

# Manifesto Italiano per la Cura delle Tossicodipendenze: il Modello di Cura Misto

## Un manifesto per una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria a soggetti tossicodipendenti da oppiacei

Icro Maremmani<sup>1</sup>, Massimo Barra<sup>2</sup>, Elizabeth Burton-Phillips<sup>3</sup>, Isabella Cecchini<sup>4</sup>, Gaetano di Chiara<sup>5</sup>, Gilberto Gerra<sup>6</sup>, Lorenzo Mantovani<sup>7</sup>, Pier Paolo Pani<sup>8</sup>, Gail Pitts<sup>3</sup>, Alessandro Rossi<sup>9</sup>, Lorenzo Somaini<sup>10</sup>, Fabrizio Starace<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Università di Pisa;

<sup>2</sup> Movimento Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa; Fondazione Villa Maraini, Roma;

<sup>3</sup> Drug Fam, Wycombe, UK; <sup>4</sup> GfK – Eurisko, Milano; <sup>5</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Cagliari;

<sup>6</sup> ASL, Parma; <sup>7</sup> Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università di Napoli Federico II;

<sup>8</sup> Direzione Servizi Socio-Sanitari, ASL di Cagliari; <sup>9</sup> Società Italiana di Medicina Generale, SIMG; <sup>10</sup> SerT Cossato, Biella;

<sup>11</sup> Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Modena

Perché scrivere un Manifesto sulle Tossicodipendenze? Perché le persone e le dipendenze da sostanze sono cambiate, ineluttabilmente cambiate. Negli anni sessanta si parlava di rivoluzione sessuale, oggi si parla di social media. Quello che un tempo veniva considerato tabù oggi, in molte situazioni, forse troppe, non lo è. Tutto sembra essere scontatamente cambiato, evoluto, modificato fuorché la dipendenza da eroina.

Quello che veramente non è cambiato è quello stigma indelebile che contamina uomini e donne, famiglie e figli, i luoghi e le speranze di tutte quelle persone che si ammalano di tossicodipendenza.

“Tu sei un drogato.” Questa è la frase acre e definitiva che molti, ancora troppi, pazienti tossicodipendenti, si sentono dire, dal proprio datore di lavoro, dai propri amici, dalle persone che stanno loro accanto. Tutto questo rappresenta in maniera drammaticamente chiara la negazione del diritto a essere normali. E forse anche la negazione del dovere a essere curati, come tutte le altre persone affette da qualsiasi altra patologia.

E in quello stigma ci stiamo anche noi, medici, ricercatori, uomini di buona volontà che hanno dedicato una vita intera a far comprendere l'ovvio, la normalità, l'uguaglianza.

Un Manifesto sulle Tossicodipendenze, e per le Tossicodipendenze, è quindi il modo migliore, scientificamente equilibrato per poter veicolare non tanto un pensiero personale, ma il nostro comune pensiero, la voce congiunta e articolata, precisa e unanime, tipica di un Manifesto, ovvero un documento programmatico di un gruppo come quello, nato a Pietrasanta durante l'Addiction Medicine Expert Forum 2013 di marzo 2013, che ha profondo desiderio di cambiare lo status quo dell'assistenza sanitaria a soggetti tossicodipendenti da oppiacei.

Come tutti i Manifesti che si rispettano, anche il presente ha l'intento dichiarato e diretto di esporre e proporre regole e principi con il coraggioso intento – tipico di un manifesto – di sottoporli al pubblico giudizio di esperti, famiglie e pazienti e perché no, anche di chi esperto non è. Nessuno di noi desidera che i propri figli vivano in un mondo in cui il pregiudizio e l'ignoranza siano di gran lunga presi a riferimento rispetto allo studio e alla conoscenza. Se solo lo avessimo immaginato, non avremmo certo dedicato tutta la nostra vita allo studio e alla cura delle tossicodipendenze, avremmo certamente potuto fare altro. Con questo spirito ci auguriamo che il “Manifesto Italiano per la Cura delle Tossicodipendenze: il Modello di Cura Misto” sia la pietra d'angolo sulla quale costruire un nuovo modello integrato di cura.

### Il paziente tossicodipendente oggi: cambiamenti nell'uso di sostanze e negli stili di consumo dei tossicodipendenti negli ultimi 30 anni

A cura di Isabella Cecchini

GfK Eurisko è oggi il più importante istituto operante in Italia nelle ricerche sul consumatore e svolge indagini che coprono l'intero panorama della ricerca sociale e di mercato in termini di finalità, aree e settori, metodologie e procedure, in oltre 100 paesi del mondo. Nella ricerca sociale specifica dell'area dell'addiction ha maturato una solida esperienza da ormai alcuni decenni. Decine di ricerche quali e quantitative, migliaia di interviste a medici e pazienti, veri e propri universi statistici, quelli delle dipendenze da sostanze, completamente scandagliati: e in tutti

questi casi, il dato trasversale “significativo statisticamente” e più rilevante che è sempre emerso in maniera indiscutibile, è stato il fatto che i pazienti eroinomani e il loro stile di consumo è radicalmente cambiato nel corso degli anni.

In un recente studio su un campione di 100 medici responsabili dei SerT italiani e 378 pazienti tossicodipendenti in trattamento con terapia agonista per dipendenza da oppiacei reclutati attraverso i SerT, è stato possibile fare una ricognizione sul problema della tossicodipendenza e sul ruolo delle terapie oggi disponibili in Italia.

Isolamento, emarginazione o degrado sociale/culturale non sembrano più essere le caratteristiche distintive del paziente tossicodipendente. Oggi il paziente si cura con terapie agoniste, lavora, vive una vita sociale e relazionale normale. L'indagine condotta da GfK Eurisko nella primavera del 2011, mette, infatti, in luce il profilo di un paziente che, nonostante l'esperienza della tossicodipendenza, mostra un buon inserimento nel contesto professionale (circa il 50% dei pazienti intervistati lavora), un buon background culturale (quasi la metà ha conseguito un titolo di studio superiore), e la capacità di crearsi una rete sociale / familiare (in 1/3 dei casi è sposato o convive, e in 1/4 dei casi ha figli, e quasi l'80% vive in famiglia o con amici). I pazienti più giovani sono più femmine (34% vs. 18% delle fasce più alte), hanno una scolarità più alta (54% ha un'istruzione superiore vs. 34% delle fasce più mature) e rispetto agli altri sono maggiormente alla ricerca di un impiego.

Il consumo di eroina risulta essere l'ultimo step di una storia di uso/abuso precoce di sostanze: si inizia con comportamenti a rischio – fumo e alcool in età adolescenziale – per poi proseguire con amfetamine, LSD, ecstasy e cocaina (mediamente a partire dai 18 anni). I pazienti più giova-

ni hanno una storia più complessa, caratterizzata da un maggior abuso di sostanze e alcool.

Si tratta di un paziente informato, motivato, che vuole curarsi, grato al SerT e alle terapie, estremamente soddisfatto del programma offerto dal SerT. Conosce le terapie a disposizione, i giovani conoscono di più i nuovi farmaci.

I 2/3 dei pazienti sono in terapia con metadone, 1/4 con buprenorfina/naloxone, e il 13% con buprenorfina. I pazienti si dichiarano molto soddisfatti della terapia attualmente seguita, che viene vissuta come un alleato per uscire dal giro della droga e rappresenta un tramite per la "risocializzazione/ripresa" di una vita normale.

In quest'ottica risulta particolarmente positivo che il 71% dei pazienti riceva il farmaco "in affido" (anche se solo per brevi periodi), disponendo quindi di una gestione più autonoma, a casa, senza recarsi quotidianamente al SerT. L'affido, infatti, favorisce non solo la risocializzazione del paziente e il ritorno alla vita normale, ma contribuisce a costruire "un'alleanza terapeutica" con il medico, viene vissuto dal paziente come un "premio di fiducia" che favorisce la sua responsabilizzazione.

Grazie alle terapie agoniste e al supporto psicologico, i pazienti oggi si sentono bene in termini di salute fisica e mentale (il 61% valuta infatti positivamente il proprio stato di salute), e anche in termini di stabilità della propria condizione (80% degli intervistati).

In questo scenario i SerT ricoprono un ruolo fondamentale: i medici che vi operano sono medici esperti (mediamente lavorano da 24 anni), hanno una notevole esperienza professionale nel trattamento con terapie agoniste (mediamente 19 anni di esperienza), si fanno carico di un numero elevato di pazienti (mediamente ogni medico tratta 124 pazienti con terapie agoniste). Anche il paziente riconosce il valore del lavoro svolto dai SerT, la quasi totalità dei pazienti intervistati si dichiara infatti estremamente soddisfatta del programma dei SerT.

Risalta, infine, la grande attesa espressa dai medici per una maggiore facilitazione di accesso alle terapie agoniste per i pazienti: non solo attraverso l'utilizzo di farmaci più sicuri (che possano ridurre il rischio di misuse e diversione e favorire la possibilità di affidamento del farmaco), ma anche attraverso l'implementazione di servizi e risorse dedicate, lo sviluppo facilitato di una rete fra i medici, e, non in ultimo, l'alleggerimento dei vincoli normativi.

## **Cambiamenti nel ruolo della famiglia nel trattamento dei tossicodipendenti da eroina. La storia di Elizabeth e Gail**

**A cura di Elizabeth Burton-Phillips e Gail Pitts**

La storia familiare di Elizabeth Burton-Phillips e Gail Pitts, fondatrici di DRUG-FAM, rappresenta un buon esempio dei cambiamenti cognitivi verificatisi nelle famiglie dei tossicodipendenti

da eroina negli ultimi 20 anni. Queste due madri hanno perso i loro figli a causa della droga. Il figlio di Elizabeth (Nicholas) è morto suicida nel 2004 e il figlio di Gail è morto nel sonno dopo un'abuffata di sostanze d'abuso nel 2007. Queste due madri hanno imparato, attraverso il dolore della loro esperienza personale, che la dipendenza da eroina-cocaina è una malattia cronica, complessa, mortale. Elizabeth ha anche compreso che il recupero dei pazienti è possibile solo se l'intervento sanitario è un intervento corretto dal punto di vista metodologico e la famiglia è coinvolta nel processo terapeutico. Dalla morte dei loro figli, queste due madri diffondono la loro storia in Inghilterra e negli altri paesi Europei, per evidenziare un ruolo che la droga attribuisce alla famiglia stessa: quello della vittima spesso dimenticata. Storicamente in Inghilterra, ma anche negli altri paesi, le esigenze della famiglia dei tossicomani è stato trascurato. Ma la famiglia ha un forte ruolo da svolgere nella tossicodipendenza e soprattutto nelle fasi del recupero del paziente. Uno studio dell'UK-DPC (UK Drug Policy Commission) ha suggerito che circa 1.500.000 persone sono implicate come genitori, o familiari, nei problemi della droga; ma altri studi sono arrivati a stimare questo numero in 8 milioni. Si può dunque affermare che un numero elevatissimo di famiglie sono coinvolte, giornalmente, nel prendersi cura di persone con problemi di droga, che cercano di migliorare la loro vita. L'evidenza ci insegna che il trattamento della dipendenza ha maggiori possibilità di riuscita e il recupero è più consistente quando i genitori, i familiari, i partner e i terapeuti sono strettamente coinvolti nel processo terapeutico-riabilitativo.

L'esperienza di Elizabeth che ha perso uno dei due suoi figli, ma è riuscita a recuperare l'altro, ci fa capire come il supporto della famiglia e degli amici sia un elemento chiave per sconfiggere alcool e droga e come una vita familiare felice debba essere alla base delle aspirazioni fondamentali della nostra società. Elizabeth e Gail hanno imparato che fin dall'inizio una persona tossicodipendente deve essere determinato, deve avere resilienza e deve lottare per raggiungere un preciso scopo: cambiare e abbandonare i comportamenti del passato. Tuttavia il recupero, *inteso nel più ampio concetto di recovery*, per il paziente, è come un viaggio, un processo con molti potenziali ostacoli, battute d'arresto e barriere, compresi "scivoloni" e ricadute. Sebbene questo viaggio sia centrato sulla persona, chi lo affronta deve avere una rete di alleati per rimanere ben centrato sulla strada e poter andare avanti; il contributo della famiglia, degli amici, degli assistenti sociali, dei gruppi di supporto e dei professionisti della salute è indispensabile per migliorare gli esiti del trattamento. Elizabeth e Gail hanno imparato che gli esiti del trattamento migliorano quando le famiglie sono al fianco dei loro figli per far sì che abbiano più probabilità di iniziare il trattamento, di portarlo a termine con successo e di mantenere il loro nuovo stile di vita il più a lungo possibile. Le linee guida cliniche sottolineano come fami-

liari e persone amiche siano una risorsa molto importante da inserire nel piano di trattamento, ovviamente quando anche il paziente lo ritenga opportuno. In molti trattamenti operati da agenzie caritatevoli è stato evidenziato come la metà degli assistiti riconosca nelle proprie madri la principale fonte di aiuto per il loro recupero.

Nel Regno Unito il capitale sociale di un individuo è rappresentato dalle risorse che una persona ha per mezzo delle sue relazioni sociali (per esempio la famiglia, il partner, i figli, gli amici e i "pari"). In più le famiglie hanno altre importanti risorse intrinseche per un miglior recupero dei pazienti: abitazione, denaro, valori e ideali. L'aiuto che tutto ciò comporta è di vitale importanza e può aumentare significativamente le possibilità di scelta, le informazioni e le risorse disponibili per le persone che cercano di sconfiggere la loro dipendenza.

Anche l'atteggiamento della famiglia sta cambiando. Un buon recupero del paziente è correlato alla rete di sostegno che può avere; i membri della famiglia sono in genere la spina dorsale di questa rete, mentre i servizi di supporto e gli altri operatori svolgono un ruolo centrale nel delineare il percorso di recupero. Per tutti gli individui impegnati in questa rete, tuttavia, il percorso è lungo e spesso difficile, pieno di innumerevoli ostacoli e sfide, non ultimo lo stigma di essere in qualche modo "associati" con la dipendenza. È questo un fardello pesante da condividere e mette alla prova anche la più forte delle famiglie. Non si può certamente pretendere che, solo perché il tossicodipendente ha chiesto aiuto, questo sia sufficiente, per la famiglia, per tornare in una condizione di normalità.

La storia di Elizabeth e Gail ci spinge non solo a una più corretta informazione sulla dipendenza da dare ai giovani, ma anche alle loro famiglie. Come ha detto Elizabeth, fondatrice di DRUG-FAM, un'associazione di supporto per le famiglie: "La prevenzione scolastica attraverso l'informazione sulle droghe è importante, ma altrettanto importante è l'educazione della famiglia. Come molte altre famiglie non avevo mai pensato che potesse capitare a noi. I genitori devono poter parlare di droga con i figli. *I genitori devono capire la potenza della malattia e che cosa le droghe sono in grado di fare*".

È tempo di prendere ancor più sul serio il problema della tossicodipendenza considerando anche il ruolo della famiglia senza stigma e senza vergogna<sup>1</sup>.

## **Cambiamenti nella farmacoterapia della dipendenza da eroina. Buprenorfina e metadone: due diversi presidi per il trattamento di mantenimento della tossicodipendenza da eroina**

**A cura di Gaetano Di Chiara**

Dopo quasi 50 anni di esperienza è ormai assodato che il trattamento di mantenimento con metadone è in grado di attenuare le conseguen-

ze negative della dipendenza da eroina, riducendo la mortalità, il consumo di droga, l'attività criminale, e la diffusione di infezioni a trasmissione ematica e di migliorare le condizioni di salute fisica e mentale e il funzionamento sociale.

Da una ventina d'anni, però, nel trattamento di mantenimento della tossicodipendenza da eroina, al metadone è stata affiancata la buprenorfina. Studi randomizzati e controllati e studi osservazionali hanno dimostrato che, nei soggetti che rimangono in trattamento, la buprenorfina è altrettanto efficace del metadone nel prevenire l'uso dell'eroina. Tuttavia, il trattamento con buprenorfina comporta un'elevata percentuale di uscita dal trattamento<sup>21</sup>. Questa percentuale varia a seconda del tipo di studio e della sua metodologia, ma in studi osservazionali può arrivare fino al doppio di quella che si osserva nel caso del metadone<sup>29</sup>.

Questa elevata frequenza di drop-out nel mantenimento con buprenorfina non è dovuta a un dosaggio insufficiente, dato che si mantiene costante a partire da dosi di 8 mg, né a una lenta induzione, dato che si verifica in uno stadio avanzato del trattamento<sup>29</sup>, ma è piuttosto in relazione al meccanismo d'azione della buprenorfina e al modo in cui questo si confronta e interagisce con le caratteristiche individuali dei tossicodipendenti (grado di dipendenza, intensità del craving, poliabuso, comorbidità psichiatrica, motivazione individuale, ecc.). La buprenorfina è un agonista parziale ad alta affinità (< 1 nmol) dei recettori oppiacei e a dosi di 16 mg occupa un'elevata percentuale (80-92%) dei recettori oppiacei cerebrali<sup>9</sup>. Questa proprietà la differenzia radicalmente dal metadone, che, a dosi di 30-90 mg/die occupa una percentuale ridotta (22-35%) dei recettori oppiacei centrali<sup>13</sup>.

A dosi efficaci nel prevenire l'uso di eroina, mentre il metadone agisce come agonista, la buprenorfina si comporta prevalentemente da antagonista. Questa radicale differenza tra i due farmaci agisce come fattore determinante la permanenza dei soggetti nel trattamento di mantenimento. Secondo questo principio, la permanenza in trattamento con buprenorfina dipenderà dall'adeguatezza del trattamento alle esigenze e caratteristiche individuali del paziente. In effetti, la frequenza di uscita dal trattamento varia nei vari studi in maniera casuale, in accordo con la mancanza di codificati e uniformi criteri di scelta tra la buprenorfina e il metadone. In mancanza di questi criteri, l'approccio più pragmatico è quello a posteriori, nel quale la buprenorfina viene sostituita con il metadone nei soggetti nei quali si rivela inadeguata ad assicurare l'astinenza dall'eroina<sup>12</sup>.

È altrettanto vero però che da un punto di vista pratico la buprenorfina presenta una serie di vantaggi che derivano dalla sua natura di agonista parziale dei recettori oppiacei e quindi dalla caratteristica autolimitante dei suoi effetti deprimenti centrali, che si traduce in minore mortalità per depressione respiratoria, minore compromissione delle funzioni cognitive e senso-motorie, maggiore maneggevolezza rispetto

al metadone. Inoltre, la buprenorfina crea una minore dipendenza fisica rispetto al metadone, e questo contribuisce a rappresentarlo, presso i pazienti e presso il pubblico, come farmaco, in contrapposizione al metadone, sin dalla sua comparsa visto come un succedaneo dell'eroina, dato che ne condivide alcune proprietà quali gli effetti narcotici, la depressione respiratoria e, non da ultimo la dipendenza fisica.

Queste caratteristiche rendono quindi la buprenorfina utilizzabile da parte del medico di medicina generale, combinata con il naloxone, che ne riduce la possibilità di un uso scorretto<sup>5 14 32</sup>, previa formulazione di un protocollo terapeutico, da parte dei centri istituzionalmente deputati al trattamento delle tossicodipendenza da eroina.

## Riduzione del danno nell'ambito del trattamento integrato

### A cura di Gilberto Gerra

Gli interventi di "riduzione del danno" non devono essere considerati in modo ideologico, in contraddizione con la prospettiva del trattamento delle dipendenze e del recupero. Riduzione del danno e trattamento sono strategie complementari e non opposte.

La riduzione del danno è una modalità di intervento, già terapeutica in sé, che opera a bassa soglia<sup>26</sup>. Con questo tipo di intervento si cerca di raggiungere tutti i soggetti affetti da tossicodipendenza, in particolare i più marginalizzati e i meno motivati, per offrire loro la possibilità di migliorare le loro condizioni di salute e ridurre i rischi connessi alla pratica tossicomane (infezioni, overdose, disagio sociale, affiliazione alle organizzazioni criminali). Tale attività, spesso rivolta a individui che non sono ancora in contatto con le istituzioni socio-sanitarie, a coloro che sono ricaduti dopo un periodo di trattamento e che sono affetti da forme gravi di dipendenza, si propone di raggiungere il paziente, senza attendere che chieda assistenza ai Servizi, nella strada, a domicilio, in carcere e nei luoghi di aggregazione. Prendersi cura delle persone in questa condizione di difficoltà consente di stabilire forme di semplice "alleanza" tra operatori e tossicodipendenti che precedono la "alleanza terapeutica" e spesso facilitano la scoperta di nuove motivazioni e l'accesso ai Servizi per il trattamento.

In continuità con le misure assistenziali di base della riduzione del danno, i trattamenti integrati sono focalizzati sugli aspetti salienti della malattia, mirando alla disassuefazione, al controllo del circuito compulsivo indotto dalle sostanze psicotrope, alla riduzione dell'intensità del craving e alla prevenzione della ricaduta<sup>6 25 28</sup>. Nelle persone che rispondono al trattamento, la cessazione dei comportamenti maladattivi e il recupero dal disadattamento sociale sono ottenuti attraverso il controllo stabile del craving e dei comportamenti di ricerca della sostanza. In questa accezione, è logico aspettarsi ricadute positive del trattemen-

to integrato anche riguardo alla condizione psico-fisica dei pazienti, alla diminuzione del rischio infettivologico e di overdose, in sintesi ottenendo ulteriori elementi di riduzione del danno.

Le metodiche di riduzione del danno non mirano immediatamente al controllo dei sintomi dei disturbi da uso di sostanze, né si propongono di influenzare il rinforzo positivo delle droghe, e quindi non hanno un impatto diretto sul corso naturale della tossicodipendenza<sup>19 34</sup>. Sebbene in altre parole la riduzione del danno sembri essere una metodica centrata sul paziente, mentre il trattamento integrato appare centrato sulla malattia, le due dimensioni operative si intrecciano in modo complementare.

Per un trattamento efficace della tossicodipendenza da eroina la riabilitazione è certamente necessaria, ma il principio generale di trattamento è quello di poter utilizzare strategie diverse, a seconda della fase di malattia del paziente. Così anche interventi farmacologici diversificati possono essere richiesti per lo stesso paziente durante la fase di induzione, di stabilizzazione-mantenimento e di disimpegno farmacologico alla fine del processo terapeutico. Certamente molti pazienti dovrebbero essere contattati in strada o a domicilio, dove il counseling e la riduzione del danno possono esercitare la loro massima efficacia. Tutti i tipi di intervento, pur nella necessaria differenziazione, dovrebbero obbedire alla stessa finalità unitaria: la tutela della persona del paziente, a partire dalla sua dignità, la qualità della sua vita e la potenzialità delle sue relazioni sociali. Se per questo obiettivo sono essenziali gli interventi atti a controllare i comportamenti di ricerca e assunzione delle sostanze, con lo scopo di estinguere il condizionamento indotto dalla droga, altrettanto importanti sono le azioni che proteggono la salute, consentono una aspettativa di vita normale, offrono supporto nutrizionale, misure igieniche e alloggio, e opportunità di integrazione sociale. In questo modo, l'azione di cura in generale comprenderebbe una piramide di interventi integrati e sequenziali, alla sommità della quale c'è l'estinzione stabile del comportamento tossicomane e la qualità della vita<sup>15</sup>.

Purtroppo, fino ad ora, riduzione del danno e trattamento integrato sono state considerate due distinte modalità di intervento, sia dal punto di vista culturale che da quello politico. In molte regioni del mondo sono modalità che competono per i finanziamenti e quindi si escludono reciprocamente. Nei paesi nei quali si è scelta l'ottica della complementarità, e non quella della competizione, si è, però, stabilita una prassi clinica consolidata estremamente efficace:

- per i pazienti più gravi, per i quali si ritiene di poter solo diminuire i rischi personali e della collettività, viene utilizzata la modalità di riduzione del danno, anche farmacologicamente, con dosaggi di metadone non elevati, che non impediscono la percezione del rinforzo dell'eroina, con negoziazione del dosaggio;

- per i pazienti che rispondono a interventi di alta soglia, conseguendo invece una stabile remissione della malattia, con un profilo di gravità minore, viene utilizzata la sequenza di interventi di trattamento che mirano a una condizione drug free, inclusi il metadone e la buprenorfina ad alto dosaggio o il naltrexone.

Di conseguenza riduzione del danno e trattamenti integrati usano risorse e metodologie diverse ma integrate tra loro e da impiegare possibilmente in pazienti diversi e in differenti stadi della malattia addittiva.

Certamente le pratiche di riduzione del danno sono utili; infatti, quando esistono soltanto servizi di cura ad alta soglia, i pazienti più gravi sono destinati all'insuccesso e abbandonati a se stessi, senza nemmeno alleviare la loro sofferenza e tutelare la loro sopravvivenza, in contrasto con gli standard medici e i più elementari diritti umani. Tuttavia quando la metodologia di riduzione del danno è predominante e isolata, non vi è la possibilità di trattare la malattia da dipendenza da eroina. In questo modo gli eroinomani possono non subire gran parte delle conseguenze sociali e sanitarie della loro dipendenza, per la buona riuscita delle pratiche di riduzione del danno, ma rimanere affetti da un grave disturbo comportamentale capace di ingenerare gravi disfunzioni sul piano personale, relazionale e professionale. Sembrerebbe, quindi, ragionevole concepire la riduzione del danno come un livello della strategia terapeutica, non come una entità a sé alternativa alla terapia. Nei documenti dell'International Narcotic Control Board (INCB), l'organismo con un ruolo di regolazione rispetto al controllo delle droghe, si esprime un serio apprezzamento per le strategie di riduzione del danno, purché non siano portate avanti in modo isolato, e in alternativa alla riduzione della domanda di droga, ma in piena integrazione con le finalità terapeutiche, di recupero e di reintegrazione.

### **Cambiamento o evoluzione? Sono i tossicodipendenti veramente diversi dai malati mentali, ed è possibile il loro trattamento nei dipartimenti di salute mentale?**

**A cura di Icro Maremmani  
e Fabrizio Starace**

Nel passato l'approccio non scientifico ha dominato la scena dell'inquadramento clinico e del trattamento della tossicodipendenza, ma, attualmente, questa malattia è vista alla stregua di tutte le altre malattie croniche ad andamento recidivante e per il suo trattamento si invocano gli stessi principi utilizzati per le normali malattie. Le linee guida dell'European Opiate Addiction Treatment Association stabiliscono che <sup>8</sup>:

- a. la dipendenza da oppiacei deve essere considerata una malattia cronica ad andamento recidivante;

- b. la disintossicazione dagli oppiacei non deve essere vista come lo scopo primario del trattamento, per non esporre il paziente al rischio di ricaduta e alla possibilità dell'overdose;
- c. non c'è una evidenza scientifica di un migliore risultato in caso di non utilizzo dei principi generali di trattamento delle malattie croniche;
- d. i pazienti dipendenti dovrebbero essere trattati il più normalmente possibile, senza ricorrere a regolamenti stigmatizzanti;
- e. il trattamento a lungo termine, con dosi adeguate di oppiacei, deve essere iniziato immediatamente dopo la richiesta del paziente, con metadone, buprenorfina e buprenorfina-naloxone;
- f. la dose del farmaco utilizzato deve essere individualizzata e a volte somministrata due volte al giorno per migliorare la stabilizzazione del paziente;
- g. altri tipi di oppiacei possono essere utilizzati se il paziente in trattamento mostra intolleranza ai tradizionali trattamenti;
- h. i trattamenti, meglio se decentralizzati, devono rispondere a tutti i bisogni del paziente;
- i. il poliabuso di sostanze non rappresenta una controindicazione al trattamento con agonisti oppiacei.

Una segregazione dei luoghi di cura per questi pazienti non è più sostenibile e l'integrazione con altre strutture mediche (di medicina generale e/o specialistica) si rendono necessarie. L'atteggiamento tenuto dagli psichiatri nel passato, che ha portato a un totale disimpegno scientifico e assistenziale in questo delicato settore, non è più sostenibile.

Le ragioni per una forte appartenenza della tossicodipendenza (addictologia) alla psichiatria appaiono sempre più consistenti. Alle storiche mansioni appannaggio da sempre della psichiatria (gestione del caso, supporto farmacologico, psicosociale, psicoterapeutico e comunitario), si aggiungono quelle derivanti dall'esistenza della cosiddetta doppia diagnosi (interazioni farmacologiche fra psicofarmaci e farmaci usati nelle dipendenze) e dalla possibile esistenza di una psicopatologia propria della tossicodipendenza <sup>16 17 20</sup>.

Lo psichiatra è certamente avvezzo a essere un buon "gestore del caso"; non solo cura i propri malati, ma si prende cura di loro, svolgendo un'opera anche di counseling e psico-educazione, perché spesso il cognitivo dei pazienti non è funzionale alla terapia; si occupa della riabilitazione dei propri pazienti, anzi l'assistenza psichiatrica nasce come assistenza riabilitativa. Il problema della "doppia diagnosi" consegna, in ogni modo, la tossicodipendenza all'attenzione dello psichiatra. Chi, se non lui potrà occuparsi di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi psicotici, disturbi della personalità, atteggiamenti aggressivi e suicidari che accompagnano la tossicodipendenza in più del 50% dei casi?

Se poi si potesse definitivamente dimostrare l'esistenza di una psicopatologia propria della tossicodipendenza, la psicopatologia, che altro non è che il linguaggio psichiatrico, dovrebbe fare parte, obbligatoriamente degli studi di chi voglia occuparsi di tossicodipendenza. Ma a questo punto che differenze ci sarebbero nella preparazione di base di un addictologo e di uno psichiatra? Le differenze si ridurrebbero a una sorta di sottospecialità. In questa ottica, in molte parti del mondo esistono psichiatri, per così dire, specialisti in disturbi affettivi, altri in disturbi psicotici, altri in soggetti adolescenti, altri in soggetti anziani e altri ancora in tossicodipendenze. In una prospettiva futura il sapere proprio dall'addictologia dovrà essere completato con il sapere psichiatrico non solo durante gli studi medici di base e specialistici, ma dovrà diventare patrimonio comune di chiunque si accinga al trattamento delle dipendenze e questi pazienti dovranno trovare il loro ideale luogo di trattamento, laddove possa realizzarsi l'integrazione da parte dei servizi della salute mentale e da parte dei dipartimenti di neuroscienze.

### **Cambiamento o evoluzione? Il punto di vista del medico dei Servizi per le Tossicodipendenze**

**A cura di Lorenzo Somaini**

Negli ultimi anni stiamo assistendo a una continua evoluzione del mondo delle dipendenze patologiche. I diversi sistemi di intervento si stanno sempre più interrogando su come poter implementare la possibilità di accesso ai trattamenti a nuovi pazienti, sempre più giovani, su come migliorare la qualità di vita dei pazienti già in carico ai Servizi e su come re-indirizzare verso i "normali canali di cura" i pazienti che ormai sono in fase di remissione prolungata. Oggigiorno, gli obiettivi terapeutici da raggiungere nella cura della dipendenza da eroina, non sono più esclusivamente rappresentati dalla mera riduzione dell'uso della sostanza e/o la riduzione della mortalità, ma necessariamente mirano anche al raggiungimento di un sempre più elevato recupero funzionale, nella sua accezione fisica ma anche psichica. Ovviamente gli obiettivi da raggiungere devono essere modulati rispetto alle caratteristiche del singolo paziente e alla gravità della malattia. Da ciò ne consegue che il sistema di cura laddove possibile dovrà cercare di raggiungere per quel singolo paziente il massimo livello di esito possibile. In tal senso, esistono una serie di variabili in grado di modificare sia gli esiti della patologia che quella dei trattamenti. Di queste le più note sono:

- gli anni di tossicodipendenza attiva;
- la presenza di patologie psichiatriche concomitanti;
- il poliabuso di più sostanze.

Per quanto riguarda gli anni di tossicodipendenza attiva, gli studi di neurobiologia, indicano come le modificazioni eroina correlate a carico



dei vari sistemi intracellulari di traduzione del segnale diventano sempre più permanenti con il continuo utilizzo della sostanza. Da questo ne discende una prognosi migliore per quei pazienti che riescono a entrare nel sistema di cura nel più breve tempo possibile dall'esordio della malattia. In linea con tutto ciò, è, anche, l'evoluzione che hanno avuto negli ultimi anni i criteri di accesso ai trattamenti con farmaci long-acting, quali il metadone e buprenorfina. Si è infatti passati da criteri molto restrittivi degli anni '60 a quelli attuali dove l'unica accortezza deve essere posta sulla non induzione di una dipendenza iatrogena. Evoluzioni importanti sono avvenute anche a carico dei pazienti; si è passati da tipologie di pazienti con un prevalente uso di eroina per via iniettiva, trattati per lo più in monoterapia, a pazienti che presentano un quadro di policonsumo di sostanze e sempre più spesso in trattamento con più farmaci specialistici come nel caso dei concomitanti disturbi psichiatrici e infettivologici. Questo rende e renderà sempre di più indispensabile la collaborazione tra diversi specialisti, ma anche quella del medico di medicina generale quale titolare della salute "complessiva" del paziente.

Partendo da tali considerazioni è possibile rivedere il concetto di obiettivo terapeutico che oggi deve sempre più mirare a colmare il divario tra un outcome reale tipico dei trattamenti con farmaci long acting (cessazione dell'uso di eroina, riduzione del craving, riduzione della mortalità etc) e quello atteso anche da parte dei pazienti (miglioramento della qualità di vita, de-stigmatizzazione della cura, avere una vita normale, ecc.); in questo divario possono essere ri-compresi tutti gli obiettivi clinici che potranno essere raggiunti in funzione delle caratteristiche del paziente, ma anche della capacità di implementazione del sistema di cura. È quindi possibile pensare nel caso della dipendenza da eroina, come già avviene per altre dipendenze, ad esempio alcol e nicotina, a un sistema di intervento su più livelli: il primo, quello all'interno del SerT con funzioni specialistiche di intervento volte in particolare modo all'inquadramento diagnostico, alla induzione sicura dei trattamenti con farmaci oppioidi, alla stabilizzazione della malattia e al suo iniziale monitoraggio all'interno di una cornice di multidisciplinarietà e di integrazione con altri servizi specialistici (psichiatria, malattie infettive, neurologia etc), e uno meno specialistico, quello della medicina di base, dove il paziente stabilizzato potrà essere trasferito per la prosecuzione del trattamento farmacologico. Ovviamente, occorrerà sviluppare una buona sinergia di azione tra i due livelli con anche un idoneo e continuo percorso formativo.

Un modello integrato, in molte parti del mondo definito Shared Care Model o Hub-Spoke Model, potrebbe apportare una serie di vantaggi sia al paziente che al sistema di cura. In particolare permetterebbe di facilitare l'accesso dei nuovi pazienti destigmatizzando l'intero processo terapeutico, favorire il reinserimento dei pazienti nei "normali canali di cura", liberare risorse presso i

servizi specialistici da poter destinare a casi più gravi/complessi, creare sul territorio un sistema collaborativo di intervento.

## Cambiamento o evoluzione? Il punto di vista del medico di medicina generale

A cura di Alessandro Rossi

Se si dovesse limitare l'intervento professionale della medicina generale, in maniera miope, a quelle che sono dichiarate come priorità del sistema (Ministero, Regioni, Aziende Sanitarie Locali), allora il discorso relativo a un possibile ruolo dello stesso MMG nell'assistenza al paziente affetto da addiction sarebbe chiuso in partenza. Infatti, le priorità del SSN riguardano essenzialmente:

- la cronicità (Chronic Care Model);
- la continuità assistenziale (H24, AFT, UCCP ecc.);
- il contenimento della spesa.

Ma gli scenari che riguardano l'addiction oramai coinvolgono nuovi consumatori e nuovi modelli di consumo. Forse questo è lo scenario epidemiologico medico che negli ultimi anni ha subito i maggiori cambiamenti in termini sia di *caratteristiche del paziente* (normalizzazione sociale) sia del *tipo di dipendenza* (poliabusos, ludopatie). I nuovi consumatori sono sempre più inseriti in un normale contesto lavorativo e sociale e non gradiscono lo stigma rappresentato dai Servizi specialistici delle Dipendenze. Oltre a ciò, sia le diverse modalità di assunzione delle sostanze (inalatorie, fumo ecc.) sia l'assenza di sostanze (ludopatie) fa sentire questi soggetti come "non tossici" o comunque "non pazienti".

A questo punto, la sfida della medicina generale è quella di ricavarsi un ruolo definito nell'intercettazione e nella gestione di questi problemi che sempre più si configurano come malattie croniche (e da qui l'indiscutibile riconduzione alla priorità del SSN di cronicità) e priorità di salute pubblica.

La Società Italiana di Medicina Generale, forte della sua esperienza ventennale di iniziative formative, editoriali e di ricerca in questo settore, mette oggi in campo le sue proposte. Esse riguardano essenzialmente la creazione di un *network nazionale di medici di medicina generale*, su base volontaria, che costituiscono una rete di collaborazione e collegamento tra MMG coinvolti a vario titolo nel problema, supportata da idonei strumenti organizzativi e professionali, che sia disponibile alla collaborazione e alla presa in carico condivisa con i Servizi specialistici delle Dipendenze da parte di quei pazienti che hanno un profilo chiaro di stabilizzazione e volontà di recupero. Tale proposta potrebbe essere supportata dall'introduzione della figura del medico di medicina generale *con particolare interesse nel campo delle dipendenze*, sulla scorta del modello inglese (GpWSI) e, in Italia, della medesima figura prevista dalla legge 38 sul dolore.

Tale figura:

- riduce i costi e le consulenze specialistiche inutili, fornendo egli stesso consulenza all'interno del servizio da lui istituito o incrementando le conoscenze degli altri generalisti a lui afferenti;
- compie interventi di educazione e addestramento per incrementare le abilità dei colleghi e realizzare una gestione più efficiente dei pazienti nel setting delle cure primarie, grazie al connubio tra visione generalista e competenze specialistiche;
- facilita la fruizione delle cure specialistiche riducendo i ritardi, ottimizzando l'accesso ai servizi sanitari e permettendo un percorso terapeutico in ambito domiciliare;
- migliora la cura del paziente integrando la gestione specialistica della patologia da addiction con l'approccio olistico, considerando il paziente nella sua globalità, secondo il know-how tipico della medicina generale.

Nella realtà italiana, seguendo le indicazioni che giungono dal Regno Unito e adattandole alla nostra realtà, occorre creare, dunque, la figura del medico di medicina generale con particolare interesse nelle Dipendenze (GPWSI), che si configurerebbe come un MMG che ha acquisito maggiori competenze nella prevenzione, diagnosi e terapia delle Dipendenze Patologiche e che svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.

I medici facenti parte del network dovrebbero occuparsi prioritariamente dei seguenti aspetti:

- prevenzione e diagnosi precoce;
- trattamento;
- rapporti con la famiglia.

Per quanto riguarda la diagnosi precoce, occorre definire in modo condiviso un pattern di fattori di vulnerabilità, che aiutino a individuare le popolazioni a rischio su cui intervenire proattivamente, con interventi di supporto sulla famiglia o sul soggetto a rischio.

Il trattamento riguarderebbe certamente una fetta dei pazienti dipendenti da oppiacei. In particolare andrebbero selezionati quelli stabilizzati sia da un punto di vista clinico che psicologico. Nella diversa gamma di farmaci a disposizione, occorre individuare quelli che presentano caratteristiche farmacologiche ma anche modalità prescrittive idonee e trasferibili alla medicina generale. In particolare, buprenorfina/naloxone ha dimostrato, grazie al suo basso potenziale di abuso e alla praticità di somministrazione, di essere in grado di rappresentare una potenzialità per sviluppare l'auspicato network tra MMG e Servizi specialistici delle Dipendenze a livello territoriale.

## Cambiamento o evoluzione? Il punto di vista delle istituzioni e delle organizzazioni umanitarie

A cura di Massimo Barra

Curare i tossicomani, tutti i tossicomani, è obiet-

tivo strategico importante per ogni governo. Se, infatti, un tossicomane preso in carico e curato è pur sempre una persona problematica, potenzialmente pericolosa per sé e per gli altri, uno abbandonato a se stesso e sconosciuto ai sistemi di sanità pubblica, pericoloso lo è molto di più: per la sofferenza procurata a se stesso e agli altri; per le attività criminali messe in atto per procurarsi la droga; come potenziale fonte di malattie infettive. Un governo che faccia il bene della comunità deve perciò attuare una politica di sanità pubblica capace di incontrare il maggior numero possibile, tutti i tossicomani nel suo territorio. Per fare ciò, gli interventi terapeutici debbono essere multipli e integrati fra loro, valorizzando tutti gli attori, pubblici e privati, che siano in grado di produrre un fatturato che vada dal semplice contatto fino al superamento della patologia dell'addiction. Invece di impegnarsi in "guerre di religione" tra metodi più o meno capaci di creare un "prodotto finito" è necessario riconoscere "pari dignità" anche in termini economici ai singoli attori della "presa in carico".

Didatticamente possiamo distinguere gli interventi in "alta soglia", "media soglia", "bassa soglia" e "bassissima soglia", dove i primi 3 comportano una cinesi attiva del paziente e quindi una motivazione che ad essa si accompagna, di livello proporzionale alla soglia dell'intervento. La richiesta di aiuti, specie se finalizzata al superamento della dipendenza e quindi all'abbandono del proprio oggetto d'amore, comporta incertezze, dilazioni e, per tanti, una frustrazione intollerabile.

Il centro antidroga statico che attende il paziente fatalmente lo seleziona, accogliendo solo chi è a un grado tale della propria addiction da poter chiedere di essere curato. Poco importa se la richiesta è a volte strumentale: sta ai terapeuti convertire una motivazione ambivalente e incerta in una più strutturata e positiva. Ma chi non tollera la frustrazione inevitabile nella richiesta di aiuto non può essere dimenticato e rimosso dalle strategie di salute pubblica.

Se chi va a un centro antidroga è malato, chi non si pone nemmeno il problema di uno stile di vita alternativo rispetto a quello condizionante dell'addiction, malato lo è 2 volte e richiede un surplus di attenzione, anziché l'abbandono e il disprezzo implicito dei terapeuti alla ricerca di un "prodotto finito" con cui essere gratificati. Di qui alla necessità di creare una rete, quella che a Roma già negli anni 70 è stata chiamata Sistema Cittadino Integrato Antidroga, in cui fare confluire tutti gli attori capaci di contattare prima i soggetti, anche per strada, e poi di avviarli a interventi terapeutici differenziati a secondo del livello di motivazione e alle condizioni di quanti a essi si affidano.

Non c'è contraddizione, tantomeno ci deve essere ostilità tra terapie farmacologiche sostitutive e non e comunità terapeutiche di diverso tipo, tra medico di famiglia e specialisti dei servizi, in quanto ognuno è chiamato a contribuire per la sua parte al "lungo cammino della terapia", tanto più efficace quanto più duratura nel tempo

è la presa in carico del paziente. Chi regge le fila della terapia, perché prescelto dal soggetto che in lui confida, non certo perché lo ha ricevuto in dote dalla cosiddetta competenza territoriale, quella che Olievenstein chiamò una volta "il nuovo feudalesimo dell'igiene mentale", deve essere in grado di fare diagnosi e di impostare un cammino terapeutico, pronto sempre a una carta di riserva da scartare al momento in cui la strategia precedente dovesse apparire non più praticabile, con elevato rischio di abbandono capace di portare conseguenze anche nefaste. Se la terapia è un lungo cammino, l'importante è avere sempre una carta di riserva, senza la quale i rischi di insuccesso s'impennano con aumento parossistico della sofferenza individuale e collettiva.

## Sostenibilità economica dei modelli di cura dell'eroino-dipendenza

### A cura di Lorenzo Mantovani

In Italia i costi legati al consumo di droghe, sono pari al 2% del PIL nazionale, calcolati in 31 miliardi di Euro nel 2011. I costi sanitari specifici per la cura delle tossicodipendenze rappresentano poco più del 5% dei costi totali. In Italia le strutture di assistenza sono 1.630, di cui 563 rappresentate dai SerT, e 1.067 da Comunità Terapeutiche di vario tipo. I soggetti con dipendenza da sostanze che hanno necessità di trattamento sono oltre mezzo milione. I soggetti effettivamente trattati sono circa un terzo, vale a dire circa 170.000. Un euro investito nella cura delle tossicodipendenze genera un beneficio di 6 euro<sup>30</sup>.

Quanto alle eroino-dipendenze, i trattamenti appropriati, attuati mediante modelli di cure miste/condivise (Shared Care Model, Hub-spoke, etc.), hanno ripetutamente dimostrato di essere alternative costo-efficaci per la gestione dei pazienti, anche in Italia. Essi sono raccomandati da diverse agenzie di Technology Assessment in Scozia, Galles, Inghilterra, Canada e Australia<sup>4 10 24 33</sup>. I modelli di cura miste/condivise (Shared Care Model, Hub-spoke, ecc.) possono contribuire a ridurre il gap tra soggetti che necessitano cure e quelli che effettivamente le ricevono, in modo altamente costo efficace o, addirittura, riducendo i costi complessivi delle eroino-dipendenze<sup>23</sup>.

## L'addiction e la rete dei Servizi Territoriali

### A cura di Pier Paolo Pani

L'addiction è una delle patologie a maggiore rilevanza sociale. Dole e Nyswander, nel primo articolo pubblicato sull'efficacia del metadone scrivevano: "Con questo farmaco, e con un programma complessivo (olistico) di riabilitazione, i pazienti hanno mostrato un marcato miglioramento; sono tornati a scuola, hanno ottenuto lavori, si sono riconciliati con le loro

famiglie ... Questo trattamento richiede una attenta supervisione medica e numerosi servizi sociali. Nella nostra opinione, il farmaco e il programma di supporto sono entrambi essenziali"<sup>7</sup>. Molti anni dopo, il lavoro di Thomas McLellan ha evidenziato il peso dei servizi psicosociali nei programmi di mantenimento con metadone<sup>22</sup>. Ci sono degli ambiti che, data la complessità dei fattori sanitari e sociali coinvolti, si giovano maggiormente di un approccio integrato e nei quali la specializzazione e frammentazione degli interventi può tradursi in un danno, soprattutto laddove gli specialisti tendono a concentrarsi sul loro dovere piuttosto che sul passare le informazioni<sup>27</sup>. Alcune revisioni Cochrane del gruppo droghe e alcol si sono occupate della valutazione dell'associazione di interventi psicosociali con i farmaci agonisti per il trattamento della dipendenza da oppioidi<sup>2 3</sup> e del case-management per il coordinamento e la continuità delle cure<sup>11</sup>. Persiste, tuttavia, la necessità di studiare i vantaggi e i costi dell'integrazione.

Nel Servizio Sanitario Nazionale, l'optimum dell'integrazione dovrebbe essere assicurato da un sistema a matrice ortogonale dove ciascuna unità operativa è collocata contemporaneamente nel Distretto (che assicura l'integrazione interservizi e interistituzioni) e nel Dipartimento (che assicura la qualità tecnico-scientifica degli interventi). In un modello organizzativo di questo genere, i Servizi per le Dipendenze potrebbero seguire lo schema "hub and spoke", che prevede la concentrazione delle funzioni generali di programmazione operativa, coordinamento e cliniche complesse in un "centro" (hub). Gli altri "nodi" e "punti" della rete (spoke), la cui attività è fortemente integrata con quella dei "centri", sono distribuiti nel territorio, rappresentati da strutture e realtà operative che più facilmente intercettano la domanda di assistenza (unità operative territoriali; unità operative tematiche per alcolismo, tabagismo, etc; ambulatori del medico di medicina generale; centri di salute mentale; consultori familiari; servizi sociali dei comuni; ecc.). Questo schema tende a garantire un governo uniforme del sistema e a rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete, limitando i trasferimenti di assistiti a situazioni specifiche e a fasi temporali del percorso in funzione del progetto terapeutico e riabilitativo complessivo.

La realizzazione di sistemi di questo tipo potrebbe passare per l'implementazione di progetti pilota, analogamente a quanto attuato in ambiti internazionali<sup>31</sup>, con la partecipazione dei servizi per le dipendenze e delle altre strutture sanitarie e sociali interessate dalla problematica.

Ulteriori interventi potrebbero essere rivolti a incentivare comportamenti virtuosi nel perseguimento di livelli di integrazione definiti. Attualmente i sistemi di pagamento dei servizi non tengono conto, infatti, del valore dell'integrazione e del coordinamento e non prevedono incentivi finalizzati a incoraggiare il dialogo fra i diversi livelli di cura. Si può pensare anche

all'inclusione della continuità delle cure nei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevedendone la valorizzazione economica.

La conduzione a regime di una modalità assistenziale idonea ad assicurare l'integrazione e continuità delle cure implica comunque l'adozione di scelte di livello normativo e regolamentare che risolvano criticità generali relative alle forme di integrazione orizzontale (fra istituzioni, servizi e operatori titolari delle funzioni sanitarie e di quelle sociali) e verticale (fra enti, servizi e operatori titolari delle funzioni di cura di base, specialistica e ospedaliera) nei diversi ambiti delle competenze, dell'organizzazione, delle prestazioni e delle forme di finanziamento.

## Uno sguardo a un futuro molto vicino: il Modello di Cura Misto

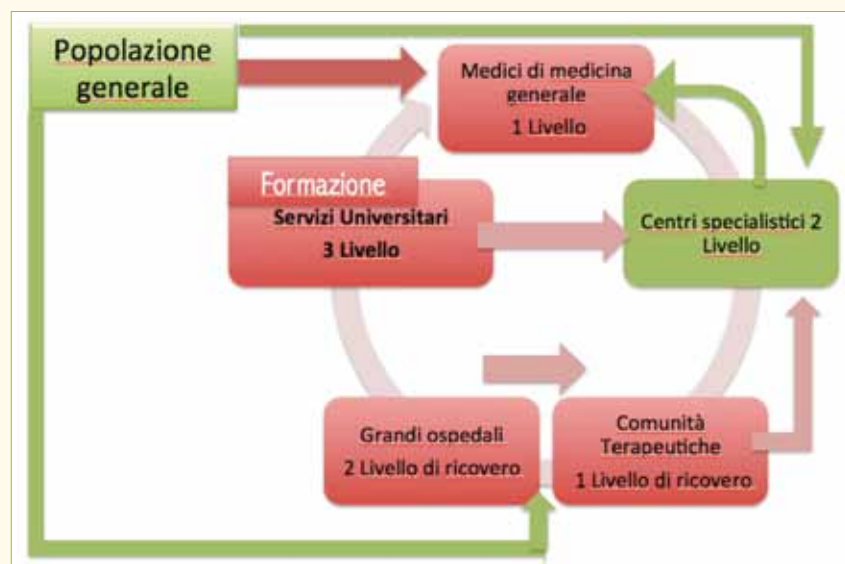
A cura di Icro Maremmani

Nel futuro prossimo è possibile prevedere un'organizzazione dell'assistenza agli eroinomani che tenga conto delle mutate condizioni cliniche e possibilità terapeutiche. Come per tutte le altre discipline mediche l'assistenza andrà organizzata per livelli di intervento, che mirino a quanto raccomandato da EUROPAD e WFTOD (World Federation for the Treatment of Opioid Dependence, NGO with Special Consultative Status with Economic and Social Council (ECOSOC))<sup>8</sup>. Non c'è, infatti, una evidenza scientifica di un migliore risultato in caso di non utilizzo dei principi generali di trattamento delle malattie croniche (criterio J) e i pazienti dipendenti dovrebbero essere trattati il più normalmente possibile, senza ricorrere a regolamenti stigmatizzanti (criterio K). Il livello 1 (primo livello di intervento) sarà rappresentato dal medico di medicina generale; il livello 2 (secondo livello di intervento) comprenderà i servizi specialistici per le dipendenze; il livello 3 (terzo livello di intervento) sarà rappresentato dai servizi offerti dalle Università. Il medico di medicina generale opererà di raccordo fra la popolazione generale e i centri specialistici. I servizi specialistici opereranno come strutture ambulatoriali e come strutture di ricovero attraverso convenzioni con le Comunità Terapeutiche (primo livello di ricovero) e, in prima persona, presso gli Ospedali (2 livello di ricovero). L'Università opererà nell'assistenza di 3 livello con specifici servizi ambulatoriali e di ricovero per i pazienti resistenti; e nella trasmissione del sapere attraverso forme di insegnamento di base (laurea in medicina, in discipline infermieristiche, psicologiche e sociologiche); specialistiche, di ricerca e di didattica post-laurea (master 1 e 2 livello, ECM in medicina) (Fig. 1).

Non stiamo parlando d'altro che di mutuare anche in un paese evoluto e civile come l'Italia un modello efficace ed esistente già praticato in buona parte del mondo chiamato Shared Care

FIGURA 1.

Prospettive future dell'assistenza ai pazienti tossicodipendenti da eroina in Italia.



Model (o Hub-Spoke) o Modello di Cura Misto.

E non vi è dubbio alcuno che solo una tale organizzazione consentirà di trattare le dipendenze riducendo al minimo le interferenze negative dovute allo stigma.

Quando un gruppo di medici decise di fondare il "Progetto Comunità Aperta" di Pietrasanta, negli anni '80, incarnò l'intuizione, allora quasi visionaria e pionieristica, di poter gestire l'addiction da eroina nel cuore pulsante della cittadina di Pietrasanta, in Versilia, fra le strade dello shopping e i bar gremiti di turisti<sup>18</sup>. Quell'esperienza mirava a superare lo steccato dell'isolamento sociale che caratterizza a volte i percorsi terapeutici all'interno delle Comunità Terapeutiche e dei Servizi pubblici. Il Centro diurno di Pietrasanta si basò sulla complementarità fra interventi psicosociali e interventi farmacologici, ma soprattutto sul rifiuto dell'emarginazione, più o meno velata, alla quale sono spesso sottoposti i tossicodipendenti che scelgono di combattere la propria addiction. Integrazione, senza dubbio alcuno, potrebbe essere il motto dell'attività e della filosofia del progetto pioniero di Pietrasanta, e che, ancora oggi ha tutta l'attualità di poter rappresentare il cuore di una nuova proposta italiana di integrazione fra approcci terapeutici, ma soprattutto integrazione dei pazienti nella società civile, all'interno della quale sono divenuti dipendenti e nella quale, per potersi dire guariti, devono reinserirsi, delineando così un concreto e reale percorso di recovery.

Separare il paziente da quel contesto rischia di rivelarsi un metodo inefficiente, che va incontro a un reinserimento traumatico, soggetto a rischi elevati di inevitabili ricadute, tipiche di una patologia cronica recidivante quale è la dipendenza da sostanze.

L'intervento farmacologico in sé non è in grado di importare una nuova filosofia nella cura delle dipendenze: quando fu introdotto per il trattamento della depressione, sembrò ovvio che questo approccio potesse accelerare i tempi di rientro del paziente al lavoro, limitando l'impatto del percorso di cura sulla vita di relazione, consentendo ai pazienti di curarsi all'interno del loro contesto sociale. Ebbene, questo ragionamento non è stato ripetuto né per i pazienti psichiatrici né per le persone con dipendenza da sostanze. Allo stato attuale dello sviluppo delle conoscenze neuro-scientifiche, è possibile compiere un passo ulteriore nella logica che ci ha portato a integrare approccio psicosociale e approccio farmacologico, per affrancare, dall'ombra del giudizio sociale e di una più o meno radicale segregazione, il percorso di cura delle persone con dipendenza?

Abbiamo la responsabilità di domandarci se abbia ancora senso la separazione dalla società almeno dei tossicodipendenti in fase di mantenimento. Questo isolamento a scopo di cura può davvero portare vantaggi, alla società e ai pazienti stessi? La novità è che "i marziani sono in mezzo a noi", perché i nuovi dipendenti sono padri, lavoratori, anche figli di famiglie socialmente ben inserite.

Curare i tossicodipendenti nelle loro case, nel loro posto di lavoro e nel loro contesto sociale sarebbe un'evoluzione storica, che potrebbe realizzarsi solo grazie all'investimento nella disponibilità di una rete di assistenza articolata e integrata nelle sue componenti sanitarie e sociali e nella motivazione di due attori fondamentali del Sistema Sanitario: lo specialista, in questo caso in dipendenze, e il medico di base.



## Autori

**Icro Maremmani** è docente di "Medicina delle Farmacotossicodipendenze" e "Riabilitazione delle Tossicodipendenze" all'Università di Pisa; responsabile dell'Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole" del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana; Presidente dell'Associazione per l'Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a fini Sociali- AU-CNS, della Società Italiana Tossicodipendenze- SITD, dell'European Opiate Addiction Treatment Association- EUROPAD e della World Federation for the Treatment of Opioid Dependence- WFTOD, NGO with Special Consultative Status with Economic and Social Council (ECOSOC).

**Isabella Cecchini** è Direttore del Dipartimento Healthcare, GFK Eurisco, Milano, Italia.

**Elisabeth Burton-Phillips** e **Gail Pitts** sono le fondatrici dell'associazione Drug-Fam, Wycombe, UK.

**Gaetano di Chiara** è Preside del Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Cagliari.

**Gilberto Gerra** ha lavorato a lungo presso l'ASL di Parma; attualmente lavora per le Nazioni Unite.

**Lorenzo Somaini** è Dirigente Medico di 1 Livello in Farmacologia e Tossicologia, SerT di Cossato, ASL 12 Biella.

**Alessandro Rossi** è Referente Area Malattie Infettive e Tossicodipendenze, della Società Italiana di Medicina Generale – SIMG, Terni.

**Massimo Barra** è Commissario Permanente del Movimento Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, Ginevra e Presidente della Fondazione "Villa Maraini", Roma.

**Lorenzo Mantovani** è Docente e Ricercatore di Economia Sanitaria, Facoltà di Farmacia dell'Università di Napoli, Federico II.

**Pier Paolo Pani** è Direttore della Direzione dei Servizi Socio-Sanitari, ASL 8, Cagliari.

**Fabrizio Starace** è Direttore del Dipartimento Integrato di Salute Mentale di Modena.

## Contributo

Tutti gli autori hanno discusso la versione iniziale del documento, hanno contribuito alla stesura e hanno approvato il documento finale. Il parere degli autori non riflette necessariamente quello delle Istituzioni di appartenenza.

## Finanziamento

Questo documento, frutto dell'incontro AMEF2013, è stato finanziato con un Grant istituzionale dell'AU-CNS (Associazione per l'Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a Fini Sociali, Pietrasanta (Lucca).

## Conflitto di interesse

**Icro Maremmani** ha fatto parte di Board Scientifici

supportati finanziariamente da Reckitt Benkiser, D&A Pharma, Lundbeck.

## Ringraziamenti

Gli autori del Manifesto intendono ringraziare i partecipanti all'Addiction Medicine Expert Forum che si è svolto a Pietrasanta, Lucca, l'8 Marzo 2013 sotto l'egida della World Federation for the Treatment of Opioid Dependence (WFTOD; New York, NY, USA), dell'European Opioid Addiction Treatment Association (EUROPAD; Brussels, Belgium – Pisa, Italy) e dell'Associazione per l'Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a Fini Sociali (AU-CNS; Pietrasanta, Lucca). Il gruppo AMEF2013 ha discusso gli interventi dei relatori durante il convegno, ha proposto emendamenti al documento finale e lo ha sottoscritto. Il gruppo AMEF2013 è composto da Giuseppe Agrimi (Massa-Carrara), Francesco Auriemma (Napoli), Pietro Casella (Roma), Giovanna De Cerce (Campobasso), Elio Dell'Antonio (Bolzano), Gaetano Deruvo (Bari), Gilberto Di Petta (Napoli), Paola Fasciani (Chieti), Riccardo Gionfriddo (Siracusa), Rossana Giove (Milano), Giuseppe Giuntoli (Pistoia), Guido Intaschi (Viareggio), Piergiorgio Mazzoli (Fano), Andrea Michelazzi (Trieste), Carlo Ministrini (Città di Castello), Franco Montesano (Catanzaro), Enrico Moratti (Udine), Ellena Pioli (Lucca), Luigi Stella (Napoli).

## Bibliografia

- 1 Adfam. *Challenging stigma. Tackling the prejudice experienced by the families of drug and alcohol users*. ADFAM 2012 - <http://www.adfam.org.uk>
- 2 Amato L, Minozzi S, Davoli M, et al. *Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification*. Cochrane Database Syst Rev 2011;(9):CD005031.
- 3 Amato L, Minozzi S, Davoli M, et al. *Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2011;(10):CD004147.
- 4 Australian Government, Department of Health and Ageing, Therapeutic Goods Administration. *Australian Public Assessment Report for buprenorphine/naloxone*. TGA health safety Regulation 2011 - <http://www.tga.gov.au/pdf/auspar/auspar-suboxone.pdf>.
- 5 Bell J, Byron G, Gibson A, et al. *A pilot study of buprenorphine-naloxone combination tablet (Suboxone) in treatment of opioid dependence*. Drug Alcohol Rev 2004;23:311-7.
- 6 Desjarlais DC. *Philosophy and reality in methadone treatment*. Addiction 1994;89:807-9.
- 7 Dole VP, Nyswander ME. *A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride*. JAMA 1965;193:80-4.
- 8 Europad. *Conclusions endorsed at the plenary session of May 27, 2012 during the 10<sup>th</sup> European Congress of the European Opiate Addiction Treatment Association, Barcelona, Spain, EU, May 25-27, 2012*. Heroin Addict Relat Clin Probl 2013;15:14.
- 9 Greenwald MK, Johanson CE, Moody DE, et al. *Effects of buprenorphine maintenance dose*

- on mu-opioid receptor availability, plasma concentrations, and antagonist blockade in heroin-dependent volunteers. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000-9.
- 10 Handford C, Kahan M, Srivastava A, et al. *Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health endorsed by College of Family Physicians of Canada 2011.
- 11 Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp RC, et al. *Case management for persons with substance use disorders*. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4):CD006265.
- 12 Kakko J, Gronbladh L, Svanborg KD, et al. *A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial*. Am J Psychiatry 2007;164:797-803.
- 13 Kling MA, Carson RE, Borg L, et al. *Opioid receptor imaging with PET and [18F]cyclofoxy in long-term methadone-treated former heroin addicts*. J Pharmacol Exp Ther 2000;295:1070-6.
- 14 Maremmani I. *When a new drug promotes the integration of treatment modalities: suboxone and harm reduction*. Heroin Addict Relat Clin Probl 2008;10:5-12.
- 15 Maremmani I. *Heroin dependence: theory of different levels of intervention*. In: Maremmani I, editor. *The principles and practice of methadone treatment*. Pisa: Pacini Editore Medicina 2009, pp. 31-8.
- 16 Maremmani I., Canoniero S., Pacini M. *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*. Pisa: Pacini Editore Medicina & AU-CNS onlus 2001.
- 17 Maremmani I, Cirillo M, Castrogiovanni P. *Aspetti Psichiatrici delle Tossicodipendenze*. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 1987;X:243-56.

- 18 Maremmani I, Nardini CF, Nardini R. *Come ottenere una terapia efficace. Supporto normativo per l'autoaiuto nel trattamento della tossicodipendenza da eroina*. Pietrasanta: P.C.A. SIMS 1993.
- 19 Maremmani I, Pacini M, Lubrano S, et al. *Harm reduction and specific treatments for heroin addiction. Different approaches or levels of intervention?. An illness-centred perspective*. Heroin Addict Relat Clin Probl 2002;4:5-11.
- 20 Maremmani I, Pani PP, Pacini M, et al. *Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factors derived from the SCL-90*. Ann Gen Psychiatry 2011;9:15.
- 21 Mattick RP, Kimber J, Breen C, et al. *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2008;(2):CD002207.
- 22 Mclellan AT, Arndt IO, Metzger DS, et al. *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment*. JAMA 1993;269:1953-9.
- 23 Montesano F, Mellace V, On Behalf of Atc-Dpc Project Group. *The effects of a novel take-home treatment strategy in patients with opioid-dependence receiving long-term opioid replacement therapy with buprenorphine/naloxone in Italy: a cost analysis*. Heroin Addict Relat Clin Probl 2013;15:45-52.
- 24 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence*. NHS 2010 - <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA114Nicedguidance.pdf>.
- 25 Newman RG. *The pharmacological rationale for methadone treatment of narcotic addiction*. In: Tagliamonte A, Maremmani I, editors. *Drug addiction and related clinical problems*. Wien-New York: Springer-Verlag 1995, pp. 109-18.
- 26 O'hare P. *Starring Harm Reduction (Editorial)*. Int J Drug Policy 1994;5:199-200.



- <sup>27</sup> Ovreteit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: Health Foundation 2011.
- <sup>28</sup> Parrino MW. *State Methadone Treatment Guidelines. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 1*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services 1993.
- <sup>29</sup> Pinto H, Maskrey V, Swift L, et al. *The SUMMIT trial: a field comparison of buprenorphine versus methadone maintenance treatment*. *J Subst Abuse Treat* 2010;39:340-52.
- <sup>30</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri. *L'integrazione M.P.L.C.I.E., Dipartimento Politiche Antidroga (2012): Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012 - Elaborazioni 2012. Sintesi*. Italian Government - [http://www.politicheantidroga.it/media/569861/file/cumulativo\\_light.pdf](http://www.politicheantidroga.it/media/569861/file/cumulativo_light.pdf) (accessed 2013/05/11).
- <sup>31</sup> Rand Europe, Ernst & Young LLP, University of Cambridge. *National evaluation of the Department of Health's integrated care pilots*. RAND Europe, Cambridge 2012.
- <sup>32</sup> Rb Pharmaceuticals Limited. *Suboxone summary of product characteristics*. Available at: [www.wema.europa.eu](http://www.wema.europa.eu). Accessed on 16 February 2011.
- <sup>33</sup> Scottish Medicines Consortium. *Buprenorphine/naloxone 2 mg/0.5 mg, 8/2 mg sublingual tablet (Suboxone®)*. NHS 2007 - [http://www.scottishmedicines.org.uk/files/buprenorphine\\_naloxone\\_sublingual\\_tablet\\_\\_Suboxone\\_\\_355-07\\_.pdf](http://www.scottishmedicines.org.uk/files/buprenorphine_naloxone_sublingual_tablet__Suboxone__355-07_.pdf).
- <sup>34</sup> Wells B. *Methadone maintenance treatment: harm reduction or rehabilitation?* *Addiction* 1994;89:806.