

IL VALORE DELL'ESPERIENZA E LE EVIDENZE SCIENTIFICHE

Conferenza di consenso per i percorsi degli interventi di prevenzione e di cura

Quest'anno FeDerSerD ha avviato una *conferenza di consenso* sulle terapie e la prevenzione delle dipendenze; abbiamo chiesto di partecipare ai colleghi che hanno seguito i nostri eventi e ai componenti della Consulta Nazionale degli Operatori ex L.309/90.

Sono stato delegato a coordinare il gruppo di lavoro incaricato di redigere le raccomandazioni.

Esso è composto da colleghi dirigenti di FeDerSerD di elevata e riconosciuta professionalità: Maurizio Fea, Claudio Leonardi, Ezio Manzato, Felice Nava, Giorgio Serio. Partecipa inoltre al gruppo di lavoro Stefano Salvadori del CNR.

Nei Ser.T. curiamo oltre 170.000 pazienti l'anno e siamo convinti che l'incontro della nostra esperienza con le evidenze scientifiche possa produrre le migliori raccomandazioni per trasferire i risultati della ricerca nella pratica e nelle azioni di prevenzione.

Sappiamo che esiste una distanza tra ciò che dicono le evidenze scientifiche e molte delle prassi cliniche e di prevenzione che vengono attuate. Vorremmo capire con questa conferenza quali sono le ragioni di tale distanza e se, e come, sia possibile colmarla.

Il nostro obiettivo è quello di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo per quanto possibile quella parte (troppo grande nel nostro settore) di variabilità nelle decisioni che è legata alla carenza di conoscenze, alle rappresentazioni sociali e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali e di prevenzione. Una *conferenza di consenso* ci è apparsa quindi

la più indicata per arrivare alla produzione delle raccomandazioni perché il tema da trattare è controverso e necessita di un dibattito sulle diverse posizioni. Queste raccomandazioni potranno rappresentare anche uno strumento utile al decisore politico e alla collettività. Gli argomenti della nostra consensus sono:

- la terapia della malattia da eroina,
- la terapia della malattia da cocaina,
- la prevenzione delle dipendenze.

Il lavoro di consensus sarà il risultato della analisi di una vasta letteratura e la considerazione dell'opinione degli esperti su aspetti specifici della attività di cura e prevenzione. La metodologia che abbiamo scelto di seguire è quella del Metodo Delphi.

Il metodo Delphi fu sviluppato nel corso degli anni 60 nella Rand Corporation da Olaf Helmer, Norman Dalkey e Nicholas Rescher ed è una tecnica di raccolta d'informazioni che riproduce "artificialmente" il dibattito scientifico spontaneo (Jantsch, 1969).

Il metodo è un modello revisionale sistematico e interattivo basato su indipendenti inputs di esperti selezionati. Il metodo Delphi riconosce il valore dell'opinione, dell'esperienza e dell'intuizione dell'esperto e permette di usare l'informazione limitata disponibile in questi valori quando manca un pieno sapere scientifico.

La persona che coordina il metodo è conosciuta come "direttore" o "facilitatore" e facilita appunto le risposte del gruppo di esperti, che sono selezionati per le loro conoscenze che essi forniscono attraverso opinioni e punti di vista.

Tale metodo consiste in una serie di questionari scritti ed equivale ad una discussione anonima tra esperti o attori sociali. Questi esprimono il loro parere, indicando il loro accordo e/o dissenso rispetto a delle affermazioni che sono loro presentate in merito ad un tema prestabilito. I pareri raccolti sono poi sintetizzati in forma aggregata e anonima e nuovamente inviati ai partecipanti per una nuova consultazione. In questo modo ognuno può confrontare la propria opinione con quelle espresse dal gruppo.

Si tratta di un metodo iterativo che favorisce, attraverso valutazioni espresse in più consultazioni e tecniche di feedback, un meccanismo di autocorrezione e convergenza delle diverse opinioni e permettere l'emergere di eventuali schieramenti critici.

Il punto debole di questo metodo risiede nella soggettività della scelta delle persone coinvolte e nella notevole influenza che questa può avere sul risultato dell'inchiesta. Per tale motivo abbiamo proposto una serie di argomenti, a volte anche molto controversi, ad un panel di esperti seguendo l'approccio tipico del metodo Delphi in base al quale vengono condivise, tramite interviste, le opinioni in materia al fine sia di riprodurre il dibattito scientifico spontaneo che di verificare la concordanza delle stesse tra gli esperti coinvolti. Il panel di esperti, la cui partecipazione è totalmente volontaria, è costituito da tutti quei testimoni privilegiati che a vario titolo, sia livello dirigenziale, di programmazione od esecutivo, si occupano del fenomeno delle dipendenze patologiche quali ad esempio i membri della Consulta degli Esperti e degli Operatori Sociali sulle Tossicodipendenze ed il personale operante nei SerT attivi sul territorio nazionale. Abbiamo realizzato in tal modo una vera e propria Conferenza a distanza tra un vasto gruppo di professionisti con molta esperienza.

Variabili e loro ruolo: le informazioni rilevate sono sia interne che esterne alle aree di interesse.

Quelle interne sono analizzate al fine di identificare le aree di consenso per la stesura delle raccomandazioni. Tali variabili sono acquisite principalmente secondo una scala Likert a cinque intervalli, a cui sono comunque aggiunte delle domande a risposta aperta tali da consentire una specificazione delle indicazioni fornite.

Quelle acquisite esternamente alle aree di interesse riguardano le caratteristiche generali dei rispondenti, (sesso, età, anzianità di servizio, profilo professionale, partecipazione ad attività di prevenzione) e le caratteristiche principali dei servizi in cui i singoli esperti operano (totale dell'utenza trattata, la dimensione demografica della città in cui è collocato il servizio, l'area geografica di appartenenza): tali variabili sono utilizzate come eventuali fattori di controllo nella definizione delle aree di consenso.

Strumenti di misura, modalità di raccolta dati e gestione dell'informazione: sono state costruite quattro interviste; tre riguardanti le aree di interesse ed una riguardante le caratteristiche degli esperti partecipanti da compilare via web accedendo ad un portale dedicato. Lo stesso strumento verrà utilizzato per gli step interme-

di e finale di restituzione agli esperti partecipanti dell'informazione elaborata.

Le seguenti chiavi caratteristiche del metodo Delphi aiutano a focalizzare il problema e separano Delphi dalle altre metodologie:

- struttura di flusso delle informazioni;
- feedback regolare;
- anonimato dei partecipanti.

Inizialmente vengono raggruppate le risposte degli esperti ai questionari e i loro commenti alle altre risposte. Il direttore del panel controlla le interazioni tra i partecipanti, il flusso di informazioni e filtra i contenuti irrilevanti. Questo evita gli effetti negativi delle discussioni faccia a faccia e risolve i frequenti problemi di dinamiche di gruppo.

I partecipanti commentano le risposte degli altri nel corso dei questionari. In ogni momento possono rivedere le loro precedenti affermazioni. Mentre in incontri di gruppo regolare, i partecipanti tentano di far prevalere le loro opinioni e spesso si formano dei group leaders; Delphi previene questi problemi.

I membri mantengono l'anonimato. La loro identità non è rivelata nemmeno dopo il completamento del rapporto finale. Questo impedisce ai partecipanti di usare la loro autorità e personalità durante il processo per dominare gli altri. Ognuno è libero quindi di esprimere il proprio punto di vista, di fare aperte critiche, individuare errori e, se opportuno, ritornare sul proprio parere.

Abbiamo riscontrato un interesse straordinario a questa iniziativa testimoniato dalla partecipazione al 15 ottobre, oltre a 20 colleghi israeliani, di 184 colleghi provenienti da tutte le regioni italiane.

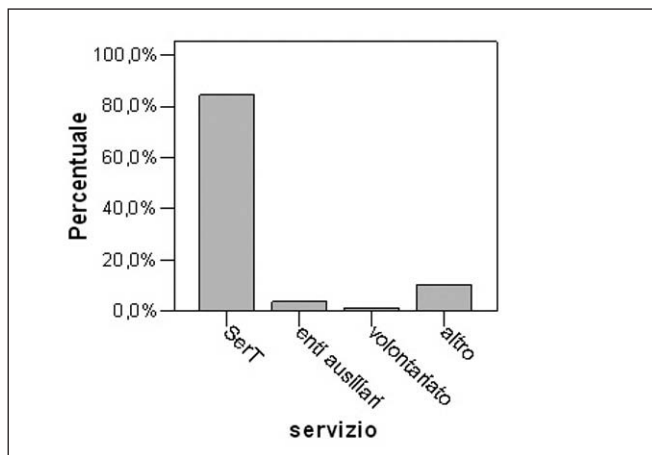
Di questi abbiamo il 57% di maschi (Graf. 1), l'82% lavora nei Ser.T. (Graf. 2), il 53% è costituito da medici, il 6% da infermieri, il 19% da psicologi, il 9% da assistenti sociali, l'11% da educatori (Graf. 3).

In questo numero di FeDerSerD informa troverete i primi commenti.

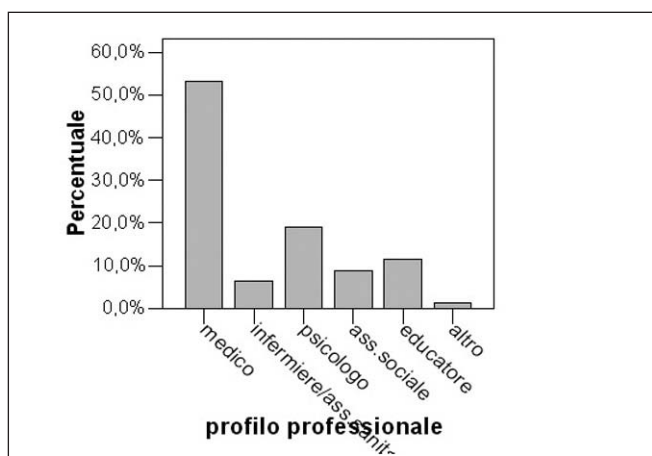
Graf. 1



Graf. 2



Graf. 3



PREVENZIONE

Nel formulare le domande per conoscere il grado di consenso sugli items considerati cruciali nel campo della prevenzione, abbiamo fatto riferimento alla classificazione che viene proposta da Institute of Medicine (1994) Prevenzione Universale - Selettiva - Indicata, includendo le Strategie di Prevenzione ambientale suggerite da EMCDDA¹, fino ai Principi Generali e Linee Guida proposti da NIDA sotto elencati. Riportiamo per comodità di lettura i riferimenti per esteso.

Prevenzione universale

È indirizzata all'intera popolazione (nazione, comunità locale, comunità scolastica, città, quartiere, donne in gravidanza, anziani...) con messaggi e programmi volti a prevenire o ridurre l'abuso di alcol, tabacco ed altre droghe. La prevenzione Universale è diretta a gruppi di persone numerosi non selezionati (che hanno lo stesso rischio di sviluppare una dipendenza) ed ha lo scopo di prevenire l'abuso di sostanze fornendo a tutti gli individui del target le informazioni e gli strumenti necessari ad affrontare i problemi connessi all'abuso di sostanze.

Prevenzione selettiva

È rivolta a gruppi o fasce di popolazione che hanno un rischio di abuso di sostanze più alto rispetto alla popolazione generale (carcerati, persone con familiari tossicodipendenti...). Tali individui non hanno ancora sviluppato abuso o dipendenza.

Prevenzione indicata

È indirizzata alle persone che hanno un elevato rischio individuale per l'abuso di sostanze, o in quanto ne hanno già sperimentato l'uso (pur non soddisfacendone i criteri diagnostici DSM-IV per l'abuso o la dipendenza) o perché presentano altre problematiche legate all'uso di stupefacenti. Sono individui ad alto rischio ma attualmente asintomatici e che necessitano pertanto di interventi specifici.

Strategie di prevenzione ambientale

La prevenzione universale è nella maggior parte dei casi diretta verso l'uso di sostanze in generale (legali ed illegali insieme); è molto frequente che si focalizzi sulle cosiddette droghe legali. L'obiettivo principale di questi tipi di interventi è infatti quello di prevenire il primo approccio alle sostanze legali (tabacco ed alcol), che è considerato il principale fattore di rischio per l'uso degli stupefacenti illegali. Le strategie ambientali sono misure preventive che operano a livello delle norme sociali e culturali in considerazione del fatto che, il consumo di alcol e tabacco, è profondamente radicato ed accettato nel contesto socio-culturale in cui viviamo. Mentre la prevenzione universale agisce su tutta la popolazione, quella selettiva su un gruppo più vulnerabile di essa e quella indicata a livello individuale, l'approccio ambientale lavora a livello sociale e culturale principalmente riformando l'approccio della società verso il consumo delle droghe legali.

PRINCIPI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE²

1. I Programmi di Prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (*Hawkins et al. 2002*).
2. I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco (*Johnston et al. 2002*).
3. I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al

¹ Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze OEDT 2006

² National Institute on Drug Abuse NIDA 2004

- rafforzamento dei fattori di protezione identificati (*Hawkins et al. 2002*).
4. I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche caratteristiche della popolazione o gruppo quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del Programma (*Oetting et al. 1997*).
 5. I Programmi di Prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero potenziare la rete e le relazioni familiari ed accrescere le abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli. Questi tipi di intervento dovrebbero inoltre promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari in riferimento all'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi ed una corretta informazione sulle droghe (*Ashery et al. 1998*).
 6. Possono essere messi a punto Programmi di Prevenzione per intervenire in età prescolare, indirizzandoli verso fattori di rischio per l'abuso delle droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche (*Webster - Stratton 1998; Webster Stratton et al. 2001*).
 7. Dovrebbero essere posti come obiettivo prioritario la realizzazione di Programmi di Prevenzione per i bambini della scuola elementare con lo scopo di perfezionare l'apprendimento scolastico e socio-emotivo. Essi devono essere indirizzati verso determinati fattori di rischio per l'abuso di droga quali: aggressività precoce, fallimenti e abbandono scolastici.
 8. I Programmi di Prevenzione per gli studenti della scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, potenziando (*Botvin et al. 1995; Scheier et al. 1999*):
 - l'attitudine allo studio ed il supporto scolastico;
 - la comunicazione;
 - le relazioni con i pari;
 - l'auto-efficacia e l'affermazione di Sé;
 - le capacità di resistere all'uso di droghe;
 - le attitudini antidroga (forse sarebbe opportuno specificare o trovare un sinonimo per "attitudini");
 - l'impegno personale contro l'abuso di droga.
 9. I Programmi di Prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio.
 10. I Programmi di Prevenzione per la Comunità che associano due o più programmi efficaci, quali ad es. quelli basati nello stesso tempo sul coinvolgimento della famiglia e della scuola, possono essere più proficui di un singolo programma (*Battistich et al. 1997*).
 11. I Programmi di Prevenzione per la Comunità che raggiungono popolazioni in ambienti multipli - per es. le scuole, le associazioni, le organizzazioni religiose e i media - sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente messaggi coerenti e aperti alla Comunità (*Chou et al. 1998*).
 12. Quando le Comunità adattano i programmi affinché corrispondano ai loro bisogni, alle norme della Comunità o alle differenti richieste culturali, dovrebbero mantenere come elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca (*Spoth et al. 2002b*):
 - la struttura (come è organizzato e costruito il programma);
 - il contenuto (le informazioni, le capacità e strategie del programma);
 - la definizione (come il programma è adattato, implementato e valutato).
 13. I Programmi per la Prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (per es.: programmi di richiamo) per rinforzare gli scopi preventivi originali.
 14. I Programmi di Prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle prassi per una buona gestione della classe, e come premiare i comportamenti appropriati dello studente.
 15. I Programmi di Prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, quali ad es. i gruppi di discussione fra pari, nei quali i ragazzi interpretano i genitori in giochi di ruolo, che consentono un coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le diverse capacità (*Botvin et al. 1995*).
 16. I Programmi di Prevenzione basati sulle evidenze scientifiche sono economicamente vantaggiose per la Società: per ciascun dollaro investito nella prevenzione si possono risparmiare fino a \$ 10 nei programmi per il trattamento dell'abuso di alcol o di altre sostanze (*Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos et al. 2001; Spoth et al. 2002a*).
- Le domande dell'inchiesta sulla prevenzione (in grassetto) sono 14 e di seguito trovate le analisi che si riferiscono a 52 soggetti rispondenti al momento della elaborazione di questo rapporto.

Nella Tua esperienza attuale o pregressa a quali dei 16 punti ritieni di avere maggiormente fatto riferimento. Indica i numeri dei principi (non più di cinque) ai quali ritieni di aver fatto più riferimento, mettendoli in ordine di preferenza.

I principi da 1 a 4 descrivono le condizioni grazie alle quali aumenta o diminuisce la probabilità che si sviluppi un comportamento disadattativo.

I principi da 5 a 11 si riferiscono alla programmazione

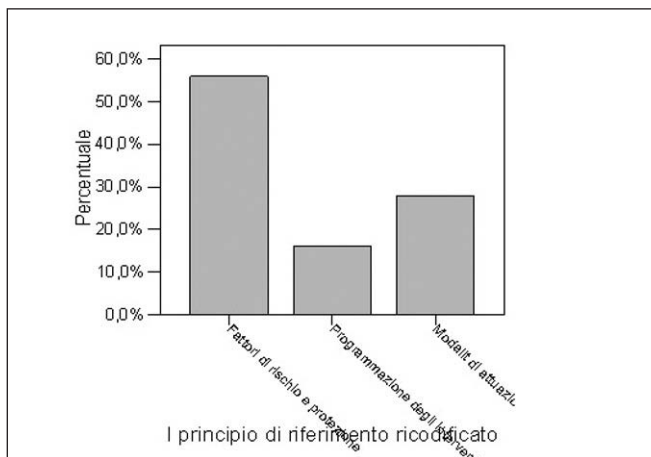
degli interventi negli ambiti scolastico (6-8), familiare (5), comunitario (9-11).

I principi da 12 a 16 si riferiscono alle modalità di attuazione dei programmi di prevenzione.

Abbiamo perciò adottato questo criterio per accorpate la serie di risposte in tre categorie chiamandole rispettivamente:

1. fattori di rischio e protezione
2. programmazione degli interventi
3. modalità di attuazione dei programmi

Graf. 4



Secondo questo tipo di raggruppamento (Graf. 4) delle risposte la frequenza si distribuisce in:

56% dichiara di aver fatto riferimento soprattutto ai primi 4 principi, riservando maggiore attenzione a sviluppare programmi che avessero in animo di ridurre i fattori di rischio e di potenziare gli aspetti di resilienza, nei riguardi di tutti i tipi di sostanze.

28% dichiara di aver privilegiato soprattutto le modalità di attuazione dei programmi, ovvero l'interattività, la partecipazione e formazione dei partner (scolastici in primis), basati sulle evidenze e ben pianificati.

16% ha fatto maggiormente riferimento agli aspetti relativi alla programmazione degli interventi, ovvero al tipo di target, privilegiando interventi di comunità o di carattere scolastico e associando più programmi.

A conferma della attendibilità del dato, l'analisi delle risposte in ordine decrescente verso i principi meno utilizzati, indica la progressiva inversione delle percentuali, con lo stesso ordine di preferenze.

Indica fino a cinque principi con i quali sei pienamente in accordo e ai quali ritieni di poter fare riferimento nella Tua pratica futura.

Indica fino a cinque principi con i quali sei pienamente in disaccordo?

Dalle risposte a queste due domande, analizzate senza accorpamenti categoriali come la precedente, emerge naturalmente una notevole distribuzione delle risposte su tutti e 16 i principi, come è logico attendersi. Tuttavia le frequenze maggiori di risposta indicano che l'attenzione ai fattori di protezione e di riduzione del rischio costi-

tuisce un punto di riferimento anche nel futuro. Si evidenzia anche una certa attenzione ai programmi di intervento sulle famiglie, e all'aumento delle competenze scolastiche.

Il disaccordo maggiore lo troviamo verso il principio che suggerisce la precocità dell'intervento, indirizzando i progetti anche verso le età prescolari (principio 6).

Insieme alla bassa percentuale di coloro che hanno indicato il principio 7 relativo anche esso alla necessità di effettuare interventi precoci, suggerisce che c'è poca disponibilità a pensare interventi nelle prime fasce di età e che il rapporto con la scuola, anche per il futuro sembra essere ancora orientato ai modelli tradizionali.

Dei programmi che hai attivato o a cui hai partecipato con compiti di programmazione o direzione o valutazione, quali a tuo giudizio hanno prodotto i risultati attesi. Utilizza le categorie del principio 1 per identificare i programmi.

- UNIVERSALE 58,3 risultati attesi rispettati 41,7 non rispettati
- SELETTIVA 87,5 risultati attesi rispettati 12,5 non rispettati
- INDICATA 92,9 risultati attesi rispettati 7,1 non rispettati
- AMBIENTALE 74 risultati attesi rispettati 25,9 non rispettati

20% circa dei rispondenti non ha mai attivato programmi selettivi - ambientali - indicati

36% dei rispondenti non ha mai attivato programmi universali.

Benché una quota abbastanza rilevante (1/3) dica di non aver attivato programmi universali il dato appare comunque significativo per la bassa soddisfazione delle aspettative che riguardano la prevenzione universale, mentre il giudizio appare nettamente migliore sia per la selettiva che per l'indicata, un po' meno per quella ambientale.

Quanti e a quali tipi di programmi cui hai partecipato negli ultimi 5 anni con funzioni anche diverse disponevano di un impianto di valutazione adeguato agli standard? Se possibile fai riferimento al manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi - linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze di Christoph Kröger E Heike Winter EMCDDA - OEDT.

Il dato, come era abbastanza prevedibile, non è incoraggiante. Solo la prevenzione selettiva e quella indicata, che sono anche le tipologie più rappresentate raggiungono la soglia del 10% di progetti con impianto di valutazione adeguato agli standard, mentre quella ambientale e quella universale sono al di sotto del 10%.

Esistono alcune ragioni che possono aver influito sulla Tua decisione di attivare un programma di prevenzione. Quali delle seguenti sono state determinanti per

L'attuazione del programma:

Le ragioni più influenti sembrano essere quelle locali ambientali che rappresentano 92%, seguite dalle ragioni teoriche/etiche che rappresentano complessivamente 87%, mentre quelle politiche ed economiche si distribuiscono in misura quasi uguali tra si e no. Un certo peso hanno anche le ragioni di carattere organizzativo interno che pesano nella misura del 66%.

Ritieni che l'attivazione di programmi di prevenzione da parte dei professionisti dei servizi per dipendenze sia un compito...

Ritieni che sia compito di altri servizi attivare azioni di prevenzione?

In generale c'è un buon accordo sul fatto che la prevenzione sia un compito specifico ma non esclusivo del SerT (circa 90% delle risposte). Per quanto riguarda altri servizi e altre agenzie che si ritiene giusto impegnare nella collaborazione, al primo posto viene il Dipartimento di Prevenzione ASL con 93% di risposte affermative, a seguire altri soggetti, dalla scuola alle agenzie del volontariato intorno al 70% di indicazioni, e forse un po' sorprendentemente anche le Forze dell'Ordine ricevono 60% dei consensi al loro utilizzo nei programmi di prevenzione, mentre si rileva una certa diffidenza verso l'autoaiuto organizzato che è disapprovato dal 35% delle risposte.

Le competenze cliniche sui Disturbi da uso di sostanze, sono elementi sufficienti a giustificare l'impiego dei professionisti dei Ser.T. in programmi di prevenzione.

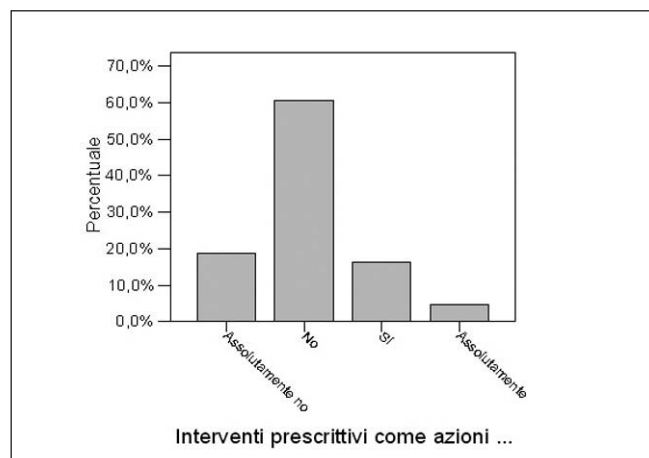
Ritieni che sia necessaria una formazione specifica nel campo della prevenzione, anche per i professionisti della clinica?

Non c'è consenso sul fatto che siano le competenze cliniche di per sé a giustificare l'impiego di professionisti nel campo della prevenzione, anche se prevalgono le risposte affermative (60% verso 40%), mentre c'è assoluto consenso sul fatto che serva una formazione specifica, di che tipo lo vedremo.

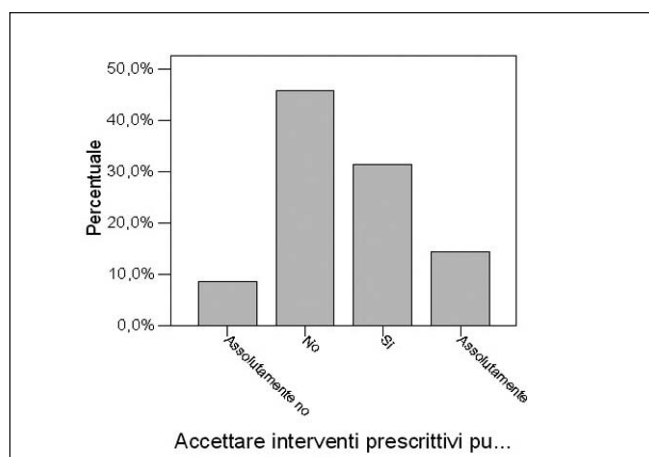
Alcuni sostengono che interventi di tipo prescrittivo (unitamente ad effettivi modelli sanzionatori) sono più efficaci e più economici di altri tipi di interventi di prevenzione per ridurre l'uso delle droghe. Interventi di tipo prescrittivo possono pertanto essere considerati nel novero delle azioni di prevenzione?

Quasi 80% delle risposte esclude questa possibilità (Graf. 5), tuttavia circa 40% sarebbe disposto ad accettare interventi di tipo prescrittivo (Graf. 6) ed efficacemente sanzionati (quindi con una limitazione delle libertà individuali) pur di ottenere come risultato una riduzione dell'uso delle droghe. Diversamente da altre domande la percentuale dei non responders su queste ultime è più elevata, a conferma del fatto che su questi argomenti il livello di accordo è molto basso e ci sono ampi margini di incertezza.

Graf. 5



Graf. 6



TERAPIA DIPENDENZA DA EROINA

Quale importanza hanno i criteri sotto riportati nella scelta del farmaco agonista nel trattamento di un eroinomane?

Nessun partecipante ha dichiarato di non usare farmaci agonisti.

L'analisi globale di queste risposte ci dimostra come l'esperienza clinica rivesta senz'altro un ruolo fondamentale nella scelta del farmaco agonista.

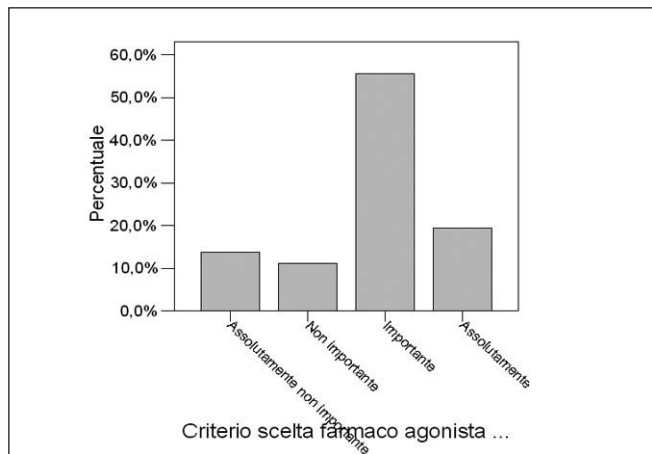
Infatti la prassi clinica, l'esperienza, la gravità clinica e le richieste del paziente sono ritenuti elementi fondamentali nella selezione del farmaco agonista. Parimenti vengono considerate le valutazioni riguardanti le interferenze e le controindicazioni farmacologiche.

Alla luce di queste risposte non appare quindi contraddittoria la bassa importanza che viene data agli aspetti riguardanti il costo del farmaco.

Una riflessione a parte merita l'elevata importanza data all'item riguardante la dotazione dei farmaci disponibili presso il servizio. Questa è una delle prime risposte, rispetto anche a quelle che analizzeremo successivamente, che denunciano come altamente ostative a sviluppa-

re una "good clinical practice" possano essere le condizioni determinate dalle scarse risorse disponibili (Graf. 7).

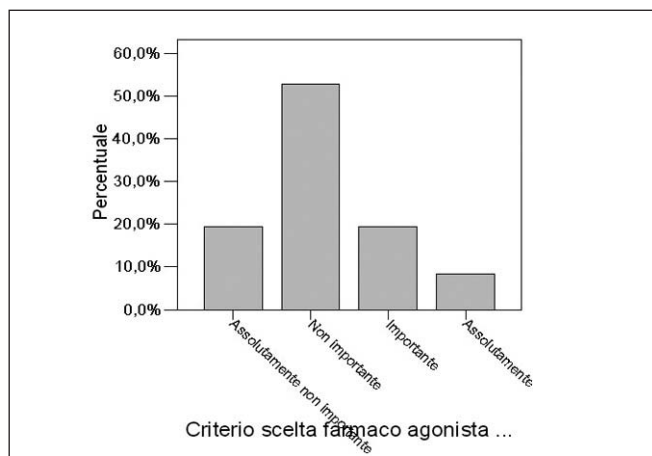
Graf. 7



Sei d'accordo che un trattamento con farmaco agonista preveda quattro fasi? (induzione, stabilizzazione, mantenimento, dismissione)

La condivisione di questo aspetto dichiarata da circa il 92% degli intervistati, ci dimostra come l'eccellenza dei nostri interventi si raggiunge allorché quest'ultimi si costruiscano in modo estremamente aderente alle evidenze scientifiche ed alla esperienza pratica quotidiana (Graf. 8).

Graf.8



Sei d'accordo che un dosaggio adeguato del farmaco agonista sia importante per la ritenzione in trattamento nei primi tre giorni di terapia?

Indica per la tua esperienza quale è il dosaggio medio di metadone/buprenorfina al terzo giorno di trattamento.

L'analisi di queste risposte ci pone di fronte ad una condizione, oserei dire dicotomica, dello stesso problema. Infatti, mentre oltre il 90% degli esperti dichiara fondamentale l'adeguatezza del dosaggio del farmaco agonista ai fini di una duratura ritenzione in trattamento, soprattutto nella sua delicata fase d'induzione, associa

questa convinzione a dei dosaggi medi di farmaco agonista che si pongono immediatamente al di sotto di quelli sostenuti dalle evidenze scientifiche.

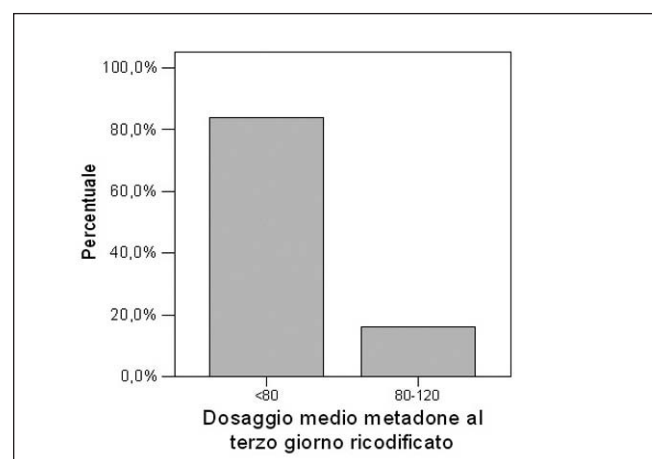
Gli studi scientifici a riguardo dimostrano come, soprattutto durante le fasi d'induzione e di stabilizzazione, dosi quotidiane oscillanti tra i 50 e i 150 mg. (Graf. 9) di metadone e tra gli 8 e i 16 mg. di buprenorfina (Graf. 10) sono quelle che garantiscono la migliore ritenzione in trattamento. Una flessibilità al rialzo di tali dosaggi è giustificabile dalla presenza di eventuali patologie organiche correlate e/o dalla co-presenza di disturbi psicopatologici, nonché dalla presenza di eventuali altre terapie farmacologiche in grado di interferire con la terapia agonista. E' plausibile, pertanto, affrontare una serie di riflessioni sul fatto che già in III giornata si possano raggiungere dosaggi di metadone superiori agli 80 mg/die, così come indicato da una percentuale superiore all'80% degli esperti, e di buprenorfina al di sopra degli 8 mg/die, così come indicato nel 45% dei casi, che garantiscono, secondo la letteratura internazionale, la migliore ritenzione in trattamento.

Sei d'accordo che un dosaggio adeguato del farmaco agonista sia importante per la ritenzione in trattamento nella fase di mantenimento?

Indica per la tua esperienza quale è il dosaggio medio di metadone/buprenorfina nella fase di mantenimento.

Le risposte fornite dagli esperti, sin qui intervenuti alla consensus, rispetto a queste domande sono pressoché sovrapponibili a quelle fornite e descritte precedentemente.

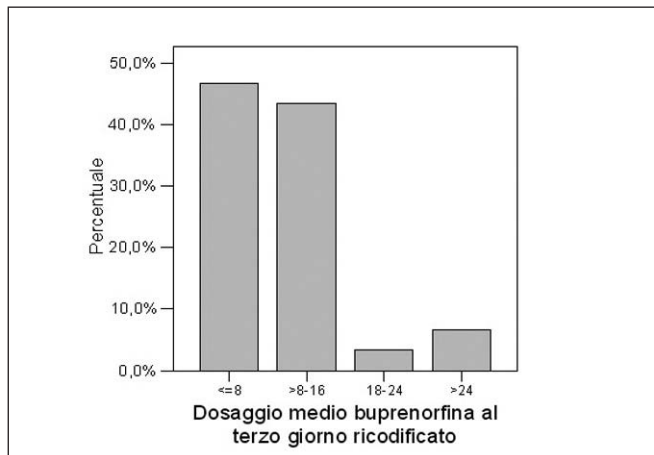
Graf. 9



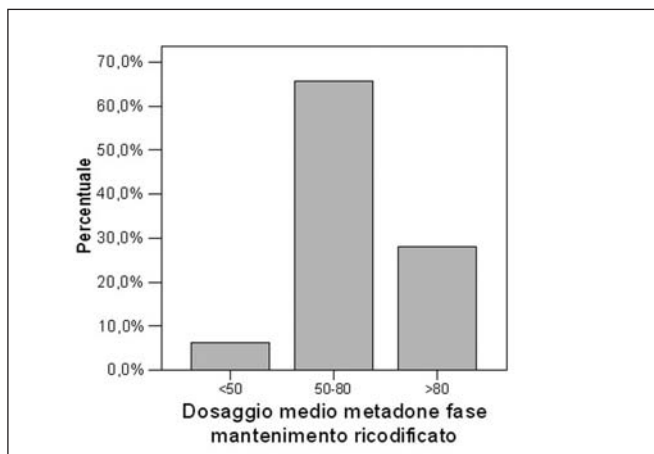
Mentre sono praticamente tutti d'accordo della necessità di raggiungere un dosaggio di mantenimento adeguato di farmaco agonista rispetto alle pratiche "evidence based", segnalano un dosaggio medio di metadone oscillante tra i 50 e gli 80 mg/die (Graf. 11) in circa il 70% dei casi e di buprenorfina tra gli 8 e i 16 mg/die in circa il 60% dei casi (Graf. 12).

Le linee guida internazionalmente riconosciute segnalano che durante la fase di mantenimento di un trattamento con farmaci agonisti sia quanto mai opportuno

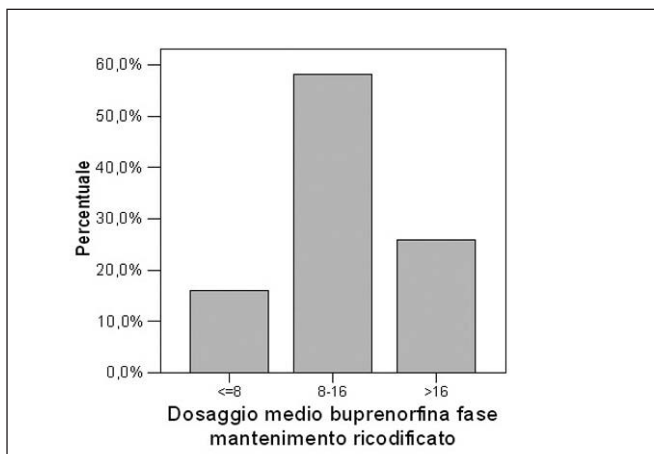
Graf. 10



Graf. 11



Graf. 12



raggiungere dosi medie oscillanti tra gli 80 e i 120 mg/die di metadone e dosi medie oscillanti tra i 16 ed i 32 mg/die per la buprenorfina e, ad onor del vero, circa il 30% degli esperti sino ad ora intervenuti hanno espresso un assenso a queste linee guida indicando dei dosaggi superiori agli 80 mg. per metadone e a 16 mg. per buprenorfina.

Appare, quindi ancora una volta, estremamente aperto il dibattito sui dosaggi utilizzabili come "golden standard" nei nostri trattamenti.

Quale importanza hanno i criteri sotto elencati nella scelta di un trattamento a scalare rispetto ad uno a mantenimento?

I trattamenti farmacologici precedenti, la gravità clinica, la richiesta del paziente e la sua valutazione hanno rappresentato gli items dove concordemente ed in elevata percentuale si è riscontrato un assenso comune.

In conformità alle evidenze scientifiche ed alla esperienza quotidiana è risultata anche l'elevata importanza riconosciuta sia al criterio relativo alla negatività dei metaboliti urinari delle sostanze stupefacenti che a quello ostativo, invece, determinato da uno stato di positività agli stessi metaboliti urinari.

Risposte contrastanti si sono, invece, ottenute riguardo la disponibilità di risorse umane e strutturali adeguate. Quasi paritarie risultano essere le percentuali degli esperti che dichiarano importanti questi due aspetti rispetto a quelli che invece non ritengono che carenze strutturali e di personale debbano inficiare una scelta di tipo clinico.

Anche per questi aspetti permane, pertanto, aperta la discussione e le riflessioni da sviluppare con l'intento di definire se un intervento terapeutico possa essere inficiato da variabili esterne o esso debba essere impostato prioritariamente sulla base delle risorse disponibili al fine di non essere influenzato nel tempo dalle stesse.

Sei d'accordo che la durata media di una fase di mantenimento è:

Le "good clinical practice" raccomandano di migliorare le fasi diagnostiche e le pratiche di sostegno psicosociale e psicopedagogico di un paziente in trattamento, durante la fase di mantenimento di un dosaggio stabile di farmaco agonista.

In rispetto a ciò il 65% degli esperti individuano un periodo di 2 anni come quello ideale a sviluppare un intervento stabilizzante di tipo multidisciplinare. La stessa percentuale di esperti dichiara invece non congruo un periodo superiore ai 5 anni.

Parità di opinione tra favorevoli e contrari, si riscontra rispetto alla durata di 12 mesi di un trattamento a mantenimento, così come per un periodo pari ai 5 anni.

Anche qui rimane aperta, quindi, una finestra di discussione relativa alla questione durata del trattamento e stato totale di "drug free", intendendo per "drug" anche il farmaco agonista.

Le attuali conoscenze neurobiologiche ci dimostrano ampiamente che la modulazione dei sistemi neurotrasmettitoriali prodotta dai farmaci agonisti permette di creare delle nuove sovrastrutture nervose di connessione tra la corteccia cerebrale e "l'ambiente" affettivo sottostante che riportano il soggetto non più dipendente da droghe illegali, verso una condizione allostatica migliore di quella determinata dal precedente abuso di sostanze. Il mantenimento di questa condizione farmaco agonista dipendente è, quindi, variabile da soggetto a soggetto ed è influenzata dagli interventi psicoterapeutici, dalla presenza di patologie correlate e dall'effetto di terapia psicofarmacologiche concomitanti.

Quale importanza hanno i criteri sotto elencati nella gestione di un trattamento a scalare?

Quanto ritieni che sia indispensabile la diagnosi di una eventuale patologia psichiatrica per l'efficacia del trattamento con agonisti?

La positività all'uso di oppiacei e di altre sostanze stupefacenti, il craving e la disforia indotti dalla continuazione dell'uso di sostanze d'abuso, la presenza di sindromi astinenziali subentranti, la motivazione del paziente e la comparsa di dipendenze diverse da quella di origine, rappresentano gli aspetti fondamentali, in una percentuale superiore al 90% dei casi, identificati dagli esperti come determinanti nell'influenzare un trattamento a scalare.

Lo stesso parere quasi unanime si è ottenuto nel definire indispensabile la diagnosi di una comorbilità psichiatrica ai fini del miglioramento della ritenzione in trattamento.

Le evidenze scientifiche ci impediscono di non considerare corrette tali assunzioni che devono essere sviluppate in ogni paziente. Si segnalano altre indicazioni di rilievo (Graf. 13, 14 e 15).

Quale importanza hanno i criteri sotto elencati nell'affidamento del farmaco agonista?

La stabilizzazione di un paziente in trattamento con farmaco agonista dovrebbe rappresentare la condizione di partenza nelle more decisionali di un affidamento della terapia stessa.

Non a caso le risposte fornite dai nostri esperti, in oltre il 90% dei casi, ci indicano come sia fondamentale, ai fini di un affidamento, che la negatività ai metaboliti urinari per le sostanze stupefacenti debba non essere inferiore ai 3 mesi.

Ciò nonostante è indubbio che le richieste del paziente e le sue condizioni sociali e lavorative ritrovino nelle risposte fornite, una pari considerazione come importante criterio decisionale.

Non appaiono, infine, contraddittorie a quanto sino ad ora affermato, le risposte di non assoluta importanza date alle pretese del paziente ed al carico di lavoro quotidiano del servizio.

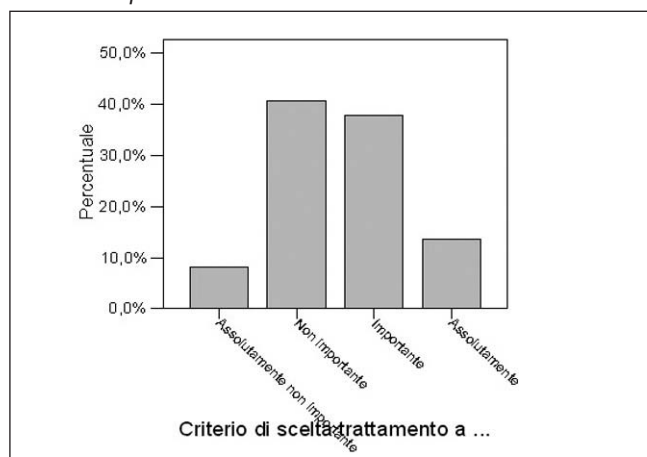
Elenca in ordine di frequenza le ragioni che ti orientano verso un trattamento residenziale.

La bassa compliance al trattamento ambulatoriale, i fattori diagnostici di gravità, la richiesta del paziente e quella dei suoi familiari rappresentano in sequenza di importanza percentuale, le ragioni individuate dal pool di esperti.

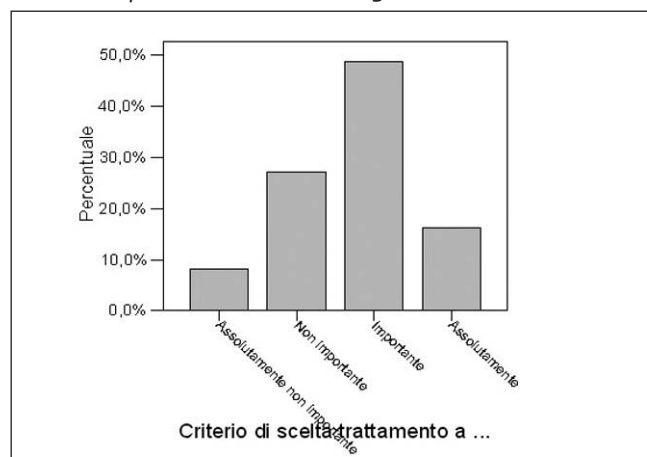
La ragione "ultima spiaggia" non ha superato il 5% delle preferenze.

La necessità di un intervento specialistico multiprofessionale appare ulteriormente rafforzato da quest'ultime valutazioni sino a qui espresse.

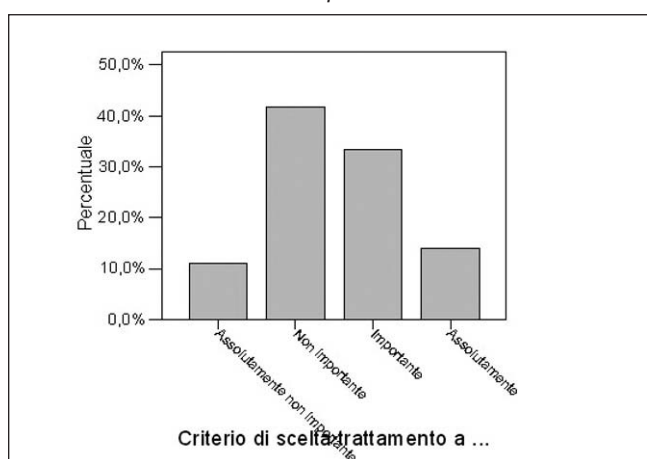
Graf. 13 – Criterio di scelta trattamento a scalare: prassi clinica abituale



Graf. 14 – Criterio di scelta trattamento a scalare: precedenti farmacologici



Graf. 15 – Criterio di scelta trattamento a scalare: risorse umane disponibili



TERAPIA DIPENDENZA DA COCAINA

A metà ottobre hanno partecipato alla Consensus che interessa il trattamento del cocainismo 79 esperti di cui circa il 50% sono medici, il 15% psicologi e la restante percentuale divisa pressoché egualmente fra infermieri professionali, assistenti sociali, educatori ed altre figure. L'analisi dei dati raccolti sulla Consensus che riguarda il trattamento del cocainismo risulta essere sorprendente per tre ordini di fattori. Il primo è quello che rileva, almeno per quanto riguarda gli esperti che hanno compilato il questionario, una buona conoscenza da parte degli operatori dei principi e dei modelli di trattamento, il secondo è quello che mette in evidenza lo sforzo da parte dei clinici di applicare i modelli teorici di trattamento nella loro pratica quotidiana e il terzo è, infine, quello che esprime chiaramente la difficoltà da parte degli esperti di applicare le buone pratiche nella loro realtà clinica per l'esistenza di specifiche difficoltà organizzative e per la mancanza di condivisione dei diversi modelli teorici da parte di alcuni dei loro colleghi che fanno parte delle singole Equipe di lavoro.

Al di là di queste premesse generali è interessante anticipare alcune questioni che emergono già chiare dall'analisi dei primi dati in rapporto alla valutazione di alcuni degli *items* più importanti contenuti nel questionario. Quando si è andato a chiedere agli esperti quali fossero i principi di trattamento per loro maggiormente condivisi, i colleghi hanno scelto senz'altro quelli più cruciali per il buon esito del trattamento. In particolare è interessante sottolineare come gli esperti abbiano individuato come maggiormente cruciali per il successo terapeutico in ordine di importanza i seguenti principi: *la distinzione da parte del clinico delle diverse tipologie di cocainomani* (principio n. 2 scelto da circa il 20% degli esperti), *la valutazione dell'assetto motivazionale* (principi n. 5 scelto da circa il 18% degli intervistati), *l'esistenza di quadri clinici particolari come l'astinenza e l'intossicazione che possono configurarsi come vere e proprie emergenze mediche* (principio n. 1 scelto da circa il 16%) e *l'accurata analisi dei processi di assessment e del comportamento d'uso come elementi indispensabili ed irrinunciabili per la migliore scelta del trattamento* (principio n. 4 scelto da circa il 13%). Gli esperti hanno quindi identificato come particolarmente salienti per il buon esito della terapia alcuni dei principi più enfatizzati, studiati e valutati dalla letteratura scientifica e dall'evidenza clinica. Altrettanto interessante è l'analisi dei dati che emergono dalla scelta da parte degli esperti di quei principi che vengono riconosciuti come determinati e condivisibili ma, che per varie ragioni, trovano difficoltà ad essere applicati nella pratica clinica quotidiana. Anche in questo caso l'analisi delle risposte sottolinea come gli esperti italiani trovino *condivisibili, ma difficilmente applicabili, nella realtà clinica i seguenti principi: la possibilità di avere a disposizione spazi residenziali per il trattamento dell'astinenza e dell'intossicazione* (principio n. 8, scelto

dal 23% degli intervistati), *l'importanza clinica dell'esistenza di dipendenti da cocaina con caratteristiche peculiari di tipo personologico, di gravità, ecc.* (principio n. 3, scelto da circa il 15% di esperti). È significativo come vengano segnalati come difficili da applicare proprio due dei più importanti principi che necessiterebbero per la loro concretizzazione nella pratica clinica di livelli organizzativi efficienti e di personale estremamente formato e motivato.

Altrettanto interessanti sono i dati che sono emersi dall'analisi della scelta da parte del clinico dei diversi tipi di intervento terapeutico che sono a loro disposizione. È importante segnalare come la stragrande maggioranza degli esperti considera il *monitoraggio tossicologico come elemento indispensabile di ogni progetto terapeutico* (sempre nel 55% dei casi) e come l'intervento psicosociale sia frequentemente proposto per questa tipologia di utenti (spesso in circa il 45% dei casi). È importante anche sottolineare come gli esperti ritengano utile anche l'intervento psicoterapeutico strutturato che viene però attuato nella maggiore percentuale dei casi solo a volte (38%), sottolineando e facendo intuire non già una scarsa fiducia del clinico nelle potenzialità terapeutiche dello strumento ma in una chiara difficoltà operativa ad offrirlo ad un più grande numero di pazienti, soprattutto per mancanza di risorse. È utile sottolineare come gli esperti ritengano utile per questa categoria di utenti un trattamento integrato che preveda l'utilizzo di una farmacoterapia in associazione ad un qualsivoglia intervento di tipo psicosociale (spesso nel 43% e sempre nel 38% dei casi). Gli esperti mettono anche in evidenza come di fatto solo a volte (il 25%) utilizzano i programmi residenziali a breve termine mentre più frequentemente impiegano quelli a più lungo termine (il 45%). Anche questa indicazione da parte degli esperti permette di compiere delle considerazioni sull'incapacità da parte del sistema di intervento sia pubblico che privato di offrire al clinico l'intera gamma di possibilità terapeutiche e come molte delle scelte terapeutiche siano concretamente condizionate dalle disponibilità di ridotte risorse. È degno di attenzione segnalare come gli esperti giudichino spesso (nel 40% dei casi) e sempre (nel 23%) utile la somministrazione di una terapia farmacologica sintomatica.

Un altro *item* estremamente interessante che la Consensus valuta è quello che mira ad individuare l'esistenza di quei fattori che in qualche modo sono capaci di rendere più difficoltoso il trattamento e quindi il raggiungimento degli *outcomes* della terapia concordata. In questo senso gli esperti indicano come *particolarmente cruciali in senso prognostico negativo la gravità della dipendenza* (spesso 55% dei casi, sempre nel 23%), *l'eventuale presenza di una particolare dimensione personologica* (spesso nel 55% e sempre nel 20%) e di una patologia psichiatrica associata (spesso 58%, sempre 28%). Sempre in senso prognostico negativo gli esperti individuano come importanti in senso negativo per l'andamento prognostico due fattori esterni al paziente che sono: l'inesistenza di spazi clinici idonei nel luogo di cura (spesso nel 38% dei casi e sempre nel 12%) e la man-

Fig. 1 – Frequenza dell'utilizzo di metadone per il paziente cocainomane

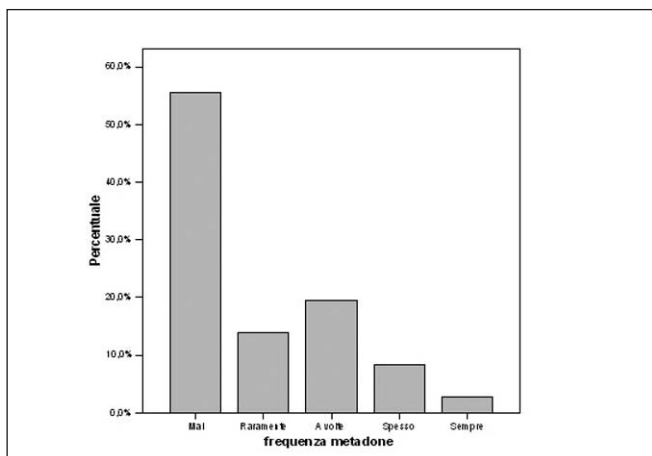
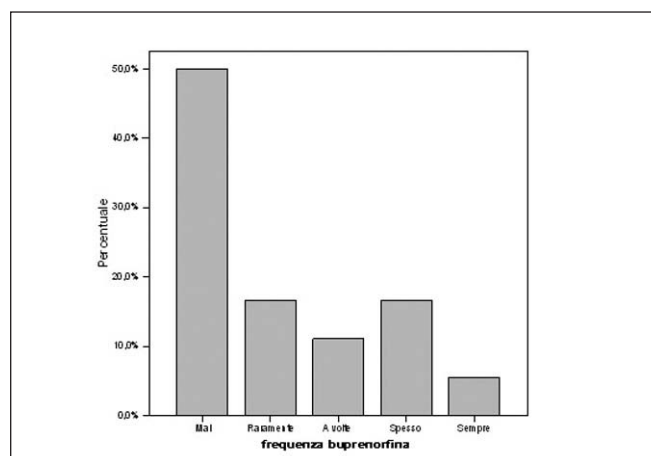


Fig. 2 – Frequenza dell'utilizzo di buprenorfina per il paziente eroinomane



canza per il trattamento di questa dipendenza di programmi terapeutici particolarmente efficaci (spesso 33% dei casi, sempre il 10%). Anche in questo caso gli esperti sembrano decisamente colpire il bersaglio sottolineando ancora una volta come la presenza di possibili fattori aggravanti le condizioni cliniche, insieme ad una mancata adeguatezza di strutture e risorse ed una oggettiva difficoltà clinica nel trattamento possono rendere molto più difficoltoso il lavoro clinico ed il raggiungimento dei migliori risultati terapeutici.

L'analisi dei dati che provengono dalle risposte fornite dagli esperti sulle scelte terapeutiche di tipo farmacologico sottolineano come gli operatori del sistema d'intervento italiani, anche in questo contesto, si muovano perfettamente in linea con le evidenze della letteratura e dell'esperienza internazionale. Per quanto riguarda l'utilizzo della terapia farmacologica sostitutiva nel paziente cocainomane gli esperti dimostrano di conoscere in gran parte le potenzialità delle terapie agoniste nel ridurre il consumo di cocaina. Il metadone viene mai usato nel 55% dei casi e raramente nel 13%, la buprenorfina mai nel 48% e raramente nel 18%. A questo proposito se una alta percentuale di esperti non utilizza mai un farmaco

sostitutivo per il trattamento del cocainismo (se non in presenza di un co-abuso con eroina), una maggiore percentuale sceglie la buprenorfina (spesso il 18%, sempre il 5%) rispetto al metadone (spesso l'8%, sempre il 2%) dimostrando l'esatta conoscenza delle diverse potenzialità farmacologiche dei due farmaci nel contrastare il consumo di cocaina (Fig. 1 e 2). I clinici italiani dimostrano pertanto di conoscere e di sfruttare adeguatamente se non al meglio le potenzialità offerte dalla terapia agonista ed in particolare dalla buprenorfina.

È altresì interessante anche il dato che emerge dall'uso degli ormai desueti antidepressivi triciclici nel paziente cocainomane. È evidente che se circa il 35% degli esperti utilizza raramente questa classe di farmaci, circa il 13% lo fa spesso (Fig. 3). Questo non è ovviamente dovuto alla malagevolezza della classe di farmaci (che è piuttosto bassa) quanto alla conoscenza e alla condivisione da parte dei clinici delle evidenze supportate dagli studi dell'efficacia degli antidepressivi triciclici nel trattamento del paziente cocainomane e nella loro capacità di ridurre sia il consumo della sostanza che il numero di ricadute.

È un dato senz'altro sorprendente osservare quello che

Fig. 3 – Frequenza dell'utilizzo di antidepressivi triciclici nel paziente cocainomane

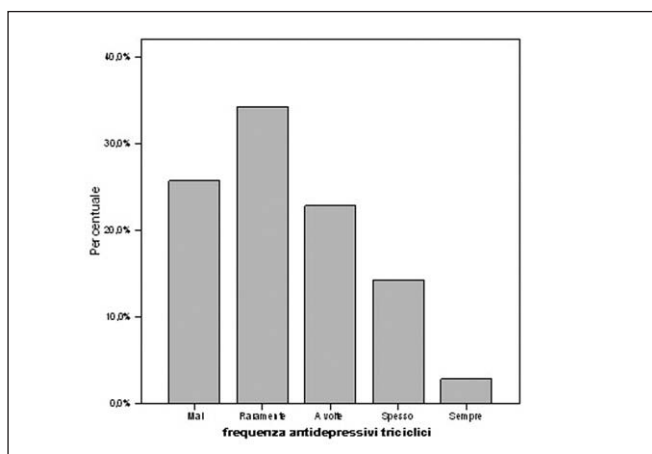


Fig. 4 – Frequenza dell'utilizzo di inibitori del reuptake della serotonina nel paziente cocainomane

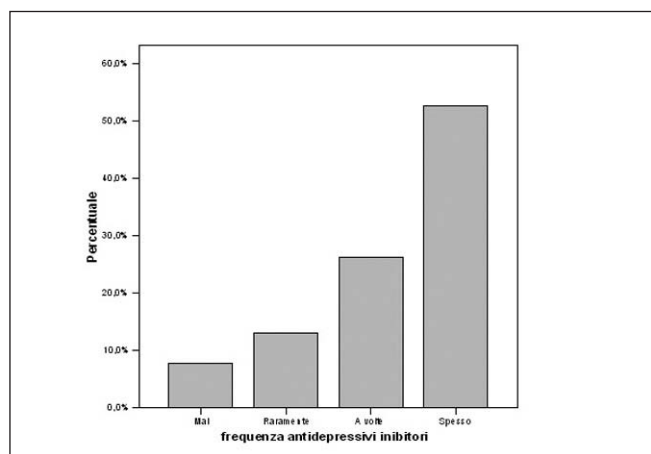
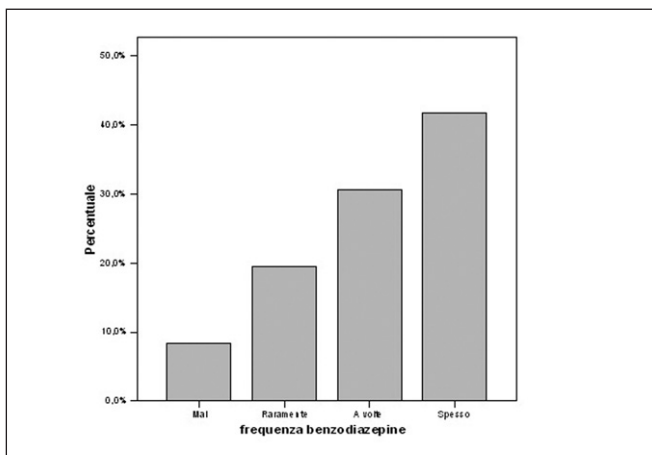


Fig. 5 – Frequenza dell'utilizzo di benzodiazepine nel paziente cocainomane



mette in evidenza come spesso ben il 50% circa degli esperti utilizza nel paziente cocainomane un farmaco della classe degli inibitori del reuptake della serotonina (Fig. 4).

Un dato senz'altro congruente con le evidenze che provengono dalla letteratura anglosassone ma che sicuramente non rispecchiano per intero l'andamento prescrittivo del più grande numero di medici che lavorano nei servizi per le tossicodipendenze italiani e che verosimilmente non sono quelli che hanno risposto al questionario. Questo dato del resto potrebbe essere contraddittorio e sollevare una interessante discussione soprattutto se si considera che gli stessi esperti segnalano un enorme utilizzo di benzodiazepine per il trattamento di questa tipologia di utenti (ben circa il 40% degli esperti utilizza spesso le benzodiazepine nel cocainomane) (Fig. 5). Quest'ultimo è infatti un dato che stride con il corretto e largo utilizzo da parte degli stessi esperti di farmaci per il trattamento dei disturbi dell'umore siano essi triciclici che inibitori del reuptake della serotonina.

Un elemento estremamente interessante è, infine, l'utilizzo nel cocainomane dei neurolettici. Correttamente solo una piccola percentuale di medici (circa il 5%) utilizza spesso un neurolettico tipico (Fig. 6) mentre ben più del 35% prescrive spesso il neurolettico atipico (Fig. 7). Questo dato sottolinea nel contempo sia la conoscenza da parte del clinico delle specifiche potenzialità di quest'ultima classe di farmaci in alcuni dei sintomi chiave del cocainomane come l'impulsività ed il controllo del craving che la responsabilità da parte del medico di proporre e fare a volte accettare al proprio paziente un farmaco anche fuori delle indicazioni d'uso.

Questa evidenza pone l'accento dell'urgenza di studiare l'efficacia dei neurolettici atipici così come di nuove classi di farmaci nel controllo dell'uso di sostanze e del craving in categorie specifiche di pazienti cocainomani con e senza doppia diagnosi.

Fig. 6 – Frequenza dell'utilizzo di neurolettici tipici nel paziente cocainomane

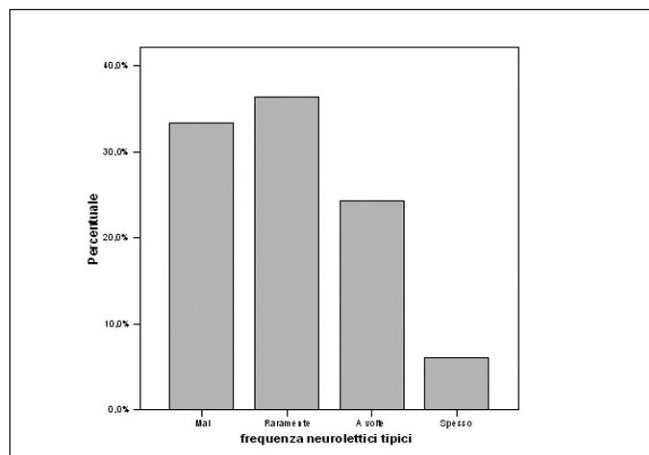
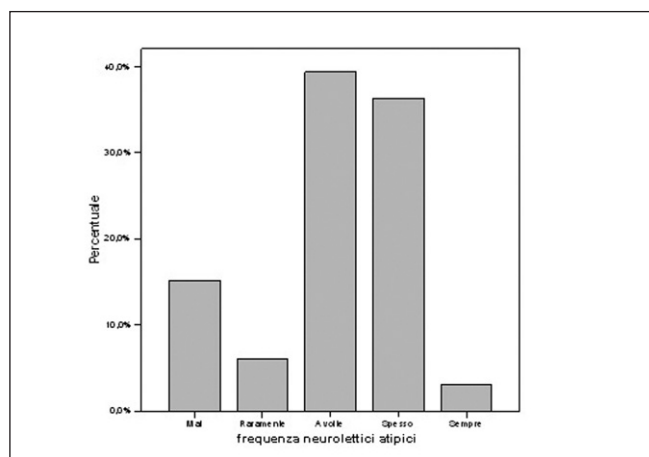


Fig. 7 – Frequenza dell'utilizzo di neurolettici atipici nel paziente cocainomane



PIETRO FAUSTO D'EGIDIO
 Segretario Esecutivo Nazionale di FeDerSerD
 Coordinatore della Conferenza di Consenso

MAURIZIO FEA
 Direttivo Nazionale FeDerSerD

CLAUDIO LEONARDI
 Direttivo Nazionale FeDerSerD

FELICE NAVA
 Direttivo Nazionale FeDerSerD

STEFANO SALVADORI
 Consiglio Nazionale delle Ricerche