

4. Valutazione degli esiti dei percorsi terapeutici: analisi dei fattori predittivi di adesione al trattamento e dei rischi associati all'interruzione della terapia

di *Cristina Sorio, Gabriella Antolini*

1. Premessa

Come sostiene l'Osservatorio Europeo in questo momento la cocaina è la sostanza stimolante più diffusa tra i paesi dell'Europa meridionale e occidentale e il suo consumo è in continua crescita. Anche la domanda di trattamento ai servizi ha visto uno sviluppo senza precedenti.

Nella Regione Emilia-Romagna dal 1991 al 2007 l'utenza con uso di cocaina come sostanza primaria è aumentata di 30 volte.

La cocaina è frequentemente assunta in associazione ad altre sostanze: con l'eroina per ridurne gli effetti depressivi (speedball), oppure con l'alcol per potenziare gli effetti eccitanti, in quanto tale combinazione aumenta la concentrazione di cocaina nel sangue

Dai dati del Rapporto 2008¹ su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, la cocaina coinvolge come sostanza d'abuso primaria il 14,9% degli utenti dei servizi (n. 1859) e il 21,6% dei nuovi utenti (n. 485). La distribuzione geografica della percentuale di utenza tra le province arruolate, vede Piacenza al primo posto con il 16,1%, seguita da Reggio Emilia (15,6%), Parma (14,7%), Modena (14,2%), Rimini (13,3%) e Ferrara (10,3%).

I tassi di incidenza² annua osservati nelle realtà territoriali che hanno partecipato allo studio, mettono in evidenza una maggiore forza di sviluppo del fenomeno dal punto di vista dell'accesso ai servizi nella provincia di Rimini che a partire dal 2000 a fronte di un'incidenza di coorte di 8,78 nuovi ingressi su 100.000 residenti, registra già un tasso doppio (17,48 ca-

1. Regione Emilia-Romagna, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, *Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna*, Bologna, 2009.

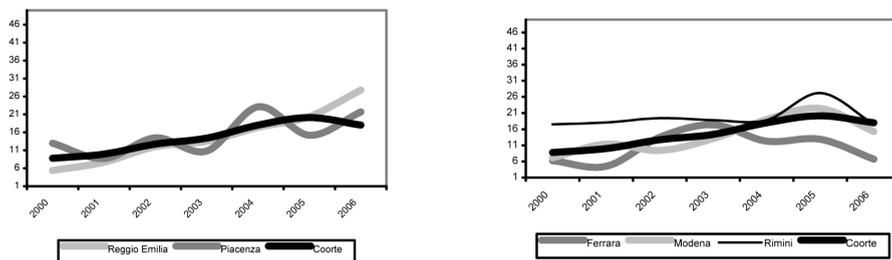
2. Popolazione target 15-54 anni: residenti a metà periodo (31.12.2003).

si), con un andamento costante negli anni e che nel 2005 supera la media di coorte (20,14*100.000) con 27,19 nuovi casi.

Nel 2000 Piacenza presenta un'incidenza di 13,02 con un decremento fino al 2003 (10,85*100.000) e un andamento altalenante fino al 2006 (21,69*100.000) che si attesta sul valore medio di coorte.

Reggio Emilia dal 2000 al 2005 si mantiene al di sotto del valore medio di coorte, ma nell'ultimo anno raggiunge il valore più alto tra le province osservate con 27,78 nuovi ingressi su 100.000 residenti rispetto al valore medio di 19,13. Modena e Ferrara nel periodo osservato registrano i valori più bassi al di sotto della media di coorte (rispettivamente 15,33*100.000 e 6,74*100.000).

Fig. 1 - Tassi di incidenza annua osservati nelle province di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Rimini (Valori *100.000)



Tab. 1 - Tassi di incidenza annua osservati nelle province di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Rimini (Valori *100.000)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piacenza	13,02	8,68	14,46	10,85	23,14	15,19	21,69
Reggio Emilia	5,40	7,72	11,96	13,50	17,36	20,45	27,78
Modena	7,10	11,36	9,37	13,06	19,03	22,43	15,33
Ferrara	6,18	4,49	13,48	17,41	12,35	12,92	6,74
Rimini	17,48	18,13	19,42	18,77	18,77	27,19	17,48
Coorte	8,78	9,98	12,75	14,42	18,02	20,14	18,02

I Servizi per diversi anni si sono specializzati nel trattare quasi esclusivamente problematiche connesse con l'assunzione di eroina. A partire dal 2004 la rilevante crescita della domanda di trattamento per problematiche relative all'uso di cocaina ha creato delle difficoltà a strutturare percorsi te-

rapeutici efficaci, soprattutto a causa della scarsa disponibilità di programmi terapeutico-riabilitativi consolidati ed *evidence based*.

Di fatto l'eterogeneità culturale delle persone che si rivolgono ai servizi e le caratteristiche delle modalità di assunzione (cocaina primaria, secondaria associata all'eroina, poliassunzione, ecc.) richiedono trattamenti specifici e personale con competenze professionali specifiche.

Di fronte a questi nuovi scenari nasce l'esigenza di ripensare complessivamente le strategie di prevenzione, l'*assessment* della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi, superando le attuali difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei cocainomani e dei policonsumatori, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda³.

Dalle ultime pubblicazioni del Gruppo Cochrane sui trattamenti delle tossicodipendenze non emergono evidenze scientifiche di provata efficacia in grado di supportare l'impiego di specifici trattamenti farmacologici o terapie cognitivo-comportamentali, o terapie supportivo-espressive⁴.

Tuttavia nonostante l'assenza di prove disponibili in grado di identificare l'elettività di un singolo trattamento, la comunità scientifica concorda nel ritenere auspicabile affrontare la complessità del disturbo da dipendenza da sostanze associando le terapie farmacologiche a interventi psico-sociali⁵.

A partire dallo stato attuale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica, lo studio sull'esito dei percorsi terapeutici seguiti dai pazienti dei SerT promosso dalla Regione Emilia-Romagna si pone l'obiettivo di descrivere e valutare l'esperienza maturata dai servizi pubblici nella risposta ai problemi di dipendenza da cocaina, nel periodo che va dal 2000 al 2006.

Lo studio di tipo osservazionale, a partire dalle banche dati socio-sanitarie dei SerT, ha cercato di descrivere le pratiche cliniche adottate dai servizi per arrivare a misurare l'esito intermedio dei programmi terapeutici alla conclusione del rapporto, utilizzando la compliance al trattamento e gli eventi sfavorevoli intercorsi nel periodo di osservazione come "surrogati" delle misure di efficacia.

3. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, EMCDDA, *Relazione annuale 2008, Evoluzione del fenomeno in Europa*, Lisbona, 2008, p. 68.

4. Cochrane Drugs and Alcohol Group, *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica*, Aggiornamento 2008, Roma, 2008.

5. Camposeragna A. (a cura di), *Revisione della letteratura*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2005; De Angeli M., *Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze*, Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, Roma, 2001.

Come già descritto nel disegno dello studio i soggetti arruolati sono assuntori di cocaina primaria che hanno completato, interrotto o terminato il programma terapeutico ambulatoriale, residenziale o in regime carcerario. La coorte complessiva è costituita da 1.111 soggetti, 990 maschi (89,1%) e 121 femmine (10,9%). Sono stati esclusi 232 utenti con trattamento terapeutico ancora in corso.

Si tratta di una popolazione residente in prevalenza nei territori di riferimento (80,5%; n. 894), con una piccola quota di residenti fuori provincia (19%; n. 211). I pazienti con trattamento ambulatoriale presso i SerT costituiscono il 79,9% del totale, 200 sono in trattamento in regime carcerario (18%) e 23 hanno avuto almeno un percorso in strutture terapeutiche residenziali (2,1%).

In particolare nel periodo 2000-2006 nella provincia di Rimini sono stati arruolati 327 utenti (29,4%), sul territorio provinciale di Modena 276 (24,8%), a Reggio Emilia 211 (19%), 161 nella provincia di Ferrara (14,5%) e 136 a Piacenza (12,2%).

Nell'affrontare il concetto di esito dei programmi terapeutici, nella direzione della valutazione dei casi rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati nelle varie fasi del trattamento, si è proceduto alla identificazione di alcuni fattori eziologici (fattori anagrafici, comportamentali legati al consumo e ambientali) e di processo (ritenzione in trattamento, numero di programmi seguiti), in grado di influenzare l'esito del trattamento.

Per l'analisi delle misure di associazione tra *fattori predittivi ed esito dei programmi terapeutici* è stato necessario inserire un indicatore sintetico in grado di misurare la severità del comportamento tossicomane, ottenuto dalla combinazione di singoli fattori eziologici.

Questa prima fase dello studio è servita ad indirizzare l'applicazione del modello multivariato finale che misura l'associazione di tutti i fattori contemporaneamente e permette di valutare la relazione tra gravità dei pazienti, tipologie di trattamento ed esito finale.

L'analisi del rischio di mortalità associato alla dipendenza da cocaina, nella sua valenza di esito avverso "hard", conclude il capitolo delineando i possibili fattori di rischio associati alla morte.

2. Severità del comportamento tossicomane

La *valutazione diagnostica* è finalizzata alla comprensione della condizione del paziente mediante un'operazione di individuazione dei problemi e di classificazione utilizzando riferimenti standardizzati. La diagnosi può

riguardare quattro ambiti: medico, tossicologico, psicologico/psichiatrico, sociale. Per ognuno di questi ambiti si pone la necessità di formulare una valutazione diagnostica, prognostica e di esito, per ricondurli ad un'unica valutazione globale sul paziente.

Per lo studio di coorte non disponendo di dati completi sulla diagnosi classificata secondo il sistema internazionale ICDX (assunto come sistema di rilevazione per i SerT dell'Emilia-Romagna a partire dal 2005) e non potendo rilevare le informazioni anamnestiche relative allo stato di intossicazione o all'uso dannoso, alla sindrome di dipendenza, allo stato di astinenza e alle patologie psichiatriche, è stata seguita la logica della *gravità d'abuso della sostanza* utilizzando i dati relativi alla frequenza d'uso e alla modalità di assunzione.

Si è assunto che potesse essere classificata severità alta la modalità di assunzione per via iniettiva (indipendentemente dalla frequenza) e la modalità di assunzione inalatoria e respiratoria con frequenza continuativa regolare dalle 2 alle 7 volte alla settimana.

Specularmente la severità bassa ha aggregato al suo interno gli assuntori meno gravi e più episodici con modalità di assunzione per via inalatoria o respiratoria associata ad una frequenza di assunzione occasionale di una volta a settimana o di una o più volte al mese.

Da questa prospettiva i pazienti che si sono rivolti ai servizi sono stati classificati sulla base del profilo di severità costruito sulle condizioni di partenza in merito alla storia clinica, alle problematiche sociali e ambientali (misuratori indiretti della qualità della vita).

I soggetti con Severità Alta (n. 540; 48,6%) sono in prevalenza maschi, con un'età media di 30 anni (min 16 max 72 ds7,7), un livello di scolarità basso (67% fino alla terza media inferiore), un'occupazione regolare (53,7%), un contesto relazionale di riferimento (45,4% vive con famiglia d'origine o acquisita) e con problemi di natura giuridica (41,9%). L'accesso al servizio è stato per il 36,7% spontaneo e il 21,1% è stato inviato da altri servizi socio-sanitari. Il 17,4% è arrivato per segnalazione della Prefettura e il 23 % ha seguito un programma terapeutico in carcere.

Sul versante del rapporto con le sostanze il 72,4% assume cocaina per via inalatoria (quotidianamente o da 2 a 6 giorni a settimana), contro l'11,7% che usa cocaina iniettata e il 13% che la fuma. Il 54,6% associa alla cocaina una sostanza secondaria contro il 35,9% che è monoconsumatore; i poliassuntori rappresentano il 9,4% della coorte (Tab. 2).

Il profilo dei soggetti con Severità Bassa (n. 571; 51,4%) è maschile, con età media attorno ai 29 anni (min 15 max 62 ds 7,3), con scolarità bas-

sa (59,9% fino alla terza media inferiore), occupazione regolare (68,7%), convivenza con la famiglia d'origine o acquisita (57,6%), nessun problema con la giustizia (41,5%). Sono arrivati al servizio segnalati dalla Prefettura (53,9%) o spontaneamente (18,2%); il 13,3% proviene dal carcere e il 13,3% è stato inviato da altri servizi socio-sanitari.

I comportamenti di consumo vedono il 78,5% assumere cocaina per via inalatoria (respiratoria 11,9%), con frequenza di assunzione occasionale di una volta alla settimana o di una o più volte al mese. Il 54,6% consuma solo cocaina mentre il restante 41,7% la associa ad una sostanza secondaria; il 3,7% è poliassuntore (Tab. 2).

Tab. 2 - Profilo dei soggetti arruolati in coorte distinti per livello di gravità

<i>Fattori anagrafici</i>	<i>Severità Alta</i>	<i>Severità Bassa</i>	<i>Totale</i>
Maschio	475 88,0%	515 90,2%	990 89,1%
Femmina	65 12,0%	56 9,8%	121 10,9%
≤ 29 anni	268 49,6%	330 57,8%	598 53,8%
> 29 anni	272 50,4%	241 42,2%	513 46,2%

<i>Fattori sociali</i>	<i>Severità Alta</i>	<i>Severità Bassa</i>	<i>Totale</i>
Scolarità bassa	362 67,0%	342 59,9%	704 63,4%
Scolarità alta	140 25,9%	183 32,0%	323 29,1%
Non occupato	218 40,4%	134 23,5%	352 31,7%
Occupato regolarmente	290 53,7%	392 68,7%	682 61,4%
Vive solo	214 39,6%	134 23,5%	348 31,3%
Vive con famiglia d'origine o acquisita	245 45,4%	329 57,6%	574 51,7%
Incensurato	191 35,4%	237 41,5%	428 38,5%
Problemi con la giustizia	226 41,9%	186 32,6%	412 37,1%

Tab. 2 - segue

Modalità di consumo	Severità Alta	Severità Bassa	Totale
Monoconsumatore	194 35,9%	312 54,6%	506 45,5%
Più di una sostanza	295 54,6%	238 41,7%	533 48,0%
Poliassuntori	51 9,4%	21 3,7%	72 6,5%
Sniffata	391 72,4%	448 78,5%	839 75,5%
Fumata	70 13,0%	68 11,9%	138 12,4%
Iniettata	63 11,7%	0 0	63 5,7%

Dato mancante: scolarità n. 84 (7,6%); occupazione n. 77 (6,9%); situazione abitativa n. 189 (17%); condizione giuridica n. 271 (24,4%); modalità di assunzione n. 71 (6,4%)

3. Profilo dei pazienti ed esito dei programmi terapeutici

A completamento del profilo in entrata dei pazienti arruolati nella coorte è stata avviata un'analisi sui fattori che trovavano una ipotetica associazione con le motivazioni prevalenti al trattamento.

In particolare nella popolazione analizzata la segnalazione fatta dalle forze dell'ordine costituisce l'evento che porta il soggetto al servizio con una specifica domanda di trattamento. Questo aspetto può essere considerato un fattore esterno che induce il soggetto alla cura e può accompagnarsi con un basso grado di motivazione reale all'interruzione dell'uso. Solitamente si tratta di un gruppo di consumatori non ancora problematici e più giovani.

Diversamente è il caso dei consumatori più gravi, con un alto grado di inserimento sociale e produttivo che alla comparsa di forti e ingestibili disturbi fisici e psichici, di una importante compromissione delle relazioni sociali e della performance lavorativa, arrivano direttamente ai servizi con una richiesta di aiuto spontanea (Tab. 3).

Dalla lettura delle misure di associazione tra modalità di accesso al servizio e i singoli fattori eziologici dei pazienti, emergono dei profili che contengono specifici fattori selezionati sulla base della significatività statistica.

I soggetti che si sono rivolti ai SerT *spontaneamente o inviati da altri servizi socio-sanitari* hanno una componente femminile più elevata rispetto

Tab. 3 - Modalità di accesso ai servizi dei soggetti arruolati in coorte distinti per livello di gravità

Modalità di accesso	Severità Alta	Severità Bassa	Totale
Invio dalla Prefettura	94 17,4%	308 53,9%	402 36,2%
Spontaneo	198 36,7%	104 18,2%	302 27,2%
Su indicazione di altri servizi	114 21,1%	76 13,3%	190 17,1%
Carcere	124 23,0%	76 13,3%	200 18,0%

Dato mancante: modalità di accesso n. 58 (5,2%)

alle altre categorie (pur mantenendo una proporzione di maschi pari all'81,5%), un livello di scolarità medio-alto, vivono con la famiglia d'origine o acquisita, sono incensurati, hanno un'alta severità del comportamento tossicomano, un maggiore uso iniettivo della cocaina e un uso multiplo di sostanze.

Diversamente gli utenti segnalati dalla *Prefettura* sono maschi (94,4%), hanno meno di 29 anni, vivono con la famiglia di origine, non hanno avuto denunce o condanne precedenti, hanno un basso livello di severità del comportamento di consumo, sono monoconsumatori con modalità d'uso prevalente per via inalatoria.

Infine i soggetti trattati in *carcere* sono maschi, hanno più di 29 anni, un livello di scolarità basso, un uso iniettivo o respiratorio della cocaina associato ad un consumo di altre sostanze e un alto livello di severità della dipendenza (Tab. 4).

Per valutare la relazione tra fattori capaci di condizionare il grado di compliance al trattamento dei pazienti e l'esito finale delle diverse tipologie di programma seguito, sono stati calcolati i rischi (odds ratio) di interruzione associati alla modalità di accesso spontanea e su invio della Prefettura (Tab. 5). Il modello di associazione univariato non è stato applicato ai soggetti con trattamento in regime carcerario perché nei dati relativi a questo tipo di programma non era possibile discriminare i singoli trattamenti per livello di complessità.

I pazienti che sono arrivati al SerT *Autonomamente* hanno seguito principalmente programmi complessi, comprensivi di trattamenti farmacologici e psicoterapia in risposta ad un livello alto di severità della dipendenza. In misura minore sono stati indirizzati su percorsi comunitari e programmi

Tab. 4 - Misure di associazione tra canale di invio e fattori eziologici dei pazienti arruolati nella coorte (odds ratio - I.C. 95%)

	Autonomo	Prefettura	Carcere
Femmine vs maschi	4.30 (2.78-6.67)*	0.43 (0.27-0.68)*	0.14 (0.05-0.39)*
Età mediana > 29 aa vs ≤ 29 aa	1.24 (0.97-1.57)	0.58 (0.45-0.75)*	1.60 (1.18-2.18)*
Abita solo vs con genitori	0.57 (0.43-0.75)*	0.18 (0.13-0.25)*	–
Non incensurato vs incensurato	0.27 (0.20-0.36)*	0.63 (0.47-0.84)*	–
Livello scolarità basso vs alto	0.62 (0.47-0.81)*	0.79 (0.60-1.03)	4.48 (2.87-7.20)*
Non occupato vs occupato regolarmente	1.07 (0.83-1.39)	0.17 (0.12-0.24)*	–
Uso multiplo vs monoconsumatore	1.33 (1.05-1.69)*	0.42 (0.32-0.54)*	2.54 (1.82-3.56)*
Endovena vs no endovena	1.77 (1.04-3.0)*	0.14 (0.06-0.37)*	2.37 (1.35-4.15)*
Sniffata vs no sniffata	1.31 (0.99-1.74)	1.20 (0.90-1.60)	0.51 (0.37-0.71)*
Fumata vs no fumata	0.77 (0.53-1.11)	0.92 (0.63-1.34)	1.65 (1.08-2.50)*
Severità alta vs severità bassa	3.05 (2.38-3.91)*	0.18 (0.13-0.24)*	1.96 (1.43-2.68)*

* Valori significativi (p<0.05)

semplici con colloqui psicologici, mentre non sono stati indirizzati verso programmi terapeutici di base, che prevedono controlli dei liquidi biologici e dello stato di salute associati ai trattamenti socio-educativi (Tab. 5). La durata del primo programma terapeutico è superiore ai 188 giorni (durata mediana). Il 51% dei soggetti che arriva spontaneamente al servizio interrompe, mentre il 25,5% completa il programma. Il 45,3% dei soggetti inviati da altri servizi socio-sanitari interrompe i percorsi terapeutici contro il 26,8% che completa raggiungendo tutti gli obiettivi.

Il programma terapeutico di elezione dei soggetti inviati dalla *Prefettura* invece è quello di base a breve termine, con una durata inferiore ai 188 giorni, in risposta ad un livello basso di gravità dei problemi connessi all'uso di cocaina (Tab. 5). Il 75,4% dei programmi terapeutici è completato a fronte di un 19,9% che abbandona il trattamento.

Anche i programmi in *Carcere* hanno una durata inferiore ai 188 giorni, pur presentando livelli di severità elevati. Il 31,5% termina per dimissione concordata e il 31% per conclusione del programma.

Tab. 5 - Misure di associazione (odds ratio - I.C. 95%) tra canale di invio ed esito dei programmi (interrotti vs completati)

	Autonomo	Prefettura
Programma base vs non base	0.32 (0.25-0.41)*	3.16 (2.44-4.10)*
Programma semplice vs non semplice	1.50 (1.15-1.95)*	0.88 (0.67-1.16)
Programma complesso vs non complesso	6.52 (3.90-10.88)*	-
Programma comunitaria vs non comunitario	1.63 (1.12-2.38)*	-

* Valori significativi ($p < 0.05$)

Le differenze emerse tra i profili per canale di accesso ai servizi sono risultate significative e discriminanti (nel senso di mutuamente esclusive) e quindi hanno indirizzato lo studio verso la creazione di modelli multivariati finali distinti (cfr. paragrafo 5), in grado di tener conto di tutti i fattori nella valutazione di esito dei programmi terapeutici su soggetti con accessi differenziati (spontaneo vs prefettura).

4. Gravità dei pazienti ed esito dei programmi terapeutici

Al fine di identificare strategie efficaci per rispondere al problema della dipendenza da cocaina è stato utile analizzare il livello di gravità dei pazienti in relazione ai programmi terapeutici seguiti indirizzando così la riflessione sull'appropriatezza dell'offerta.

In questa prospettiva nello studio di coorte sono stati misurati due tipi di esito: outcome intermedi che utilizzano il dato dell'esito del programma terapeutico, come misura dell'adesione o compliance al trattamento predittiva di outcomes clinici; il rischio di mortalità come outcome finale in grado di cogliere e di spiegare il grado di salute aggiunta che gli interventi riescono a creare e contemporaneamente di mortalità evitata.

In questo paragrafo verranno affrontati gli outcomes intermedi che scaturiscono da interventi di carattere medico-farmacologico (terapie farmacologiche, monitoraggio dei metaboliti urinari, controllo dello stato di salute), psicologico (colloqui psicologici, psicodiagnosi), psicoterapeutico (ad approccio individuale, di gruppo, familiare), socio-educativo (colloqui di sostegno educativo, interventi sociali), terapeutico-riabilitativo in struttura residenziale o semi-residenziale (inserimento in comunità terapeutiche o in centri diurni).

L'ipotesi che ha guidato questa prospettiva di studio parte dall'assunto che un buon programma terapeutico è quello che si conclude positivamente, non vedendo alcuna interruzione del processo da parte dei soggetti che concorrono alla sua realizzazione. Pertanto se un paziente segue un programma terapeutico sino al termine e la valutazione dell'operatore responsabile del caso è positiva, si assume raggiunto il primo livello di esito intermedio.

Da questo punto di osservazione l'analisi è stata indirizzata sulla ricerca delle possibili *associazioni tra i pazienti stratificati sulla base del livello di gravità*, registrato alla presa in carico, e *l'esito delle singole tipologie di programma*. Attraverso l'applicazione del modello di regressione logistica univariata sono state messe in luce le associazioni significative tra esito favorevole o sfavorevole di specifici programmi terapeutici e livelli di gravità dei pazienti trattati.

L'analisi ha previsto una stratificazione a priori dei soggetti in 2 macrocategorie di severità (alta e bassa) che riassumono le peculiarità cliniche, sociali e comportamentali in relazione allo stile di consumo della cocaina. Entro ciascun grado di gravità sono state ricercate le possibili associazioni tra esito del trattamento terapeutico (completato vs interrotto) e ciascuna tipologia di programma considerata (Base, Semplice, Complessa, Residenziale).

Dall'analisi descrittiva di dati si rileva che ai soggetti *con severità bassa* viene proposto per più della metà dei casi (56,2%) un programma di base connotato in prevalenza da trattamenti socio-educativi (47,6%); il programma semplice è seguito dal 30,6% dei soggetti in carico, con la garanzia di colloqui psicologici (15,1%) e di trattamenti psico-socio-educativi (12,4%). Diversamente il programma terapeutico complesso ha interessato solo il 7% di questa tipologia di pazienti: in particolare la psicoterapia è stata proposta solamente a 18 soggetti (3,2%). Il 91,6% del totale dei soggetti con bassa severità ha seguito un solo programma terapeutico.

L'accesso ai programmi residenziali è stato attivato per il 3,9% dei soggetti dopo precedenti esperienze di trattamento, infatti i pazienti con un programma comunitario hanno sommato più percorsi terapeutici nel periodo di osservazione.

La durata media dei programmi seguiti dai pazienti con un consumo di cocaina saltuario è di 260 giorni (ds 275,8), con un minimo di durata in corrispondenza dei programmi di base (225 giorni) e un massimo per quanto riguarda i programmi comunitari (608 giorni). Il percorso di tipo semplice dura mediamente 246 giorni, la terapia di tipo complesso più di un anno (399 giorni), gli interventi in carcere 305 giorni (Tab. 6).

Il 60,2% dei soggetti con bassa severità conclude il primo programma terapeutico con un esito favorevole: vengono raggiunti gli obiettivi terapeutici di base che prevedono: controllo dei liquidi biologici, dello stato di salute e trattamenti socio-educativi (Tab. 7).

La forza di questo esito favorevole è stata verificata attraverso l'analisi univariata, misurando tra i pazienti con gravità bassa l'associazione tra gli outcomes intermedi (completato; interrotto) e le quattro tipologie di programma (base, semplice, complesso, residenziale). L'esito dell'analisi ha messo in luce che per i soggetti con *severità bassa* risultano significativamente più appropriati i programmi di base. Specularmente i programmi comunitari raggiungono le peggiori performance, con la probabilità di interrompere cinque volte più alta rispetto a tutte le altre tipologie di programma (Tab. 8).

I soggetti con *severità alta* hanno seguito in prevalenza un programma di base (42,3%) articolato per il 30,8% in trattamenti socio-educativi; il 26,9% è stato trattato con un programma terapeutico semplice che ha incluso colloqui di tipo psicologico puro (16,1%) oppure integrati con interventi socio-educativi (7,8%); il programma terapeutico ambulatoriale complesso ha coinvolto il 14,3% dei pazienti (4,8% con psicoterapia). I percorsi comunitari di tipo residenziale sono stati seguiti dal 12,2%, mentre il 4,3% dei soggetti con severità alta è stato seguito in carcere.

La durata media del programma terapeutico complessivo è di 316 giorni (ds 332,2): la durata minima si registra in corrispondenza del programma carcerario (138 giorni), mentre quello residenziale risulta mediamente più lungo (638 giorni). Il programma di base dura in media 225 giorni, quello semplice 305 e quello complesso 391. L'82,2% dei pazienti ha seguito un solo programma terapeutico (Tab. 6).

Dall'analisi descrittiva degli esiti risulta che i pazienti con condotte tossicomaniche più complesse hanno incontrato maggiore difficoltà nello sviluppare relazioni terapeutiche con i servizi. Infatti il 38,7% interrompe il primo programma terapeutico, con una probabilità maggiore di esito negativo in corrispondenza dei programmi complessi.

Diversamente il 28,9% dei pazienti che completa il percorso terapeutico raggiunge la migliore performance nei programmi di base (Tab. 7).

Applicando le misure di associazione tra severità, tipologia di programma ed esito il dato significativo che emerge è la relazione tra alta severità ed interruzione del programma complesso. Per i programmi di base e semplici l'Odds ratio non rivela associazioni significative, in altre parole non si può affermare che l'abbinamento tra programma di base o semplice e soggetti molto gravi sia adeguato (Tab. 8).

Tab. 6 - Gravità dei pazienti arruolati nella coorte per tipologia di programma

	Severità Alta	Severità Bassa	Totale
Base	228 42,3%	321 56,2%	549 49,5%
Semplice	145 26,9%	175 30,6%	320 28,8%
Complesso	77 14,3%	40 7,0%	117 10,5%
Riabilitativo residenziale	66 12,2%	22 3,9%	88 7,9%
Rieducativo in carcere	23 4,3%	13 2,3%	36 3,2%
Durata mediana ≤ 188 giorni	240 44,4%	318 55,7%	558 50,2%
Durata mediana > 188 giorni	300 55,6%	253 44,3%	553 49,8%
Un solo programma	444 82,2%	523 91,6%	967 87,0%
Più di un programma	96 17,8%	48 8,4%	144 13,0%

Dato mancante: tipologia di programma terapeutico n. 1 (0,09%)

Tab. 7 - Gravità dei pazienti arruolati nella coorte per esito e durata media del programma

Esito	Severità Alta	Severità Bassa	Totale
Completato	156 28,9%	344 60,2%	500 45,0%
<i>Durata media</i>	414,2	222,8	282,5
Interrotto	209 38,7%	140 24,5%	349 31,4%
<i>Durata media</i>	294,4	324,6	306,5
Terminato	125 23,1%	74 13,0%	199 17,9%
<i>Durata media</i>	290,9	298,5	293,8

Categoria di esito non definita (Altro) n. 63 (5,7%)

Tab. 8 - Misure di associazione (odds ratio - I.C. 95%) tra gravità dei pazienti, tipologia di programma ed esito

	Completato	Interrotto
Severità Alta		
Programma base vs non base	1.50 (0.99-2.29)	0.66 (0.44-1.01)
Programma semplice vs non semplice	1.04 (0.65-1.65)	0.96 (0.60-1.53)
Programma complesso vs non complesso	0.34 (0.17-0.65)*	2.95 (1.53-5.70)*
Programma residenziale vs non residenziale	1.18 (0.66-2.10)	0.85 (0.47-1.52)
Severità Bassa		
Programma base vs non base	1.84 (1.24-2.73)*	0.54 (0.37-0.81)*
Programma semplice vs non semplice	0.91 (0.60-1.40)	1.09 (0.72-1.67)
Programma complesso vs non complesso	0.52 (0.24-1.13)	1.92 (0.88-4.17)
Programma residenziale vs non residenziale	0.18 (0.08-0.44)*	5.42 (2.26-12.98)*

* Valori significativi (p<0.05)

Questa breve disamina suggerisce che per pazienti con una *bassa intensità* di consumo i *programmi di base* che prevedono trattamenti socio-educativi, monitoraggio dello stato di salute e valutazione della situazione nel tempo, con una durata media di 207 giorni, hanno dato prova di efficacia. Nello specifico il livello di appropriatezza è stato raggiunto su uno strato di popolazione (216 pazienti) con una forte componente di giovani (34% ha un'età compresa tra i 16 e i 25 anni; 58,6% tra i 26 e i 29 anni), un consumo saltuario (non assunta nell'ultimo mese 69%) di cocaina sniffata (81%) associata ad alcol, cannabis (71%), con un lavoro regolare (76,4% di cui il 48% operai).

Il mantenimento in terapie complesse e di lunga durata invece sembra non trovare un riscontro di appropriatezza per i pazienti che presentano un'alta severità della dipendenza. Ciò riflette quanto già affermato dalla letteratura internazionale, da cui emerge come la gravità della dipendenza sia un fattore in grado di influenzare negativamente il coinvolgimento e la ritenzione in trattamento del soggetto⁶. Nella nostra coorte i programmi

6. Simpson D.D., "Come la comprensione del processo terapeutico contribuisce a migliorare gli esiti del trattamento", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L., *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica, Verona, 2003, Osterberg L., Blaschke T., "Adherence to medication", *Medical Journal*, 353, 2005, pp. 487-97, Montoya I., "Treatment Compliance in Patients with Co-Occurring Mental Illness and Substance Abuse", *Psychiatric Times*, 25, 2006.

complessi di secondo livello, con trattamenti psicologici, psico-sociali e psicoterapeutici, non sono risultati appropriati per quel particolare strato di soggetti sui quali sono stati attivati, con un alto grado gravità della condotta tossicomania (uso sniffato o endovenoso da 2 a 7 giorni la settimana), con un'età media intorno ai 31 anni, un lavoro regolare (63,4%) e qualche problema con la giustizia (32,2%).

Anche l'abbinamento tra programma comunitario e soggetti con severità bassa (età media 30 anni, uso saltuario, con modalità sniffata) risulta non appropriato, con il 72% dei percorsi che si sono interrotti dopo un percorso residenziale durato mediamente 517 giorni.

5. Analisi multivariata dei fattori predittivi di esito

In questo paragrafo vengono riportati i dati emersi dall'*analisi multivariata* di tutti i fattori in grado di influenzare l'esito dei programmi terapeutici. I singoli fattori eziologici e di processo (numero di programmi, tipo di programma, durata), già analizzati con modelli univariati rispetto al canale di invio, in questa fase vengono inseriti in un modello che li osserva simultaneamente rispetto all'esito.

Il modello ha preso in esame tutte le variabili in grado di connotare i pazienti dal punto di vista eziologico ed è stato applicato a due diversi cluster di popolazione: i pazienti che hanno espresso spontaneamente la loro domanda di trattamento e i soggetti segnalati dalla Prefettura⁷.

In specifico nello studio sono stati valutati i fattori predittivi in grado di influenzare l'esito dei percorsi terapeutici confrontando i programmi completati con quelli interrotti.

La ricchezza dei dati sui pazienti arruolati nella coorte ci ha permesso di affrontare lo studio sull'esito dal punto di vista delle ipotetiche differenze nella pratica clinica che potevano emergere nei diversi territori inseriti nello studio. Per effettuare le comparazioni tra SerT diversi è stato utilizzato il Modello di Risk Adjustment (RA) che ha permesso di mettere in luce le realtà territoriali con le migliori performance organizzative.

Le caratteristiche osservate simultaneamente tra i soggetti arrivati ai servizi *autonomamente*, aggiustate per i fattori predittivi utilizzando il model-

7. Ai sensi dell'articolo 75 del DPR 309/90, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza". La segnalazione prevede per coloro che acquistano o ricevono a qualunque titolo sostanze stupefacenti o psicotrope che siano sottoposti ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo presso il SerT.

lo del RA, non evidenziano differenze nelle pratiche terapeutiche tra le diverse aree geografiche in relazione all'esito del programma.

In una visione complessiva di tutti i fattori predittivi che possono influenzare l'esito, emerge che i pazienti con severità alta e percorsi terapeutico non lineari e ripetuti nel tempo (pazienti che hanno seguito più di un programma terapeutico) hanno un rischio maggiore di interrompere il programma. I risultati dello studio di coorte confermano che i programmi con durata superiore a 188 giorni risultano protettivi del rischio di interruzione, come già rilevato da studi internazionali nei quali emerge una relazione positiva tra miglioramento dei pazienti e durata del programma maggiore di 6 mesi.

Tab. 9 - Studio della differenza di Esito dei programmi terapeutici (interrotti vs completati): confronto geografico tra Aziende Usl aggiustato per tutti i possibili confondenti utilizzando il Modello di Risk Adjustment⁸

Accessi spontanei	OR	I.C. 95%
Fattori associati all'interruzione del programma		
Severità alta vs severità bassa	1,81*	1,09-3,01
Durata mediana primo programma > 188 giorni vs ≤ 188 giorni	0,32*	0,19-0,55
Più di un programma vs un solo programma	2,46*	1,09-5,54
Aziende Sanitarie Locali		
Ferrara	1	
Modena	1,14	0,45-2,92
Rimini	0,60	0,25-1,48
Reggio Emilia	0,69	0,28-1,72
Piacenza	0,37	0,13-1,06
Capacità predittiva del modello		
Curva ROC		0,72
	<i>Statistica</i>	<i>p</i>
Hosmer-Lemeshow	8.16	0.42
Chi-quadrato di Pearson	245.21	0.29

Nei territori delle Ausl di Ferrara e di Reggio Emilia, nei *soggetti inviati dalla Prefettura*, emergono associazioni significative tra programma terapeutico specifico ed esito favorevole. Considerato che il modello RA elimina le differenze intrinseche dovute alle diverse caratteristiche dei pa-

8. Il modello è stato applicato solo sui trattamenti di pazienti con accesso spontaneo al servizio. Sono riportati solo i fattori predittivi significativi.

zienti, le combinazioni di trattamenti adottate nelle realtà di Ferrara e Reggio Emilia dimostrano il miglior rapporto costi-benefici.

Ciò che differenzia i territori è la scelta dei *programmi semplici* nei SerT di Ferrara (45,6%) e Reggio Emilia (36,3%), che includono colloqui psicologici individuali o di gruppo. Diversamente i programmi di base sono seguiti in prevalenza nei SerT di Modena (75%), Rimini (76,9%) e Piacenza (92,5%).

Tra i fattori predittivi che influenzano negativamente l'esito troviamo una severità alta, un basso livello di scolarità e una durata del primo programma superiore a 188 giorni.

Tab. 10 - Studio della differenza di Esito dei programmi terapeutici (interrotti vs completati): confronto geografico tra Aziende Usl aggiustato per tutti i possibili confondenti utilizzando il Modello di Risk Adjustment⁹⁾

<i>Inviati dalla Prefettura</i>	OR	I.C. 95%
Fattori associati all'interruzione del programma		
Severità alta vs severità bassa	3,81*	2,05-7,09
Durata mediana primo programma > 188 gg vs ≤ 188 gg	2,17*	1,14-4,13
Livello scolarità basso vs alto	2,03*	1,04-3,95
Ausl		
Ferrara	1	
Modena	4,14*	1,40-12,28
Rimini	6,84*	1,84-25,40
Reggio Emilia	2,83	0,92-8,72
Piacenza	16,0*	4,35-58,72
Capacità predittiva del modello		
Curva ROC		0,77
	<i>statistica</i>	<i>p</i>
Hosmer-Lemeshow	6,33	0,61
Chi-quadrato di Pearson	136,88	0,34

Nei due cluster analizzati, accesso *Autonomo versus* invio da parte della *Prefettura*, la severità assume lo stesso significato, infatti ad una severità alta corrisponde in entrambi i gruppi un rischio di interruzione.

La durata del programma superiore a 188 giorni è risultata invece fattore protettivo nell'invio autonomo e fattore di rischio di interruzione nell'invio dalla Prefettura.

9. Il modello è stato applicato solo sui trattamenti di pazienti con invio al servizio da parte della Prefettura. Sono riportati solo i fattori predittivi significativi.

In entrambi i gruppi il tipo di programma terapeutico seguito non sembra influenzare dal punto di vista della predittività statistica l'esito finale.

6. Il rischio di Mortalità associato al consumo di cocaina

Alcuni problemi da uso di cocaina sono legati alla modalità di assunzione della sostanza: l'uso per via endovenosa può portare a complicazioni respiratorie dopo l'iniezione di sostanze adulteranti non solubili; l'inalazione di vapori ad alta temperatura, quali quelli del crack, può causare danni respiratori, specialmente quando la droga contiene contaminanti.

In aggiunta ad un numero di problemi di salute di minore gravità, la cocaina può indurre anche arresti cardiaci (infarto), reazioni neurofisiologiche gravi (ictus) e convulsioni (particolarmente pericolose se accadono ripetutamente).

Per questi molteplici fattori per i clinici non è semplice rilevare la diretta connessione della morte con l'assunzione di cocaina, inoltre in genere non viene effettuata nessuna analisi tossicologica sui decessi per malattie cardiovascolari. Ne consegue che le morti connesse indirettamente all'assunzione di cocaina sono di difficile rilevazione e portano a sottostimare il problema¹⁰.

L'opportunità offerta da uno studio ad hoc su una popolazione storica di consumatori problematici di cocaina ci permette di ottenere delle stime sul rischio di mortalità associato a questo comportamento tossicomano.

Per quanto riguarda gli outcomes clinici, la mortalità è stata considerata uno degli esiti classificati come "pesanti" in quanto è in grado di misurare l'esito negativo in relazione all'esposizione ad un determinato fattore di rischio, nel nostro caso il consumo di cocaina.

Alla fine del periodo di studio nella coorte sono stati osservati 11 decessi, tutti nella popolazione maschile: 2 per incidente stradale, 2 per suicidio, 1 per overdose, 1 per tumore, 1 per malattie del sistema circolatorio, 1 per causa sconosciuta e 3 senza causa riportata.

La maggior parte dei decessi si è registrata nella provincia di Modena (5), seguita da Rimini (3), Ferrara (2) e Piacenza (1). Nei sette anni di osservazione nessun paziente di Reggio Emilia è deceduto.

L'età media alla morte è di 33 anni (min 21; max 62 sd11,6), il canale di invio ai servizi è stato: per 3 soggetti la segnalazione dalla prefettura,

10. Gossop M., "L'efficacia del trattamento nei problemi correlati alla cocaina", in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G. (a cura di), *op. cit.*, p. 400.

spontaneo per 2 pazienti, 2 inviati da altri servizi, 1 proveniente dal carcere¹¹. Cinque pazienti hanno seguito un programma di base (2 completato, due dimissione concordata e 1 interrotto), tre un programma semplice (1 completato, 1 dimissione concordata, 1 interrotto), due programmi complessi (dimissione concordata) e uno comunitario (interrotto).

Tab. 11 - Caratteristiche dei decessi osservati per livello di severità

	Severità Alta	Severità Bassa	Totale
Età mediana			
≤ 30 anni	3	3	6
> 30 anni	3	2	5
Scolarità Bassa	4	5	9
Scolarità Alta	2	0	2
Occupato regolarmente	4	5	9
Non occupato	2	0	2
Incensurato	5	4	9
Problemi con la giustizia	1	1	2
Totale	6	5	11
Cause di morte			
Overdose	0	1	1
Tumore	1	0	1
Malattia sistema circolatorio	0	1	1
Incidente stradale	1	1	2
Suicidio	1	1	2
Sconosciuta	3	1	4

I soggetti presentano al momento della presa in carico una *severità alta*, hanno un'età al di sotto dei 30 anni (min 20 - max 62 anni), hanno un livello di scolarità basso, sono occupati regolarmente (1 studente e 1 pensionato, 2 operai, 1 artigiano, 1 un lavoro autonomo), vivono con la famiglia d'origine o acquisita (5) e sono incensurati.

Per quanto riguarda la modalità di assunzione della sostanza, un solo paziente ha assunto cocaina per via endovenosa, 2 per via respiratoria (fumata) e 3 per via inalatoria con frequenza quotidiana, presentano un'associazione della cocaina con alcol e cannabis.

Provengono da Rimini (3) e Modena (3) e si sono rivolti al servizio per canale autonomo (2), o altri servizi (3) e 1 è stato segnalato dalla prefettu-

11. Per 3 soggetti mancava il canale di invio.

ra. Due soggetti hanno seguito il programma di base (socio-educativi), 3 un programma semplice (2 psicologico o 1 psico-sociale) e 1 un programma comunitario. Un programma psicologico è durato 115 giorni ed è stato completato mentre l'altro che ha avuto un'aderenza di 72 giorni si è interrotto; il trattamento comunitario è stato interrotto dopo 49 giorni; il programma psico-sociale è stato interrotto dopo 785 giorni. Gli interventi socio-educativi, rispettivamente di 133 e 57 giorni, sono terminati con dimissione concordata. Le cause di morte registrate sono state: 1 incidente stradale, 1 suicidio, 1 tumore, 3 cause sconosciute.

I pazienti che si sono rivolti al servizio con un livello di *gravità basso*, hanno meno di 30 anni (min 23 - max 38), un diploma di scuola media inferiore, un lavoro regolare (3 operai; 1 disoccupato), vivono con la famiglia di origine (3) e non hanno avuto problemi con la giustizia.

Per quanto riguarda la modalità di assunzione 3 soggetti usano cocaina sniffata e 1 fumata con un consumo saltuario (1-2 volte mese), sono in prevalenza monoconsumatori (solo 2 hanno cannabis come secondaria). Provengono da Ferrara, Piacenza e Modena, e perlopiù sono stati inviati dalla Prefettura. Hanno seguito 2 programmi socio-educativi per un periodo rispettivamente di 90 e 209 giorni, con esito completato. Un soggetto ha seguito un programma psicologico di 202 giorni con dimissione concordata e un altro un trattamento in carcere interrotto dopo 120 giorni. Un soggetto è stato in psicoterapia di 248 giorni con una conclusione del percorso terapeutico per "dimissione concordata". Le cause di morte sono state: 1 overdose, 1 incidente stradale, 1 suicidio, 1 malattie del sistema circolatorio e 1 causa sconosciuta.

Attraverso il *modello a rischi proporzionali di Cox* sono stati individuati i possibili *fattori di rischio di morte*, per valutare l'influenza dei fattori predittivi (canale di invio, livello istruzione, condizione lavorativa, rapporti con al giustizia, età alla presa in carico, convivenza, severità, esito) sulla probabilità di morte.

Anche se non statisticamente significativi, risultano avere un rischio maggiore i soggetti con più di 29 anni al primo contatto con i SerT, provenienti da segnalazioni degli organi di polizia o giudiziari, con un livello di istruzione basso, che vivono con la famiglia di origine, che svolgono regolarmente un lavoro, monoconsumatori, con un livello di gravità alto e una bassa compliance al trattamento (Tab. 12).

Analisi geografica: per confrontare le 4 sotto-coorti, corrispondenti alle quattro province di residenza al momento del reclutamento, sono stati calcolati i tassi di mortalità standardizzati, correggendo il rapporto tra i morti e la popolazione residente per i valori di distorsione legati all'età e al sesso.

Tab. 12 - *Rischio Relativo*¹² di morte con intervalli di confidenza al 95% aggiustati per tutte le variabili indicate. Modello semiparametrico di Cox

	RR	IC 95%
Canale di invio		
Autonomo	1	
Prefettura/Carcere	2,51	0,38-16,58
Livello d'istruzione		
Superiori/laurea	1	
Nessuno/elementare/media inferiore	1,08	0,20-5,97
Condizione lavorativa		
Lavoro regolare	1	
Lavoro irregolare/disoccupato	0,29	0,03-2,81
Età alla presa in carico (età mediana)		
≤ 29	1	
> 29	1,03	0,21-5,02
Convivenza		
Vive con famiglia di origine o acquisita	1	
Vive solo	0,25	0,02-2,74
Modalità di consumo		
Monoconsumatore	1	
Usa più di una sostanza	0,95	0,18-4,96
Severità		
Bassa	1	
Alta	3,04	0,45-20,59
Esito		
Completato	1	
Interrotto	1,80	0,26-12,32
Terminato	2,47	0,27-22,83

Il tasso di mortalità per tutte le cause registrato tra i cocainomani nel periodo 2000-2006, risulta dello 0,9 ogni 100.000 abitanti, dato largamente inferiore rispetto a quello complessivo regionale rilevato nel 2006 che presentava un valore attorno al 3,7 decessi per tutte le cause tra tutti i tossicodipendenti dei SerT per 100.000 residenti.

I differenziali di rischio di morte tra queste popolazioni si distribuiscono all'interno di un range piuttosto ristretto, dal valore minimo di 0,7 nella

12. Nel calcolo del Rischio Relativo e degli SMR la coorte di Reggio Emilia è stata esclusa dal modello perché dal data base non era possibile calcolare gli anni persona di osservazione, conteggiati dalla data di prima esposizione (presa in carico al servizio) fino alla data di morte o di chiusura dell'arruolamento (31.12.2006).

coorte di Ferrara al valore massimo di 1,7 nella coorte di Rimini. La mortalità acuta per overdose ha interessato un solo soggetto.

Va rilevato che la causa di decesso correlato alla cocaina è meno immediatamente attribuibile e spesso esito di una concomitanza di cause, piuttosto che della sola azione tossica della sostanza stessa.

Studi condotti in Europa¹³ hanno messo in luce il fatto che i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati dal consumo nel lungo periodo, soprattutto nei soggetti con condizioni predisponenti o con fattori di rischio (Tab. 13).

Tab. 13 - Tassi di mortalità standardizzati per tutte le cause e per età sulla popolazione Italiana del 2001 (per 100.000 popolazione residente), distinti per provincia. Periodo 2000-2006

	<i>N</i>	<i>Tassi Grezzi</i>	<i>Tassi STD</i>	<i>IC 95%</i>
Piacenza	2	1,1	1,1	0-2,7
Modena	5	1,1	1,4	0,2-2,6
Ferrara	1	0,4	0,7	0-2,0
Rimini	3	1,5	1,7	0-3,6
Coorte	11	0,8	0,9	0,4-1,5

Per confrontare la mortalità dei cocainomani rispetto alla popolazione generale sono stati utilizzati i rapporti standardizzati di mortalità (SMR), utilizzando come riferimento la popolazione della Regione Emilia-Romagna. Sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95% per un numero di decessi osservati superiori a 1.

Tra i maschi della coorte si conferma un rischio di mortalità associato alla dipendenza da cocaina più elevato rispetto alla popolazione generale maschile della stessa età. A partire dagli 11 decessi osservati, il calcolo dell'aspettativa di morte ha prodotto un risultato pari a 5,05 decessi attesi, con un SMR di 1,98 (IC 1,07-3,68), che indica un eccesso di mortalità per tutte le cause del doppio rispetto alla popolazione maschile della stessa età.

13. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, EMCDDA, cit., p. 93.

7. Conclusioni

Lo studio qui presentato ha cercato di valutare la performance raggiunta dai servizi pubblici SerT su 1.111 pazienti in un periodo di osservazione di sette anni. Utilizzando gli archivi storici informatizzati sulle dipendenze disponibili a livello regionale è stato misurato il rapporto tra obiettivi definiti dalle équipes multiprofessionali e i risultati raggiunti dai programmi terapeutici offerti ai pazienti con problematiche connesse all'uso di cocaina come sostanza primaria.

I soggetti inclusi nello studio sono in predominanza maschi (89,5%), con un'età compresa tra i 15 e i 29 anni (50,6%), di nazionalità italiana e residenza nel territorio regionale (80,8%), con scolarità bassa (fino alla media inferiore 63,4%, formazione professionale 10,8%), occupati regolarmente in lavori di bassa posizione sociale (operai 30%, lavoro dipendente 13,5%).

Nonostante i limiti dello studio, dovuti all'utilizzo di misure di esito intermedie, si può affermare che dai primi risultati emerge un quadro piuttosto preoccupante. Infatti non tutti i pazienti rispondono alle cure e sicuramente non disponendo di opzioni farmacologiche efficaci per il mantenimento dell'astinenza e per ridurre il consumo, il percorso terapeutico risulta più a rischio di drop-out per i pazienti gravi. Infatti il 61,8% dei soggetti classificati nel livello di severità alto interrompe o termina il programma con dimissione concordata con il terapeuta.

Ed è proprio l'alta severità del comportamento tossicomane a collocarsi al primo posto tra i fattori predittivi che influenzano negativamente l'esito della cura. In altre parole una popolazione con problematiche di dipendenza gravi e una forte compromissione delle relazioni sociali associata ad un basso livello di scolarità manifesta un'adesione al trattamento più a rischio di interruzione (38,7%; dopo 294 giorni), nonostante l'offerta terapeutica sia più complessa ed articolata (il 53,4% dei pazienti con alta severità hanno seguito trattamenti psicologici integrati con interventi socio-educativi o psicoterapie).

Diversamente emerge una migliore *performance* nei programmi di base offerti a pazienti con consumo saltuario e un basso livello di gravità del rapporto con le sostanze: il 60,2% dei pazienti conclude positivamente il programma dopo 223 giorni. Tipologie di trattamento elementari di monitoraggio e valutazione della situazione nel tempo sembrano adeguate per i soggetti che accedono al servizio in buone condizioni psico-fisiche, socialmente integrati e che, essendo stati inviati dalle forze dell'ordine a seguire

un programma terapeutico senza una grave situazione di dipendenza, necessitano di trattamenti più brevi e meno complessi.

Il programma di base per questo *cluster* sembra raggiungere una performance ancora migliore se integrato con colloqui psicologici individuali o di gruppo (programmi semplici). Questa considerazione importante scaturisce dall'analisi delle differenze geografiche tra gli esiti dei programmi terapeutici per un target di utenza meno compromesso come quello con accesso al servizio su invio della Prefettura. Nelle realtà territoriali in cui il programma di base è integrato dai colloqui di tipo psicologico, sembra infatti possibile raggiungere un migliore rapporto costi-benefici.

Lo studio di coorte conferma per i pazienti maschi un rischio di mortalità associato alla dipendenza da cocaina doppio rispetto alla popolazione generale maschile della stessa età. Risultano avere un rischio maggiore di mortalità i soggetti con bassa *compliance* al trattamento e un maggiore svantaggio sociale: basso livello di istruzione, problemi giudiziari, alta vulnerabilità all'*addiction*.

In generale per i pazienti osservati nello studio è stato difficile mettere in discussione la loro esperienza anche perché la conservazione di un'organizzazione lavorativa e relazionale, ha consentito di mantenere una parvenza di integrazione sociale. Ad un esame più approfondito, tale integrazione si rivela però sostenuta dalla sostanza e, dunque, da un equilibrio funzionale basato su una patologia della dipendenza.

Relativamente agli interventi, la quota di pazienti con dipendenza patologica grave che non è riuscita a superare la fase del trattamento di base prevista nel periodo di accoglienza al servizio (21%), suggerisce di riflettere su una metodologia di lavoro in grado di superare la distinzione netta tra fase di accoglienza e fase del trattamento per farsi carico dell'emergenza portata dal paziente fin dai primi incontri.

Queste prime considerazioni che emergono dallo studio risultano in linea con i principi che alcuni autorevoli autori identificano per un programma efficace: la rapidità ad iniziare il trattamento, l'adeguatezza della durata, la maggiore intensità in risposta ad una maggiore complessità dei bisogni¹⁴.

Un'ultima indicazione che sembra emergere dai dati, confermata anche dalla letteratura, è che per ottenere risultati comportamentali positivi e coerenti, quali il mantenimento della terapia e la riduzione del consumo di so-

14. Raistrick D., Tober G., "Psychosocial Interventions", *Psichiatria*, 3, 2004, pp. 36-39.

stanze psicotrope, la cura va situata all'interno di un processo di cambiamento, sostenuto da rinforzi motivazionali, che va costantemente negoziato nella definizione di obiettivi intermedi raggiungibili e condivisi¹⁵.

15. American Psychiatric Association, "Treatment Recommendations for Patients with Substance Use Disorders", *Practice Guidelines*, Second Edition, 2006.

