

Perché il paziente sta assumendo una BZRA?
 Se non è chiaro, verifica se il paziente ha una storia clinica di ansia, se nel passato è stato visto da uno psichiatra, se ne ha iniziato l'assunzione durante un ricovero ospedaliero per dormire oppure a seguito di un lutto

- Insonnia come tale OPPURE insonnia quando le sottostanti co-morbidità sono gestite
Per coloro di età ≥ 65 anni: utilizzazione di BZRA indipendentemente dalla durata (da evitare come farmaco di prima scelta nel paziente anziano)
Per coloro di età 18-64 anni: utilizzazione di BZRA per > di 4 settimane

- Altri disturbi del sonno (per esempio, gambe senza riposo)
- Situazioni non controllate di ansia, depressione, oppure condizioni fisiche o mentali che possano causare oppure aggravare l'insonnia
- Benzodiazepine efficaci specificatamente per l'ansia
- Astinenza da alcool

Coinvolgere i pazienti (discutere dei rischi potenziali, dei benefici, del piano di cessazione, dei sintomi e della durata)

CONTINUARE BZRA

- Minimizzare uso di sostanze che peggiorano l'insonnia (per esempio, caffeina, alcool, etc.)
- Trattare le condizioni sottostanti
- Considerare la consulenza di uno psicologo, oppure di uno psichiatra, oppure di uno specialista del sonno

CONSIGLIATA LA DEPRESCRIZIONE

Scalare e poi interrompere BZRA
 (scalare lentamente il dosaggio in collaborazione con il paziente, per esempio di circa il 25% ogni due settimane e, se possibile, verso la fine arrivare a riduzioni del 12.5% e/o a giorni programmati senza farmaco)

- **Per coloro di età ≥ 65 anni** (raccomandazione forte dalla revisione sistematica e valutazione GRADE)
- **Per coloro di età 18-64 anni** (raccomandazione debole dalla revisione sistematica e valutazione GRADE)
- Offrire consigli sul comportamento del sonno; considerare terapia cognitiva comportamentale (TCC) se disponibile (vedasi retro)

(GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations)

Controllo ogni 1-2 settimane per la durata della riduzione del dosaggio

Benefici attesi

- Miglioramento della attenzione, della cognizione, della sedazione diurna e riduzione delle cadute

Sintomi da cessazione

- Insonnia, ansia, irritabilità, sudorazione, sintomi gastrointestinali
 (in genere, tutti questi sintomi sono moderati, con un durata da pochi giorni fino ad alcune settimane)

Usare approcci non farmacologici per controllare l'insonnia
 Usare approcci comportamentali e/o TCC (vedasi retro)

Se i sintomi recidivano:

Considerare

- Mantenere la dose corrente della BZRA per 1-2 settimane, poi continuare la riduzione ad un passo più lento

Farmaci alternativi

- Per gestire l'insonnia, esistono altri farmaci. La valutazione della loro sicurezza ed efficacia va al di là dello scopo di questo algoritmo. Si consultino le linee guida della deprescrizione delle BZRA per dettagli.

Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso. Questo lavoro è coperto da Creative Common Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare deprescribing@bruyere.org oppure visitare il sito web deprescribing.org

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Lavoro non ancora pubblicato.

La traduzione Italiana dell'Algoritmo sulla Deprescrizione delle BZRA è stata autorizzata dagli autori e completata usando il processo riportato <http://www.open-pharmacy-research.ca/evidence-based-ppi-deprescribing-algorithm>.

Traduzione a cura di: Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, USA); Stefano Del Canale, MD, PhD, Marco Lombardi, MD, e Giovanna Negri, PharmD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia)

BZRA	Dosaggio
*Alprazolam ^{C, Cps}	0.25 mg, 0.5 mg, 1mg
*Bromazepam ^{C, Cps}	1.5 mg, 3 mg
Clordiazepossido ^{Cps}	10 mg
*Clonazepam ^C	0.5 mg, 2 mg
Clorazepato ^{Cps}	5 mg, 10 mg
*Diazepam ^{C, Cps}	2 mg, 5 mg
Flurazepam ^{Cps}	15 mg, 30 mg
*Lorazepam ^c	1 mg, 2.5 mg
Nitrazepam ^C	5 mg
Oxazepam ^c	15 mg, 30 mg
*Triazolam ^C	0.125 mg, 0.25 mg
Zopiclone ^C	7.5 mg
*Zolpidem ^{C,S}	5 mg, 10 mg

*=disponibile in gocce, C=comprese, Cps=capsule, S=sublinguale

Effetti Collaterali dei BZRA

- Le BZRA sono state associate a
 - dipendenza fisica, cadute, disordini della memoria, demenza, deficit funzionali, sedazione diurna ed incidenti stradali
- I rischi aumentano nelle persone anziane

Coinvolgimento dei pazienti e "caregiver"

I pazienti dovrebbero comprendere

- Il 'razionale' legato alla deprescrizione (rischi associati all'uso continuativo di BZRA, ridotta efficacia nel lungo termine)
- Si possono verificare sintomi da cessazione (insonnia, ansietà), che tuttavia sono, di solito, modesti, transitori e di breve durata (giorni o poche settimane)
- Che sono i protagonisti del piano di riduzione e quindi possono controllare modalità e durata della riduzione

Riduzione del dosaggio

- Non c'è nessuna evidenza che suggerisca come il cambiamento verso una BZRA a lunga durata riduca l'incidenza dei sintomi da cessazione o sia più efficace dello scalare il dosaggio della BZRA a breve durata
- Se le forme di dosaggio non permettono riduzioni del 25%, si consideri una riduzione iniziale del 50% e giornate senza farmaco nella parte finale dello schema di riduzione, oppure un cambiamento verso lorazepam o oxazepam per le fasi finali di cessazione

Gestione del comportamento

Assistenza ambulatoriale

- Andare a letto solo quando assonnati
- Non usare il letto o la stanza da letto se non per dormire (o intimità)
- Se non si riesce a prendere sonno entro 20-30 minuti al momento dell'addormentamento o dopo un risveglio, uscire dalla stanza da letto
- Se non si riesce a prendere sonno entro 20-30 minuti dopo essere tornati a letto, ripetere numero 3
- Fissare la sveglia tutti i giorni alla stessa ora
- Evitare il pisolino
- Evitare la caffeina dopo mezzogiorno
- Evitare esercizi, nicotina, alcool e pasti abbondanti 2 ore prima di andare a letto

Assistenza in strutture istituzionali

- Aprire le tende durante il giorno per ottenere esposizione alla luce naturale
- Mantenere l'allarme acustico al minimo
- Aumentare le attività nelle ore diurne e scoraggiare l'addormentamento in tali ore
- Ridurre il numero di pisolini (non più di 30 minuti e nessun pisolino dopo le 14)
- Servire caffè o tè decaffeinato, e latte caldo alla sera
- Eliminare cibo, caffeina e fumo prima di andare a dormire
- Far usare i servizi igienici al soggetto prima di andare a letto
- Incoraggiare orari regolari nell'andare a letto e nel risveglio
- Evitare il risveglio notturno per fornire assistenza sanitaria
- Proporre massaggi delicati alla schiena

Uso della TCC

Che cosa è la terapia cognitivo comportamentale (TCC)?

- La TCC comporta 5-6 sedute informative sul sonno/insonnia, controllo dello stimolo, restrizione del sonno, igiene del sonno, training di rilassamento e supporto

Funziona?

- È stato dimostrato in trial clinici che la TCC migliora gli esiti del sonno con benefici che si mantengono nel tempo

Chi la pratica?

- In genere, sono gli psicoterapeuti clinici a praticarla; tuttavia, altri professionisti possono essere qualificati o possono fornire aspetti della TCC. Sono disponibili programmi di auto-aiuto

Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso. Questo lavoro è coperto da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare deprescribing@bruyere.org oppure visitare il sito web deprescribing.org

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Lavoro non ancora pubblicato.

La traduzione Italiana dell'Algoritmo sulla Deprescrizione delle BZRA è stata autorizzata dagli autori e completata usando il processo riportato <http://www.open-pharmacy-research.ca/evidence-based-ppi-deprescribing-algorithm>

Traduzione a cura di: Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, USA); Stefano Del Canale, MD, PhD, Marco Lombardi, MD, e Giovanna Negri, PharmD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia)