione.

■ **Si può fare l'overdose con il LAAM?**

Si può fare se ne assumi una dose troppo alta, rispetto alla tolleranza che hai. Ma la cosa è assai improbabile, specialmente se fornisci notizie esatte al medico su quanta eroina state assumendo e quanto tempo è passato dall'ultima somministrazione.

Prima che il LAAM funzioni ti può sembrare che la dose sia troppo bassa. Puoi anche avvertire voglia di ricorrere all'eroina o a qualche altro oppioide per non avvertire i sintomi classici della carenza. Ciò si verifica perché il LAAM richiede un tempo assai lungo per instaurarsi nell'organismo. Meglio, però, non prendere altri oppioidi all'inizio del trattamento, per non causare sovraddosaggio.

■ **Che succede se assumo altre droghe mentre prendo il metadone o il LAAM?**

Un corretto dosaggio di metadone blocca gli effetti dell'eroina. Se assumi un oppioide qualunque mentre prendi il metadone puoi non avvertire effetto alcuno. Se decidi di prendere una maggiore quantità di eroina o di oppioide, allora si può verificare un sovraddosaggio. Ci sono sostanze che interagiscono con il metadone e possono influenzarne gli effetti. Prendere troppi sedativi o bere molto alcool può essere pericoloso, perché si tratta di sostanze che si potenziano a vicenda ed aumentano il rischio di overdose. Se mischiate queste sostanze, cercate di essere molto prudenti.

■ **Posso andare in overdose di eroina mentre prendo il metadone?**

Teoricamente sì. In pratica è difficile. Può succedere solo se ti fai tanta eroina i cui effetti vadano oltre la tolleranza che hai stabilito al metadone. Il ch  è improbabile. Nelle persone ben stabilizzate a metadone, l'overdose   pressoch  sconosciuta.

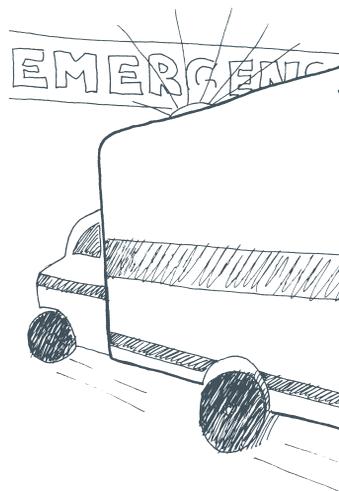
■ **Che succede se abbandono il programma?**

Se smetti di prendere il metadone e torni ad usare eroina la probabilit  di overdose aumenta di molto, rispetto anche a quando sei entrato in programma. Dopo pochi giorni che hai smesso di prendere il metadone la tolleranza all'eroina si abbassa rapidamente. Se non puoi fare a meno di usarla, fallo con molta prudenza. Non farlo da solo. Potresti avere bisogno di assistenza medica. Cerca di saggiare la sostanza prima di assumerne una dose intera.

■ **Che succede se decido di tornare ancora una volta al programma metadonico?**

Se hai smesso di prendere il metadone anche per pochi giorni, il tuo livello di tolleranza pu  essere tornato basso. Devi ricominciare da piccole dosi per tornare gradatamente ai livelli di stabilizzazione. In questo il tuo dottore pu  aiutarti.

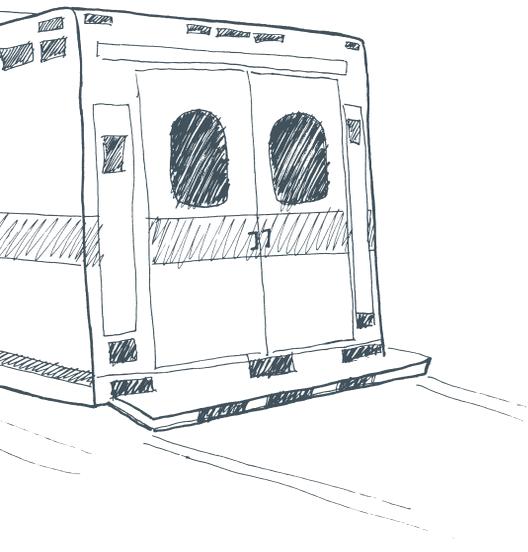
In caso di overdose



Se credi che una persona sia in overdose, sdraiala su un fianco e chiama immediatamente il pronto soccorso.

Se un medico arriva in tempo, può trattare la persona con un antagonista, come il naloxone, che aiuterà a risolvere lo stato di overdose. È importante riferire al medico quale droga la persona ha assunto perché egli possa decidere quale antidoto somministrare.

Il soggetto in overdose deve essere monitorato per alcune ore. Il metadone è una sostanza ad azione protratta. Il naloxone, invece, agisce per breve tempo. Se l'overdose è da metadone, dopo essere stata risolta con il naloxone può ripetersi diverse volte nel tempo. Successive somministrazioni di naloxone saranno necessarie prima che il paziente sia fuori pericolo.



Cosa si deve fare in caso di overdose?

- Chiamare immediatamente il pronto soccorso e restare con la persona.
- Non forzarla a vomitare.
- Non fatele una doccia fredda.
- Non iniettare soluzioni saline.

Quali sono i segni di overdose da metadone?

- Nausea e vomito
- Miosi (pupille a spillo)
- Sonnolenza
- Pelle fredda e bluastra
- Battito cardiaco rallentato
- Temperatura bassa.
- Respiro lento o mancanza di respiro

Che succede se un'overdose non è trattata?

- Interruzione del respiro.
- Edema polmonare (fluidi nei polmoni)
- Convulsioni
- Morte

La disintossicazione

Ciò che viene chiamato correntemente “disintossicazione”, cioè la riduzione programmata fino a zero della dose di metadone, in realtà non lo è. Il metadone è un farmaco che non intossica e la vera disintossicazione, se il programma è ben condotto, è già avvenuta dall’eroina e dalle sostanze di abuso. Si tratta quindi di un disimpegno dalla cura, cosa che i medici, quelli ben informati, generalmente non consigliano. Ogniqualevolta un soggetto smette di assumere un qualsiasi farmaco, interrompe la terapia, e non si “disintossica”. La qual cosa è vera anche per il metadone.

Anche se contrariamente al parere del medico, purtroppo, in molte situazioni e per molti motivi il disimpegno dalla cura viene richiesto ed effettuato. Per esempio, un paziente a metadone può finire in carcere o in un ospedale dove il metadone non viene somministrato. Ovvero, un paziente può voler obbedire a pressioni familiari o a quelle di un giudice, anch’esso disinformato sull’importanza di seguire le cure, per riunirsi con i figli affidati ad altri. Gli orientamenti della politica cambiano con lentezza, e a volte, vanno proprio in direzione opposta a quanto sarebbe consigliabile. Il fatto è che molti pazienti a metadone vengono impropriamente condizionati ad abbandonare la loro cura, anche quando questa è appropriata ed offre risultati apprezzabili.

Se i vostri operatori vi sottraggono la cura senza il vostro consenso, rivolgetevi ad un'altra struttura al più presto. Se i vostri operatori non vi aiutano, trovatene altri, contattate un programma di riduzione del danno, di scambio di siringhe, e contattate un'autorità. Per esempio, il Direttore Sanitario della vostra ASL. Negli USA si consiglia di consultare il sito:

<http://www.treatment.org/states/>



Alcuni diminuiscono la dose del metadone in breve tempo. Ma questa procedura può funzionare solo su chi non è veramente assuefatto all'eroina.

È comunque importante che anche coloro che intendono disimpegnarsi dalla cura siano del tutto motivati ad abbandonare il ricorso all'abuso di sostanze. È importante che si stabilisca intorno a loro un sistema di supporto che li aiuti a restare drug-free. Altrimenti il disimpegno non risulterà che in pochi giorni o settimane di astinenza e l'uso di droghe tornerà ad essere giornaliero. In questi casi, che sono i più frequenti, il ritorno al programma che avete abbandonato è necessario.

Ma ricordate. Se tornate all'uso di droghe dopo un disimpegno, non siete "un fallimento". Ogni periodo che riuscite a stare astinenti è un periodo di minori rischi per la salute e per il comportamento in genere. Sempre che siate riusciti ad evitare l'overdose alla ripresa degli abusi, quel tempo e quell'esperienza possono comunque servirvi per assumere decisioni importanti sul vostro futuro.



Guidare

Studi ripetuti hanno dimostrato che chi è in un corretto programma di mantenimento può fare tutto come chi non assume alcun farmaco.

I ricercatori hanno condotto studi di laboratorio e sul campo fin dal 1964. Da tutti questi studi è risultato che chi assume metadone in un programma ben condotto non ha alcuna conseguenza negativa rispetto alla capacità di pensare e di funzionare in modo del tutto normale.

I pazienti del metadone sono vittime di numerose discriminazioni, specialmente se intendono intraprendere un lavoro che implica di dover guidare una macchina o un camion.

Le discriminazioni persistono, nonostante il fatto che chi è in mantenimento metadonico non è assolutamente diverso dalla popolazione normale per quanto riguarda le capacità motorie, i tempi di reazione, capacità di apprendimento e di giudizio. Naturalmente, la capacità di pensare e di funzionare normalmente dipende dal fatto che la dose che viene assunta sia adeguata. Se avete problemi a questo riguardo, rivolgetevi al vostro medico ed assicuratevi che la dose che assumete sia quella giusta.

**chi è in mantenimento metadonico
non è assolutamente diverso
dalla popolazione normale.**

In viaggio con il metadone



Per chi prende il metadone, programmare un viaggio può essere veramente stressante. Le regole variano da paese a paese, a volte anche fra località diverse, molte di queste regole non sono affatto chiare.

Se viaggiate all'interno del paese, assicuratevi di avere con voi il farmaco necessario o di poterlo ottenere nei luoghi di destinazione.

È compito del vostro servizio segnalare la situazione agli altri servizi che dovranno ospitarvi temporaneamente per le somministrazioni del farmaco.

In ogni caso, è bene programmare questi servizi con congruo anticipo.

Tenete a mente che la legge limita la quantità di metadone che potete portare con voi (in Italia quantità necessarie per 8 giorni), e che queste regole variano in ogni altro paese.

Ogni servizio possiede una lista completa di tutti i servizi dislocati in ogni zona ed in ogni città. Negli USA si raccomanda di consultare il sito

<http://methinfex.home.mindspring.com/directory>

o per chi non ha accesso all'internet di rivolgersi al NAMA (National Alliance of Methadone Advocates, (212) 595-6262, o alle sue sezioni locali. Il Gruppo SIMS è la sezione italiana del NAMA.



Viaggiando all'estero, il metadone è una sostanza utilizzata nei principali paesi, i quali consentono ai visitatori di portare con sé il farmaco prescritto del quale hanno bisogno. A questa politica, però, vi sono eccezioni.

Alcuni paesi non mettono a disposizione il metadone e non ne consentono l'importazione. Inoltre, alcuni paesi non consentono l'ingresso di chiunque abbia violato la legge e sia stato oggetto di annotazioni penali.

Un ottimo riferimento per chi vuole sapere il regime di ogni paese è il sito:

<http://home.muenster.net/~indro/traveg.htm>

Se non siete collegati ad internet potete consultare il Gruppo SIMS (0584 72600 – fax 0584 735070).

Dovunque andiate, però, programmate bene il vostro viaggio e decidete in anticipo le località dove dovrete stare e portate sempre con voi una lettera del vostro servizio che stabilisce i criteri per il vostro affidamento o per le somministrazioni in loco.

Se il paese di destinazione non consente l'ingresso del metadone e non ne permette la somministrazione, il rischio di farlo passare alla frontiera è troppo alto. Si consiglia di riconsiderare il viaggio e di scegliere come destinazione piuttosto un paese dove somministrazione e possesso sono perfettamente legali.



Il metadone e il dolore

Sia in Italia che negli Stati Uniti, il dolore non è affrontato e trattato come si dovrebbe. Ciò è in parte dovuto ad ignoranza ed a pregiudizi, ma anche a causa delle leggi che hanno fatto dell'eroina una sostanza illegale. Molti governi hanno, inoltre, perseguitato e mandato sotto processo i medici che prescrivevano oppioidi.

Se siete in un mantenimento metadonico, la vostra dose abituale di metadone non vi darà sollievo alcuno per ogni eventuale dolore. Per ridurre il dolore avrete bisogno di una maggiore quantità di analgesico rispetto a quella necessaria per chi non assume metadone.

Una generale e crescente consapevolezza di quanto molti hanno dovuto soffrire inutilmente per essere stati sottomedicati per i loro dolori, comincia a rendere urgenti i cambiamenti necessari.

Per poter affrontare le situazioni dolorose, i medici stanno cominciando a manovrare gli oppioidi più liberamente, e fra questi c'è anche il metadone, che è efficacissimo come analgesico.

**molti hanno dovuto soffrire inutilmente
per essere stati sottomedicati per i loro dolori.**

*Finito di stampare
nel novembre 2001
presso la
Tipografia Commerciale Pavese
Pavia*

Per ulteriori informazioni sul metadone o per ordinare copie di questo libretto, contattare:

Negli USA:

The Lindesmith Center-Drug Policy Foundation

925 Ninth Avenue

New York, NY 10019

Tel: (212) 548-0695

Fax: (212) 548-4670

e-mail methadone@drugpolicy.org

Web site: www.drugpolicy.org

In Italia:

Gruppo SIMS

Via Stagio Stagi, 81

55045 Pietrasanta (Lu)

tel. 0584 72600

fax. 0584 735070

e-mail simsnr@versilia.net

Web site: www.sims.it

