

**“Il fenomeno delle
dipendenze da sostanze in
Toscana: consumi e
conseguenze, rete dei
servizi e trattamenti”
*I trattamenti erogati dai
Ser.T.***

Dottor Intaschi Guido

Responsabile U.F. SERT ASL 12 di Viareggio

Firenze

22 maggio 2014



Malattia Mentale, Dipendenze e Società



➤ Pregiudizi

➤ Disinformazione (*l'informazione sul tema "droga"*

o è parte della soluzione o è parte del problema!)

➤ Stigma

ADDICTION: Relazione complessa tra **eventi**,
ambiente, **sostanze**, **vulnerabilità** e **psicopatologia**
(tutto ciò che viene definito "**PREMORBID**":

***"Per diventare tossicodipendenti non bastano le
sostanze psicoattive !"***)

LO STIGMA “droga-correlato”



Chi ha problemi di droga è ghettizzato

Separato dal contesto sociale

Ha meno opportunità sociali

Non ha potere (non si associa, non fa valere i suoi diritti, non conta)

Chi si occupa di lui è al limite inferiore della scala professionale.

Addiction: una “normale” malattia cronica ma “curabile” che deve essere restituita ai **pazienti**, le cui motivazioni vengano finalmente rispettate, ai **medici** e agli **altri operatori psico-sociali SERT e C.T.**

Serve un **cambiamento culturale** come quello che riguardò la malattia mentale più di trent'anni fa (SITD)

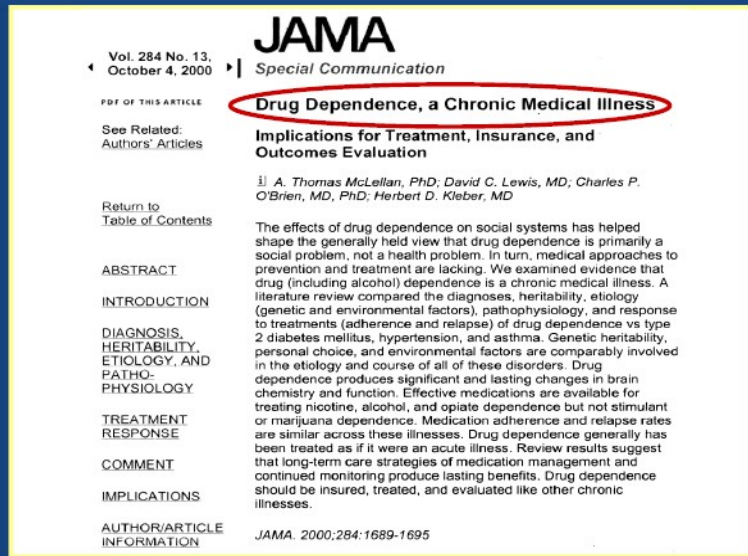
ADDICTION: “quintessenza” dei disturbi da interpretare in chiave bio-psico-sociale e da avvicinare con prospettiva di lunga durata

- “l’**esito di un buon trattamento**, e l’aspettativa più ragionevole che si può nutrire , è rappresentato da un **significativo decremento nell’uso della sostanza e da lunghi periodi di astinenza** , con solo occasionali ricadute. Ciò fa sì che un ragionevole standard di successo del trattamento (“**recovery**”:*recupero come miglioramento dimensioni OUTCOME*) sia rappresentato dalla **gestione della malattia e libertà dai sintomi** (“**care**”) e non solo dalla sua cura (“**cure**”)”. (Leshner,1997)
- **Paradosso** della **diversa considerazione della ricaduta che segue la interruzione del trattamento** (efficacia/inefficacia) tra **malattie croniche** come **diabete, ipertensione e asma** ed il campo dell’addiction e della doppia diagnosi. (McLellan e coll.,2000)

Tossicodipendenza, cronicità e necessità di nuovi approcci organizzativi

(Chronic Care Model)

Drug dependence, a chronic medical illness
(McLellan AL et al. 2000)



"... in termini di vulnerabilità, esordio, decorso l'addiction è simile ad altre malattie croniche quali il diabete, l'ipertensione e l'asma..."(McLellan)

I DIRITTI di ASSISTENZA e CURA

della persona con Disturbo da Uso di Sostanze:

LEA PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA

Bisogna cambiare strategia:

Dal sintomo, dalla difficoltà, dal limite passare a riconoscere anche e soprattutto le capacità residue e potenziali dell'individuo e del suo contesto

“Curare” (cure) ogni volta che è possibile!

“Prendersi cura” (care) sempre!

La PERSONALIZZAZIONE

del trattamento: Libertà

da droghe (cure) VS

Libertà dai sintomi (care)

“RESTITUIRE AL DROGATO IL DIRITTO DI CITTADINANZA”

(PANI SITD 2008)



“SOMMERSO” (e ri-sommerso) della tossicodipendenza ancora molto alto sia in ITALIA che in UE!

REPORT NAZIONALE ITALIA

TOSSICODIPENDENZE (DPA anno 2013):

In Italia nel 2012 e primo semestre 2013 i **soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento)** risultano stimati in circa **438.500** (467.800 nel 2011) e rappresentano l'**11,1/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni**.

Di questi ben **277.748** (7,1/1000 residenti) **non risultano essere in trattamento** presso i servizi di assistenza, dei quali, circa 52.000 dipendenti da **oppiacei** (1,3/1000 residenti), 81.100 da **cocaina** (2,1/1000 residenti) e circa 145.000 per **cannabis** (3,7/1000 residenti).

Il totale delle **persone in trattamento presso i Ser.T.** è stato **164.101** nel 2012 (172.211 nel 2011) quindi **circa il 40% dei tossicodipendenti aventi bisogno**.

Dati recenti

OEDT:

su circa **1,6 milioni di dipendenti da oppiacei stimati nei paesi UE solo 462.412 risultano in trattamento con METADONE o BUPRENORFINA.**



CURARE : INVESTIRE

- **E' necessario pertanto, incrementare la quota delle persone tossicodipendenti in trattamento, riducendo quindi quella degli aventi bisogno e che non sono ancora entrati in terapia, attraverso un aumento delle strutture in grado di fornire offerte terapeutiche valide, sia ambulatoriali che residenziali, perché è stato dimostrato che il rappporto costi/benefici, in questo caso, è estremamente **vantaggioso** avendo valori che oscillano tra 1/6 e 1/8. (REPORT NAZIONALE TOSSICODIPENDENZE DPA anno 2013)**

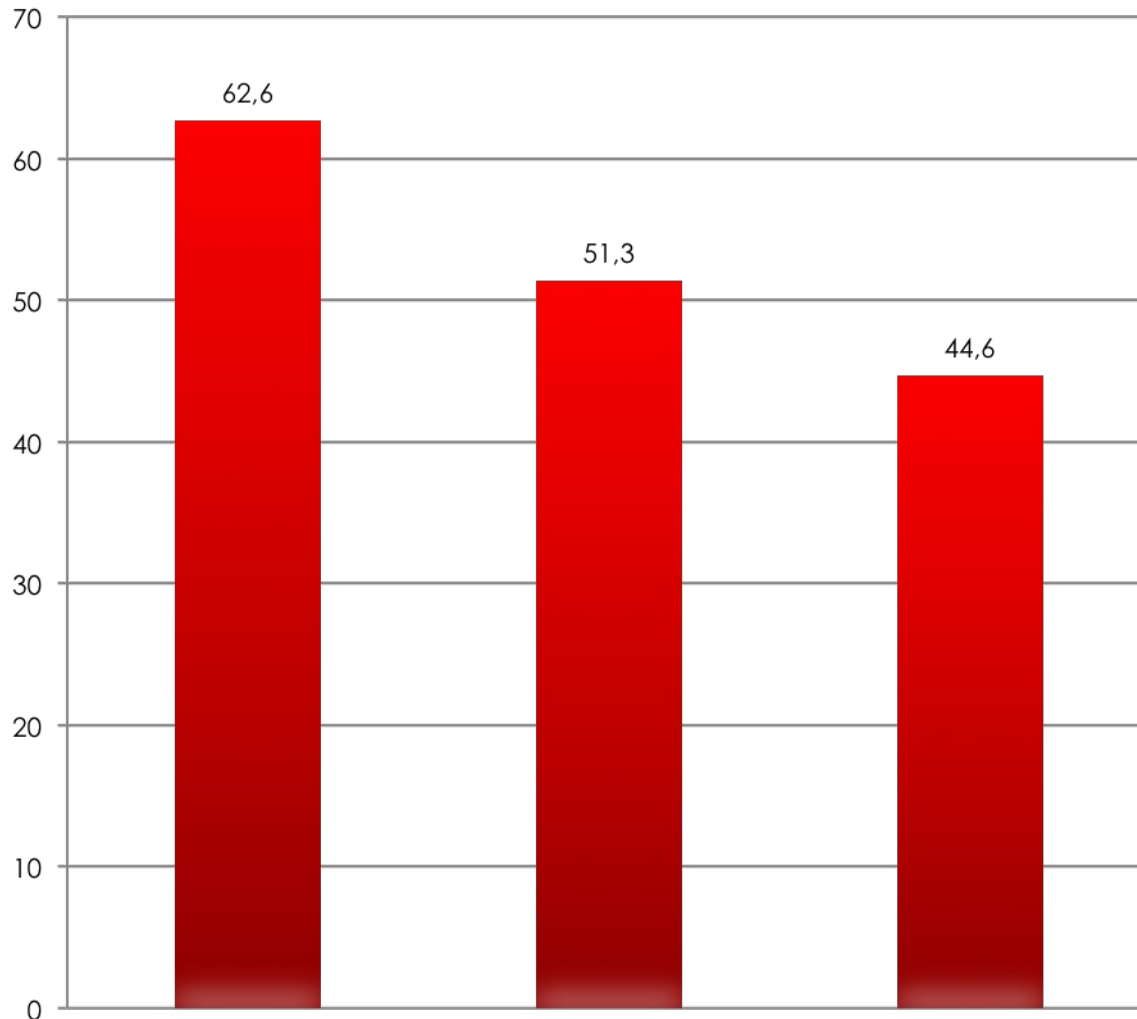


■ REPORT NAZIONALE TOSSICODIPENDENZE

(DPA anno 2013)

- **Dall'analisi della distribuzione dei pazienti per macro-categoria di prestazione erogata, dove un assistito può essere conteggiato tante volte quante le tipologie di prestazioni fruite, emerge che per ciascun assistito nel 2012 (N.B. il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T. è stato 164.101) sono state erogate mediamente dalle 3 alle 4 tipologie differenti di macro-prestazioni, ed in particolare 3 per gli assistiti in trattamento psico-socio-riabilitativo e 4 per gli assistiti in trattamento farmacologico integrato.**

Trattamento farmacologico integrato



■ Almeno un trattamento farmacologico e almeno uno SR

*I valori sembrano non riflettere le reali attività a causa della parziale registrazione delle stesse

**Ausl
12***

**Relazione
parlamento
2013**

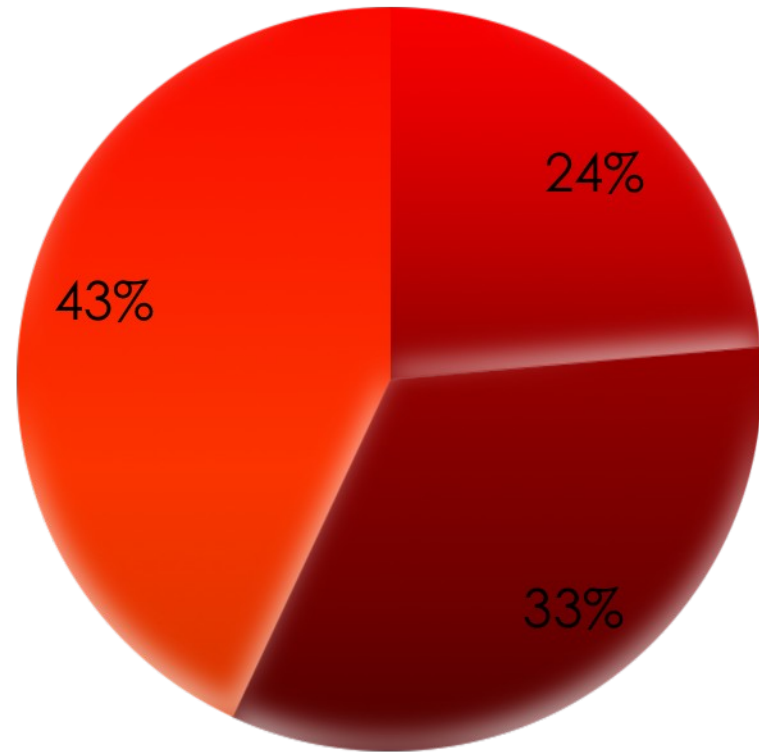
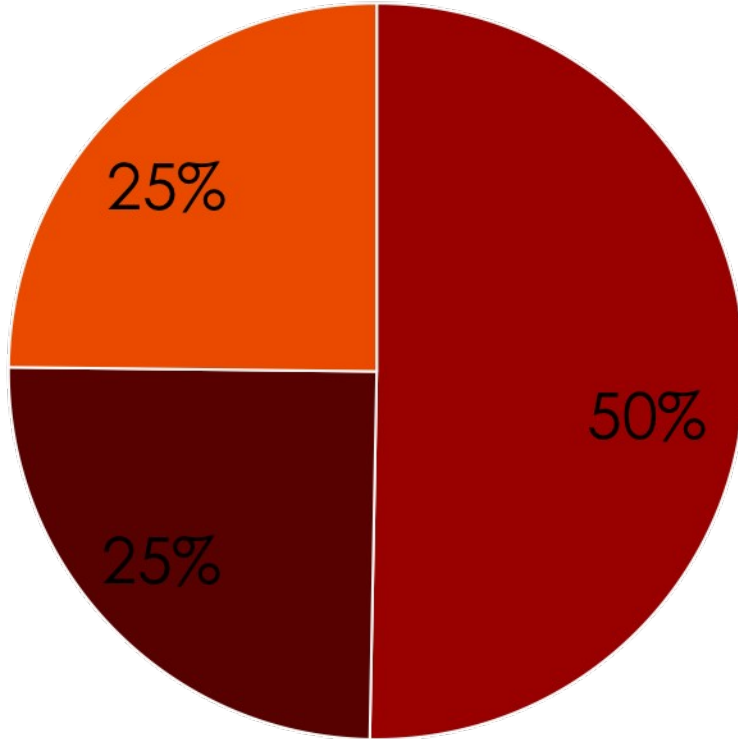
**Media
Regione***

Regione Toscana

Ausl 12

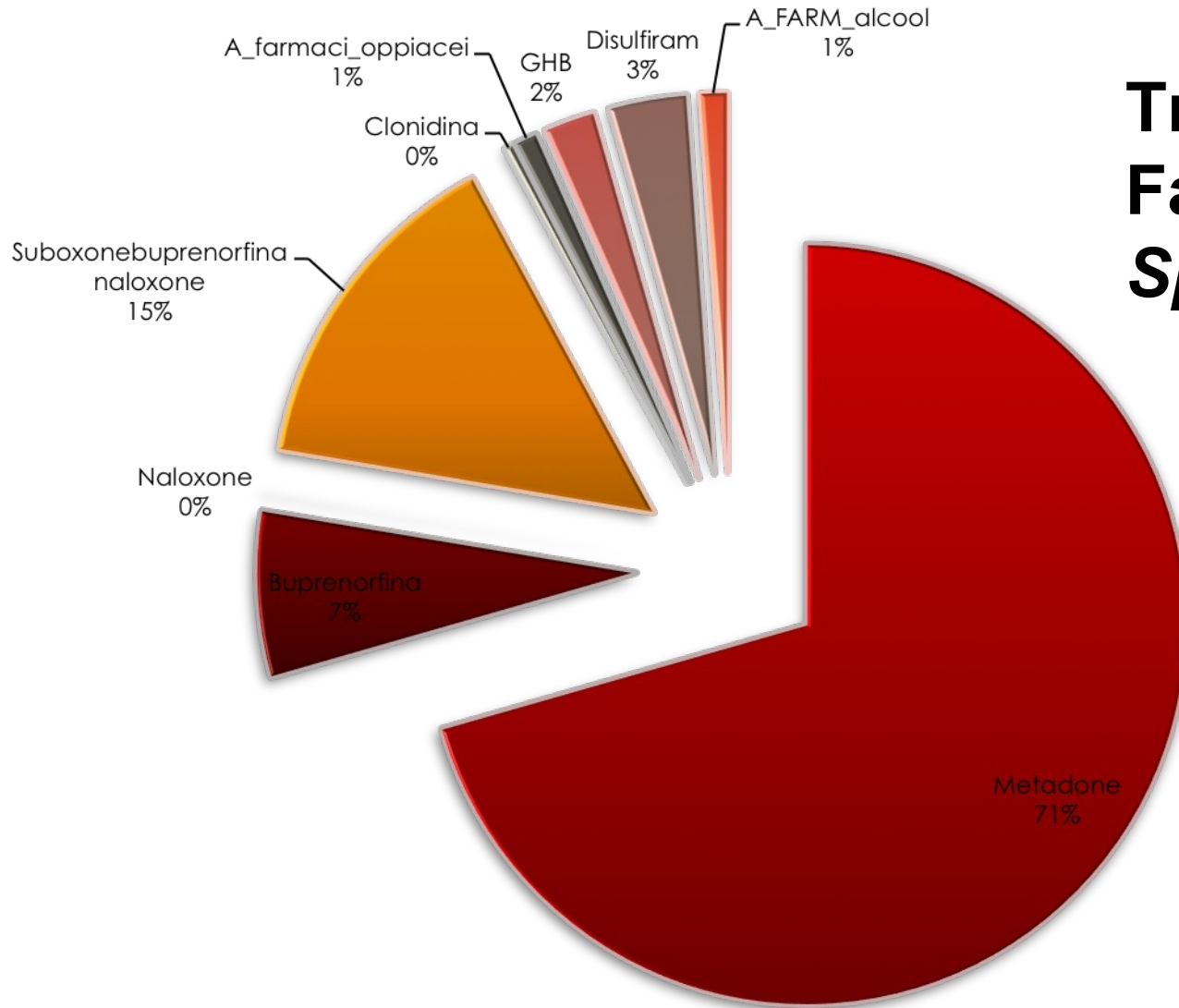


■ Nessun Farmaco ■ Monoterapia ■ Politerapia





Trattamenti Farmacologici Specifici

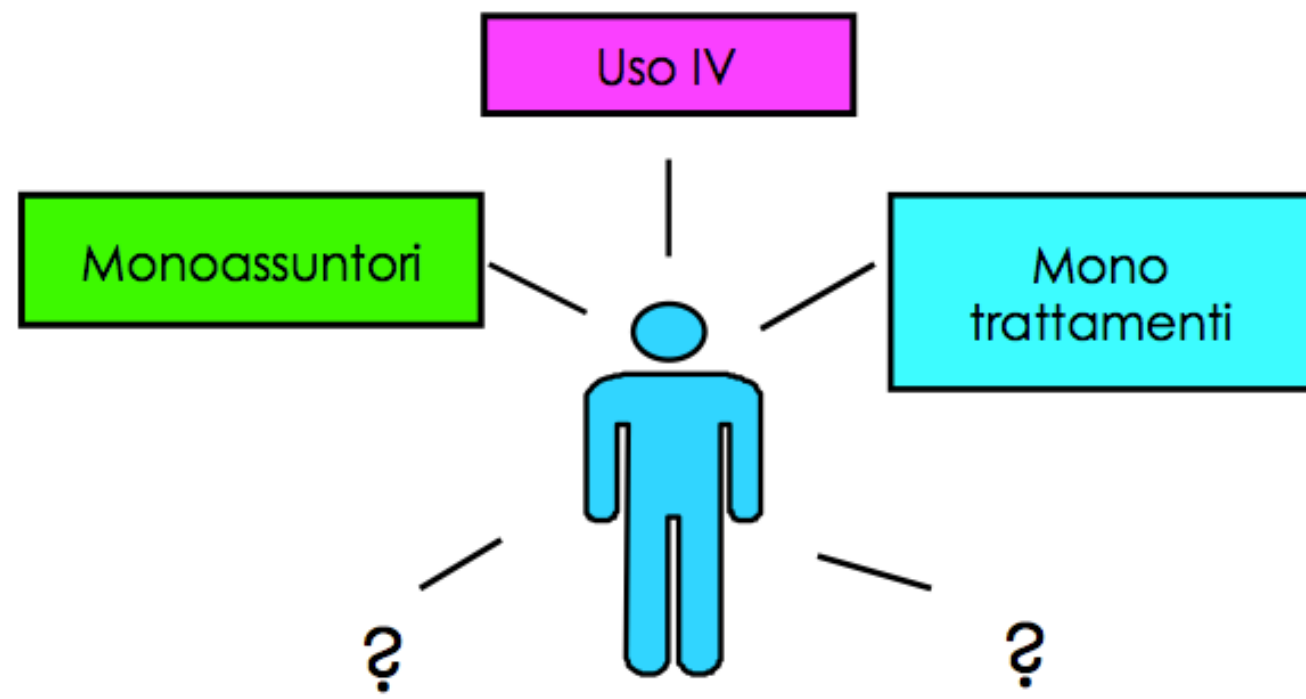


Progetto OUTCOME

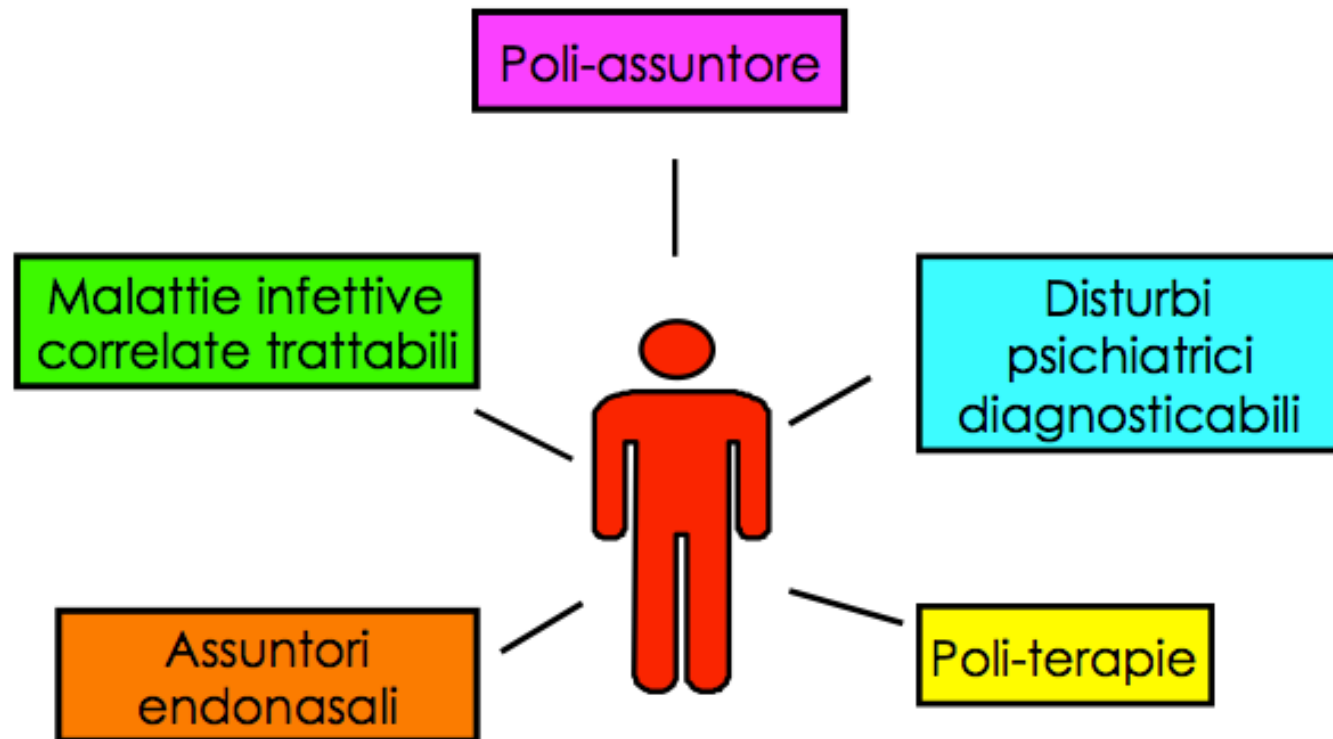


- All'interno del gruppo di pazienti in trattamento farmacologico il 78,9% dei soggetti viene somministrato il metadone e al 15,3% dei soggetti viene somministrata la buprenorfina.
- Nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica con metadone, si riscontra un approccio differenziato tra le diverse tipologie di sede: emerge una tendenza generale a privilegiare terapie a lungo termine in tutte le tipologie di servizio (Ser.T., Carcere, Comunità terapeutica).
- Grazie al sistema di valutazione di esito dei trattamenti è stato stimato il costo-beneficio su 8145 pazienti assistiti, utilizzando come indicatore monetario per stimare lo stesso, i soldi che non sono stati spesi per l'acquisto di eroina da parte dei pazienti per la dose giornaliera proprio grazie al trattamento. Il costo medio annuo per tossicodipendente in trattamento è risultato pari a 3.252 euro con una spesa complessiva per i 8145 utenti del campione pari a 26.485.758 euro. Il beneficio del trattamento è risultato di circa il 78 % dei giorni di terapia liberi da droghe. Si è raggiunto così un beneficio di 78.595.200 euro ed un saldo (benefici - costi) annuo pari a 52.066.441 euro.

Evoluzione delle caratteristiche dei pazienti il prima.....



Evoluzione delle caratteristiche dei pazienti.....il dopo



Evoluzione dei criteri di accesso ai trattamenti



| Dole & Nyswander 1966 | Ward, Mattick&Hall 1998 |
|---|--|
| 21 anni di età | Presenza di dip da oppioidi |
| Dipendenza da oppioidi da 4 anni | Evitare dipendenza iatrogena |
| Assenza di seria psicopatologia | Considerare anche le preferenze del paziente |
| Assenza di altre dipendenze | |
| Fallimenti ripetuti di altri Interventi terapeutici | |

Libertà dalle droghe (CURE) vs Libertà dai sintomi (CARE)



Recovery è: “libertà dai sintomi” oppure: “avere una vita” ?

National Outcomes Measures Domains (SAMHSA):

Substance use

Employment

Crime

Stability in housing

Social connectedness

Perception of care (or services)

Access

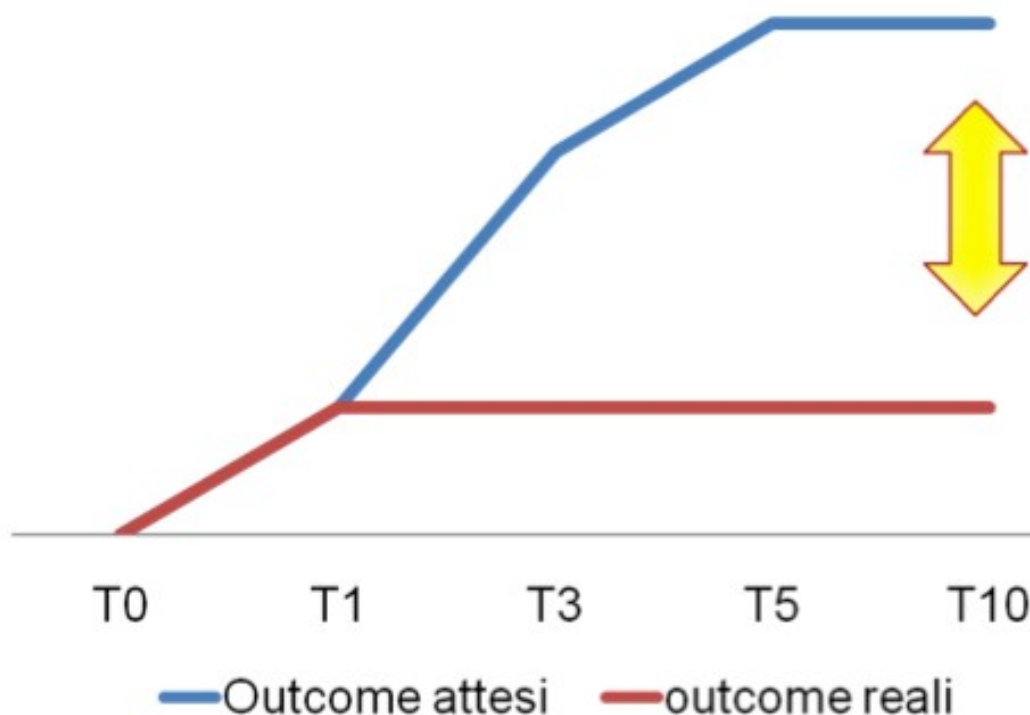
Retention

da 3 a 7 dimensioni migliorate



Terapia efficace

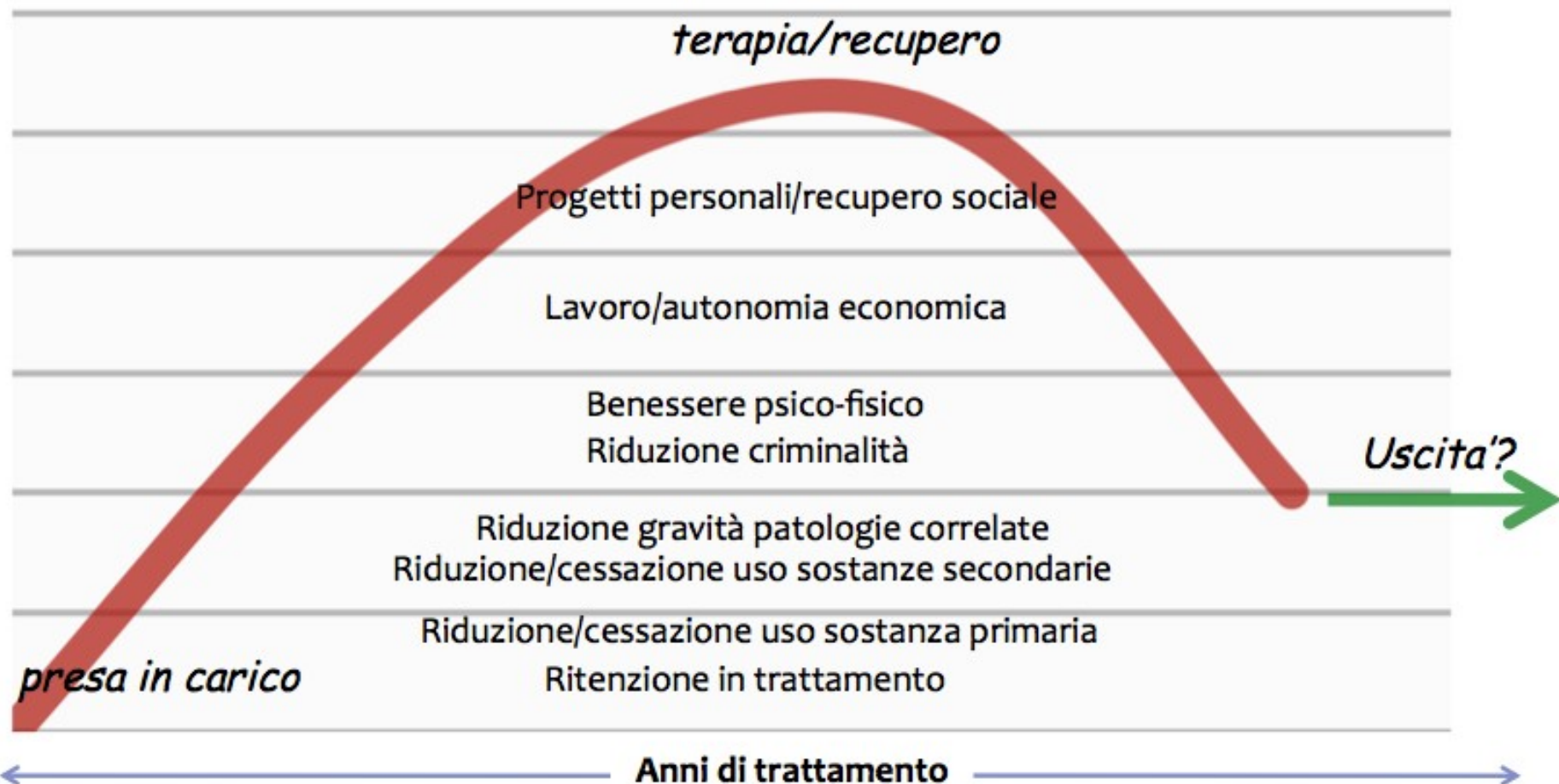
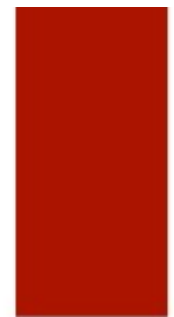
L'obiettivo



- “Avere una vita”
- De-stigmatizzazione
- Miglioramento della qualità di vita
- Consapevolezza dinamiche psichiche
- Reddito
- Riduzione dell'attività criminale

- Contrasto patologie correlate
- Riduzione del craving
- Cessazione dell'uso della sostanza

Quali obiettivi per quali pazienti?



Variabili in grado di modificare gli esiti della patologia e dei trattamenti



Storia TD
(anni)

Gli anni di tossicodipendenza sono predittivi di poor outcomes¹

Patologie psichiatriche

Disturbi asse I
Disturbi asse II
Temperamento e carattere²

“psychiatric severity is the most consistent and powerful predictor of treatment”

(O'Brien & McLellan, *Neuropharmacology*, 2009)

Poliabuso

Esiste una correlazione tra la tendenza al poliabuso e la presenza di tratti psicopatologici predittivi di poor outcomes³

1. Ward, Mattick & Hall, *Harwood Acad Press*, 1998
2. Le Bon et al., *Drug & Alcohol Dep*, 2003
3. Conway et al, *Drug & Alcohol Dep*, 2003

La comorbidità psichiatrica

- La necessità di una diagnosi differenziale;
- Ritardo nella diagnosi stessa (1);
- Comparsa di sintomi psicopatologici più gravi (2);
- Scarsa aderenza ai trattamenti (3);
- Minore efficacia delle terapie (4);
- Maggiore associazione con malattie organiche (5);

1. Albanese MJ et al 2006

2. Ringer PA et al 2008

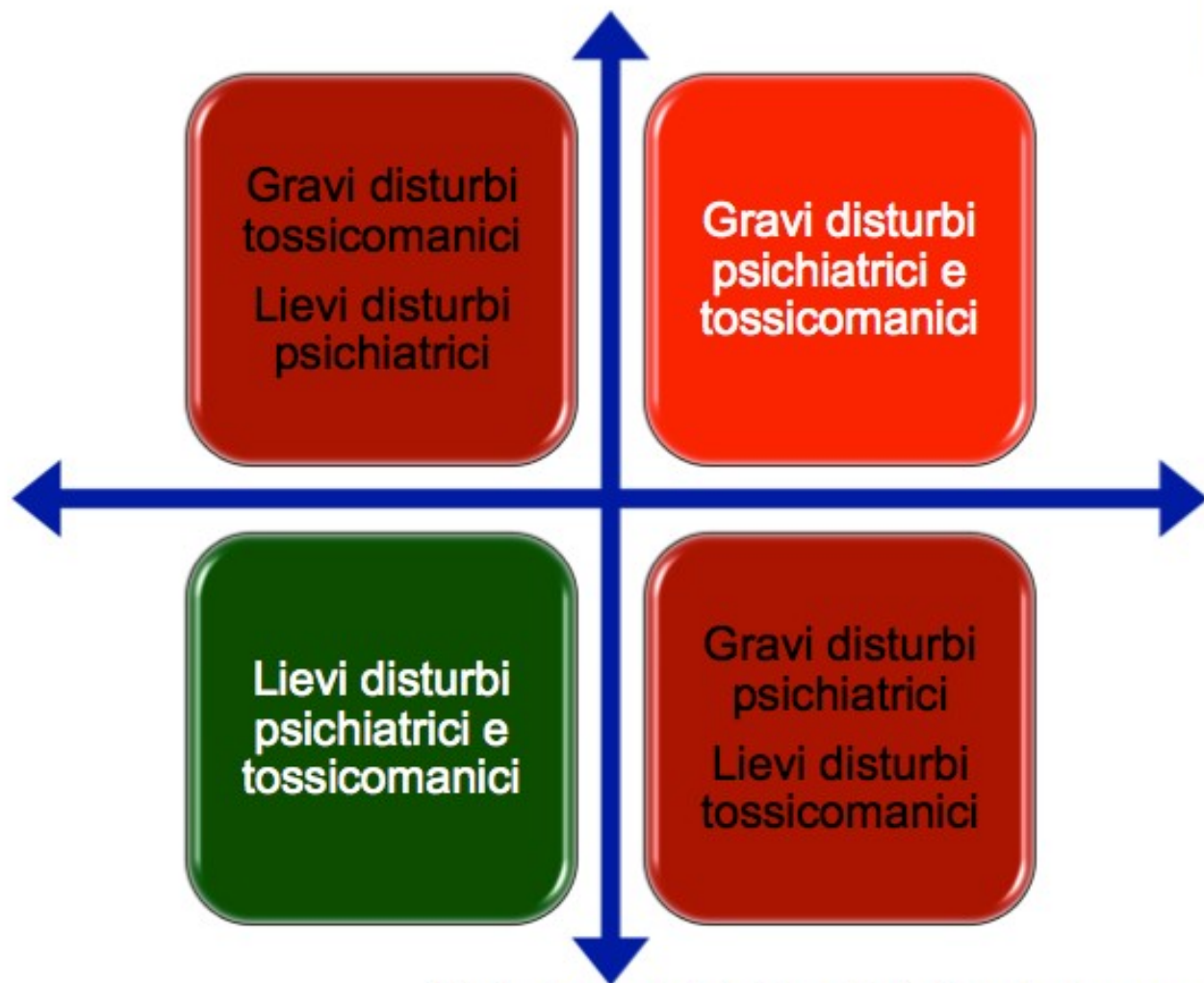
3. Verhuel R et al 1998

4. Torrens M et al 2005

5. Rosenberg SD et al 2005

Spettro di gravità

Disturbo uso di sostanze



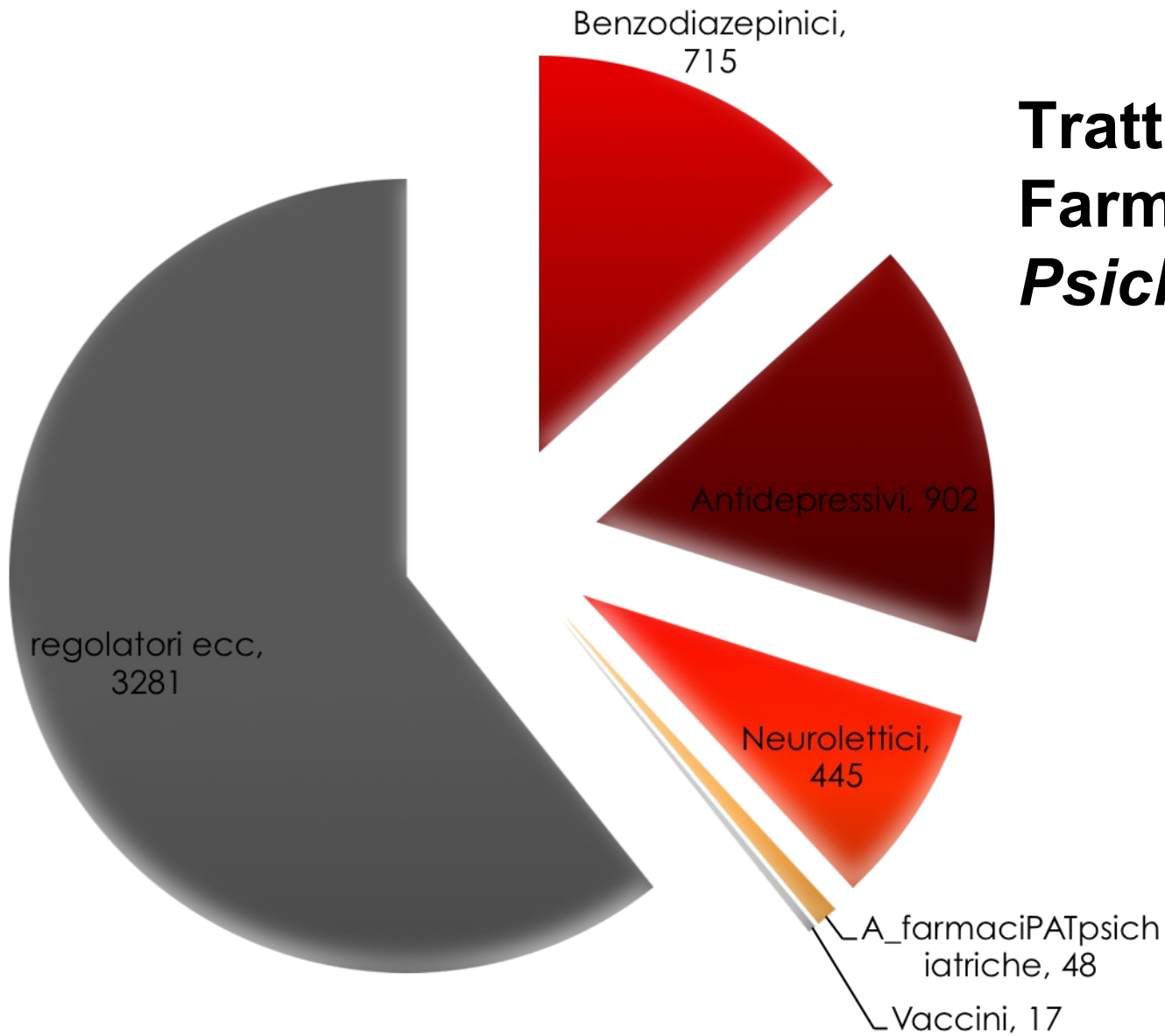
Disturbo psichiatrico/infettivologico ecc



- integrazione
- collaborazione
- consulenza



Trattamenti Farmacologici *Psichiatrici*



Il poliabuso



- Peggior risposta al trattamento;
- Peggior prognosi di malattia;
- Maggiore gravità nella psicopatologia in comorbidità;
- Minori tassi di risposta clinica ai trattamenti;
- Aumentato rischio di insorgenza di disturbi psicopatologici associati.

CAMBIAMENTO CULTURALE verso il faticoso ma necessario processo di “normalizzazione”



La classificazione delle attività trattamentali nelle tossicodipendenze I

Il nodo principale nel classificare in modo soddisfacente le attività trattamentali nelle tossicodipendenze è quello della reale natura del disturbo e della sua risolvibilità sul piano clinico/fenomenologico

*Have we evaluated addiction treatment correctly?
Implications from a chronic care perspective*

Thomas McLellan, ADDICTION, 2002, 97, 249-252

Paolo Jarre, Roma 1 aprile 2003

Appare oggi sempre più necessario superare progressivamente il **divario** esistente tra **progresso scientifico**, specie nel campo delle **neuroscienze**, ed i **pregiudizi culturali dell'opinione pubblica** (mal informata dai mass-media ma anche da una parte degli operatori e della politica) sulla **natura del comportamento di dipendenza** (sindrome unitaria o no? decorso acuto, subacuto o cronico recidivante del comportamento di dipendenza ?), sul **tossicodipendente** (malato da curare o deviato da punire?), sulla **terapia farmacologica** (metadone o buprenorfina farmaco efficace o droga di stato?)

De-stigmatizzazione dei processi terapeutici



- L'affidamento domiciliare delle terapie è considerata in atto la strategia farmaco-terapeutica più importante per sostenere i percorsi riabilitativi del paziente, favorendo una migliore gestione del tempo, una migliore organizzazione della qualità della vita, una reintroduzione del paziente in una dimensione lavorativa.
- Reinserimento del paziente stabilizzato nei “normali” percorsi di cura, come avviene per le altre patologie.

IL TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO con farmaci “sostitutivi” (METADONE e BUPRENORFINA) è EFFICACE?



- I trial clinici e gli studi osservazionali (VEDETTE, OUTCOME...) concordano sul fatto che i dipendenti da oppiacei trattati con metadone (e buprenorfina) ottengono dei risultati migliori in termini di uso di sostanze e di comportamenti criminali rispetto ai non trattati e a quelli che hanno effettuato una semplice disintossicazione.
- I programmi di mantenimento con metadone (e buprenorfina) garantiscono una permanenza in terapia (ritenzione) superiore rispetto alle altre modalità di trattamento.
- Se valutati dopo la cessazione del trattamento, i pazienti che lo hanno seguito per lungo tempo ottengono risultati migliori di coloro che lo hanno effettuato per breve tempo.
- I pazienti stabilizzati su dosaggi più elevati di metadone (e buprenorfina) ottengono risultati migliori

IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE psico- socio-riabilitativo “DRUG-FREE” è EFFICACE?



- *I pazienti sia durante che dopo il trattamento manifestano un comportamento migliore rispetto all’inizio dello stesso.*
- *I pazienti ammessi al programma ottengono risultati migliori rispetto a quelli che hanno chiesto l’ammissione ma non hanno cominciato il programma (o si sono solo disintossicati).*
- *Il fattore predittivo di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza.*
- *La ritenzione in terapia è minore sia rispetto ai programmi “farmacologicamente assistiti” (terapia di mantenimento con metadone e buprenorfina), sia alle comunità terapeutiche.*

Una riflessione sulle ricerche di valutazione degli interventi terapeutici nel campo delle dipendenze (articolo di **Anders Bergmark** presentato da Maurizio Coletti su “*Dal Fare al Dire*” n.1 /2014)



Già negli anni Settanta sono state condotte varie ricerche empiriche per risolvere un problema: **quale è la psicoterapia più efficace?**

Il risultato di quelle ricerche, confermato da studi più recenti nel settore dipendenze (MATCH, COMBINE, UKATT), è stato che **tutte le psicoterapie sono più efficaci di un placebo** o del semplice passare del tempo, ma **nessuna è più efficace delle altre**. È il famoso “verdetto di Dodo”, (appunto l'uccello di “Alice in the Wonderland”), cioè “**tutti hanno vinto e tutti meritano un premio**”. L'equivalenza generale degli outcome delle diverse modalità di psicoterapia (CBT, MET...) costituisce una controversia irrisolta sulla importanza dei “fattori comuni/contextuali” (a tutte le psicoterapie) e “fattori specifici” (di ogni approccio, scuola, tecnica) nell'efficacia.

WWW.MACISTE.IT



Organizzazione "motivazionale" dei Servizi



permette di:

- **Capire in quale stadio del cambiamento previsto si trova la persona Td**
- **Prevedere lo sviluppo del processo di cambiamento**
- **Promuovere il processo di cambiamento**
- **Sostenere il progresso lungo gli stadi**

Per favorire tale processo il SERT deve darsi una "colonna sonora" chiara con "ritmo giusto"

Considerare che cosa non-fare per non ostacolarlo: fare attenzione al linguaggio e all'atteggiamento EMPATICO crea un "milieu terapeutico"!

(Edo Polidori, SITD 2011)

Quali obiettivi per quali esiti?

OUTCOME: "Tutti i cambiamenti osservati nel paziente (sintomi, comportamenti, funzionalità) che possono essere ragionevolmente ricondotti al trattamento".

Spesso il paziente non segue le indicazioni del medico perché non ne è convinto!

La patologia tossicomane non è curabile "in modo passivo"!

Necessità di "far ballare insieme lo stesso ballo" a pazienti e operatori, a ricercatori e clinici, trovando "opinion leader" agenti del cambiamento, sia a livello politico che di comunità locale, per superare il **grande divario tra evidenze scientifiche e rappresentazione sociale delle tossicodipendenze.**



Dipendenze: un “sistema in crisi” in una “società in crisi”



SETTE ALTERNATIVE ALLA “EVIDENCE BASED MEDICINE”

Eminence based

Vehemence based

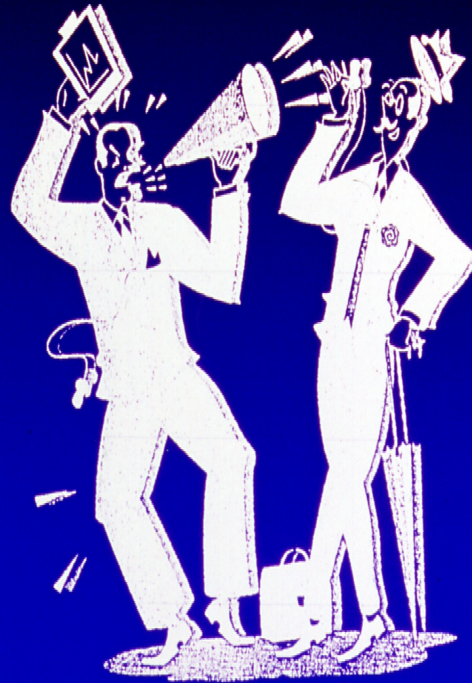
Eloquence based

Providence based

Diffidence based

Nervousness based

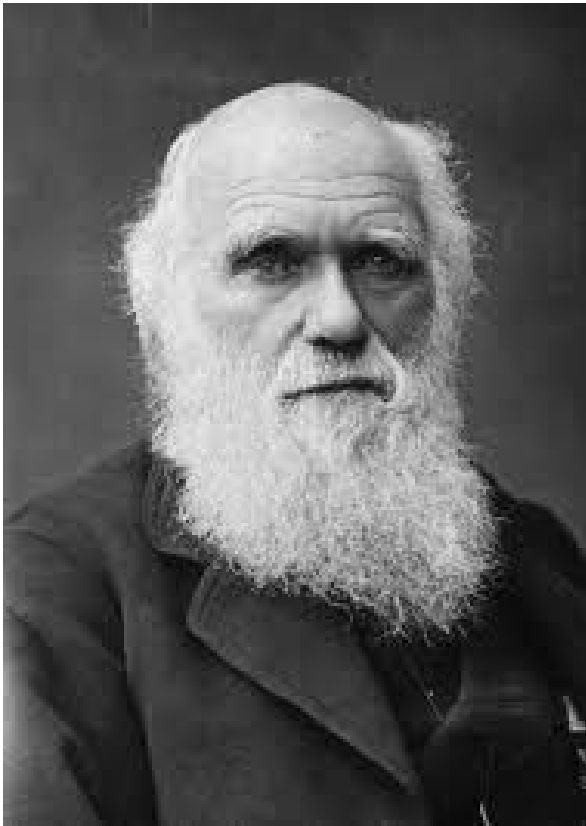
Confidence based



- Servono maggiori risorse economiche per garantire i LEA per i “malati da droghe” in Italia.
- Ancora poco diffusa la valutazione del risultato dei vari trattamenti che hanno le stesse risultanze per psicosociale, psicosociale integrato e farmacologico con quasi un terzo delle Regioni e PP.AA. che la effettuano e più della metà **53,8%** che la dichiarano non applicabile.

CAMBIAMENTO e/o EVOLUZIONE:

Siamo in grado di cambiare e migliorare i risultati(OUTCOMES) dei trattamenti erogati dai Ser.T.?



“Non è la specie più forte a sopravvivere, e nemmeno la più intelligente.

Sopravvive la specie più predisposta al cambiamento.”