

Fattori predittivi di esito del trattamento in strutture terapeutiche residenziali in pazienti con disturbo da dipendenza da sostanze psicoattive

di Cristina Sorio, Paolo Pasetti

Abstract

In questo studio vengono presentati i risultati relativi all'esito del percorso terapeutico dei pazienti in carico ai SerT dell'Azienda USL di Ferrara, con almeno un percorso terapeutico nelle strutture gestite degli Enti Ausiliari Accreditati della Regione Emilia-Romagna.

Lo studio prende in esame una coorte retrospettiva dinamica di pazienti tossicodipendenti e alcolisti (292 soggetti, 227 maschi e 65 femmine). Il periodo di osservazione va dal 1/1/2005 al 31/5/2012 e copre oltre sette anni. La quota di percorsi terapeutici interrotti è pari al 51% in tutto il periodo, mentre la quota di percorsi completati è pari al 46,9%.

Nello studio viene valutato il rischio di abbandono generale nell'intera coorte e viene descritto il suo andamento in relazione a potenziali predittori di carattere socioeconomico (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione giudiziaria), stimando il contributo delle diverse cause e del suo andamento temporale e viene analizzata l'associazione tra alcuni possibili predittori sociodemografici e la sopravvivenza.

Punto di forza: lo studio di coorte retrospettivo è tra gli studi osservazionali quello con più forza esplicativa, più potente e più valido.

Punto di debolezza: le variabili sulla condizione di salute legate a certe patologie e sul trattamento farmacologico non sono state inserite nel modello.

Background

Dalla revisione della letteratura e dalle ul-

Si tratta di uno studio di coorte di tipo retrospettivo, effettuato su una coorte dinamica: i soggetti vengono osservati retrospettivamente per un determinato periodo, dal momento della presa in carico del paziente fino alla conclusione del rapporto con il servizio.

time pubblicazioni del Gruppo Cochrane sui trattamenti in comunità terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze, emergono deboli evidenze di efficacia degli interventi residenziali confrontati con tipi di comunità diverse, in termini di esiti legati all'uso di sostanze ed alla ritenzione in trattamento (Amato et al., 2009).

Tuttavia nonostante l'assenza di prove disponibili in grado di identificare l'efficacia di un singolo percorso, la comunità scientifica concorda nel ritenere auspicabile affrontare la complessità del disturbo da dipendenza da sostanze associando le terapie farmacologiche a interventi psicosociali (Camposeragna, 2005; De Angeli, 2001).

Di fatto l'eterogeneità culturale delle persone che si rivolgono ai servizi e le caratteristiche delle modalità di assunzione delle sostanze (eroina primaria, cocaina primaria, secondaria associata all'eroina, poliassunzione, alcolismo), richiedono trattamenti orientati ai bisogni di salute del paziente e operatori professionali con competenze specifiche.

Di fronte a questi nuovi scenari nasce l'esigenza di ripensare complessivamente l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi offrendo percorsi

residenziali sufficientemente differenziati, flessibili, accoglienti e prossimi alla domanda (EMCDDA, 2007).

A partire dallo stato attuale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica, lo studio sull'esito dei percorsi terapeutici residenziali seguiti dai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara, si pone l'obiettivo di descrivere e valutare l'esperienza maturata dal sistema dei servizi pubblici e privati accreditati della provincia di Ferrara nella risposta ai problemi di dipendenza (eroina, cocaina, alcol, altre sostanze) nel periodo che va dal 1/1/2005 al 31/5/2012. L'analisi dell'appropriatezza delle risposte terapeutiche offerte dagli Enti Ausiliari Accreditati permetterà di focalizzare la riflessione sui determinanti della pratica terapeutico-riabilitativa per la scelta delle strategie terapeutiche messe in campo dalle équipes multiprofessionali e del loro impatto sull'esito finale del percorso terapeutico.

L'appropriatezza dei percorsi terapeutici è stata misurata confrontando i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi definiti, in un circolo di coerenza tra problemi di dipendenza, obiettivi generali, obiettivi specifici ed esiti.

Alcuni sistemi di valutazione delle performance in sanità utilizzano indicatori di *outcome* rilevati longitudinalmente nei pazienti e inseriti come variabili dipendenti in modelli multivariati (Vittadini, 2000). Le banche dati sanitarie, che raccolgono le informazioni anamnestiche e sui trattamenti dei pazienti, possono costituire quindi una fonte importante dalla quale far scaturire disegni di ricerca sugli esiti degli interventi socio-sanitari.

Lo studio che viene presentato cerca di analizzare un problema complesso quale

quello legato all'*addiction* cercando soluzioni metodologiche congruenti con la qualità e l'eshaustività dei dati disponibili, con la complessità dell'approccio alla dipendenza e con le esigenze conoscitive dei servizi.

L'obiettivo dello studio è pertanto la valutazione di esito dei programmi terapeutici residenziali attivati sui pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, nella direzione della valutazione dell'efficacia pratica (*effectiveness*), analizzando il livello di *compliance* al trattamento raggiunta nel tempo.

In altre parole tenuto conto che la motivazione risulta essere la pre-condizione per l'efficacia del trattamento, per ciascun programma terapeutico vanno considerati obiettivi e indicatori di esito intermedi (Curzio et al., 2006).

La conclusione positiva del programma terapeutico si ipotizza sia correlata, come ampiamente dimostrato, ad una sospensione dell'uso di sostanze e al miglioramento della qualità della vita dopo il trattamento. Specularmente l'interruzione del programma viene letta come una mancata appropriatezza nel *matching* tra paziente, trattamento, terapeuta e *setting*.

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo (Prendergast et al., 2002).

L'obiettivo dello studio è pertanto quello di valutare i differenti programmi terapeutici offerti dalle diverse tipologie di strutture residenziali accreditate in base ai bisogni assistenziali dei pazienti.

La durata del trattamento è stata considerata un indicatore indiretto che è stato saggiato per verificare una ipotetica relazione tra ritenzione in trattamento e miglioramento clinico, rilevata in alcuni studi.

Lo studio non mira alla ricostruzione del rapporto di causalità trattamento-esito, che abbisognerebbe di disegni di studio sperimentali randomizzati e controllati (RCT).

Inoltre non si tratta di una *outcome re-*

search perché il sistema concettuale di riferimento allo stato attuale non è in grado di fornire parametri condivisi capaci di misurare le differenze delle condizioni del paziente prima e dopo la terapia.

Con il termine "esito" si è voluto intendere la conseguenza dell'azione dei trattamenti seguiti dai pazienti, sintetizzata nella valutazione data dagli operatori di riferimento dei casi, rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati nel programma terapeutico.

Materiali e Metodi

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale, in quanto utilizza dati sugli utenti con dipendenza da sostanze psicoattive (eroina, cocaina, alcol, altre) e sui trattamenti terapeutici provenienti da canali di raccolta già esistenti, nella fattispecie dal sistema informativo della Regione Emilia-Romagna (SistER), basato sulla cartella socio-sanitaria informatizzata dei pazienti dei servizi pubblici per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze.

Si tratta di uno studio di coorte di tipo retrospettivo, effettuato su una coorte dinamica: i soggetti vengono osservati retrospettivamente per un determinato periodo, dal momento della presa in carico del paziente fino alla conclusione del rapporto con il servizio.

In particolare, lo studio consente di osservare i bisogni di salute della popolazione arruolata in un periodo di oltre sette anni e di valutare la combinazione dei percorsi riabilitativi residenziali che raccolgono la migliore compliance.

La disponibilità di archivi storici informatizzati sulle dipendenze ha permesso di disegnare lo studio osservazionale sulla base delle informazioni disponibili nel dataset dei pazienti in carico ai SerT dell'Azienda USL di Ferrara, controllate da sistemi informativi paralleli di tipo amministrativo e dalle équipes di riferimento, raggiungendo un livello elevato di omogeneità e confrontabilità dei dati.

Il disegno dello studio è di tipo *osservazionale*, nel senso che si limita ad osservare l'andamento dei fenomeni e non interviene sperimentalmente applicando strate-

gie terapeutiche per saggiarne i risultati; *descrittivo*, perché si basa sull'utilizzo di dati già esistenti e non mira ad analizzare i legami tra esposizione ed effetto; *longitudinale*, perché la popolazione viene seguita per un determinato periodo (follow-up) al fine di rilevare la comparsa dell'evento esito oggetto dello studio; *retrospettivo*, perché la valutazione dell'evento oggetto di studio viene eseguita al momento dell'impostazione dello studio.

Per prevenire i *bias* di informazione in fase di disegno dello studio, sono stati esclusi i pazienti di cui non si disponeva del dato relativo alla diagnosi classificata con il sistema internazionale ICD10.

La dipendenza patologica viene intesa come il prodotto di una moltitudine di determinanti: individuali, socioeconomici, ambientali, legati allo stile di vita, per questo viene valutato il rischio di abbandono del trattamento in relazione a potenziali predittori di carattere socioeconomico (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione giudiziaria), stimando il contributo delle diverse cause e del suo andamento temporale attraverso l'associazione tra alcuni predittori socio-demografici e l'adesione al trattamento.

Popolazione in studio: è costituita da tutti i pazienti in carico ai SerT dell'Azienda USL di Ferrara, che hanno seguito un percorso terapeutico residenziale nelle strutture accreditate, che presentavano al momento della presa in carico una diagnosi primaria di dipendenza, abuso o consumo problematico (anche in presenza di altre sostanze in posizione di secondo piano per rilevanza clinica), classificata con il sistema internazionale ICD10 (WHO, 2010) e con un programma terapeutico residenziale terminato.

Criteri di inclusione e di esclusione: sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti con la data di termine del percorso terapeutico (qualsiasi fosse l'esito del percorso stesso) compresa tra il 1/1/2005 e il 31/5/2012. Da questo contingente iniziale, formato da 335 soggetti, sono stati successivamente esclusi i pazienti il cui percorso era ancora in corso alla data del 31/5/2012 (38 soggetti), mentre sono stati inclusi tutti

coloro il cui percorso era terminato, qualsiasi ne fosse l'esito. Dal contingente così ottenuto, sono stati infine esclusi coloro il cui percorso è stato interrotto per cause "esterne": il decesso (4 soggetti sono deceduti durante il percorso) e l'arresto (è questo il caso di 1 soggetto). Dopo quest'ultima selezione, i soggetti inclusi in via definitiva nello studio sono 292 (pari all'87,2% del contingente iniziale).

Follow-up: il periodo di osservazione della coorte è ampio (oltre sette anni di follow-up). L'esito del trattamento è stato accertato al 31/5/2012 utilizzando la banca dati SistER, la banca dati amministrativa del Programma Dipendenze Patologiche e la valutazione degli operatori di riferimento del caso.

I percorsi multipli nelle stesse strutture terapeutiche residenziali sono stati valutati dalle équipes multiprofessionali dei SerT e, se compatibili con obiettivi terapeutici congruenti, ricondotti in un unico percorso terapeutico.

Le variabili investigate sono le seguenti:

- *variabili demografiche* (sesso, età all'ingresso nel primo percorso terapeutico, età al termine dell'ultimo percorso terapeutico);

- *variabili socioeconomiche* (titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, situazione giudiziaria);

- *variabili relative al contesto terapeutico* (periodo di calendario di permanenza in struttura terapeutica, SerT di provenienza, tipologia di comunità terapeutica, numero di percorsi terapeutici intrapresi nella/nelle struttura/e, esito osservato dell'ultimo percorso terapeutico, durata dell'ultimo percorso terapeutico, durata totale del complesso dei percorsi terapeutici osservati ovvero somma della durata dei singoli percorsi, anche quando intervallati da interruzioni);

- *variabili tossicologiche e psicologiche* (sostanza primaria d'abuso, presenza o assenza di sostanza secondaria di poliasunzione, sostanza secondaria d'abuso quando presente, presenza o assenza di doppia diagnosi).

Per quanto riguarda le variabili "titolo di studio", "condizione lavorativa", "situazione giudiziaria", "sostanza primaria

d'abuso", "presenza o assenza di sostanza secondaria di poliasunzione", "sostanza secondaria d'abuso", "presenza o assenza di doppia diagnosi", si fa riferimento alla condizione registrata dai pazienti al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento. Per quanto riguarda la tipologia di struttura terapeutica, si fa riferimento alla struttura nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico.

I soggetti arruolati sono pazienti con diagnosi ICD10 di dipendenza patologica, residenti nelle aree geografiche di riferimento al momento della presa in carico da parte dei SerT.

Analisi dei dati: si articola su diversi livelli:

1) descrittiva dei programmi terapeutici residenziali; 2) valutativa della durata del programma terapeutico attraverso l'analisi delle curve di sopravvivenza; 3) valutativa dei fattori predittivi di rischio di interruzione associati all'esito del programma terapeutico residenziale, mediante l'applicazione di un modello di regressione logistica multivariata.

Tutte le analisi statistiche sono state condotte con i pacchetti statistici STATA (*versione 11.0*) e SPSS (*versione 15.0*).

Analisi descrittiva dei programmi terapeutici residenziali

Il programma terapeutico residenziale è stato assunto come l'insieme dei trattamenti farmacologici, medici, psicologici, sociali, educativi e riabilitativi pianificati nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura formalizzati e formulati, in accordo con il paziente, dopo l'analisi dei bisogni e la valutazione diagnostica.

Nella fase di disegno dello studio si è proceduto alla individuazione di alcune tipologie di programma terapeutico residenziale sulla base della classificazione utilizzata dalla Regione Emilia-Romagna (LR 34/1998), per l'autorizzazione al funzionamento degli Enti Ausiliari.

In specifico sono state applicate analisi descrittive e multivariate utilizzando le tipologie di struttura di seguito elencate:

Strutture residenziali a tipologia pedagogico-riabilitativa: sono strutture il cui obiettivo è recuperare l'autonomia e le capacità di integrazione sociale attraverso la condivisione della vita comunitaria e lo svolgimento dell'attività lavorativa. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico che non assumono sostanze d'abuso.

Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa: sono strutture il cui intervento è personalizzato ed articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e comunque in assenza di controindicazioni, la struttura può accogliere utenti sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso.

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza): in queste strutture è svolto un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Sono accolti figli minori che, di norma, hanno un'età compresa tra 0 e 6 anni.

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche: il programma terapeutico è congruente con le caratteristiche dell'utente e deve essere preceduto da formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio Salute Mentale di residenza. La congruenza è valutata caso per caso congiuntamente tra SerT, Servizio Salute Mentale e struttura che accoglie l'utente.

Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica: sono strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto, al fine della individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo. Posso-

no essere svolti interventi di disintossicazione e di riduzione del danno finalizzati al compenso psicofisico.

Analisi della durata dei programmi terapeutici: curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier

La durata del trattamento è stata considerata uno dei fattori in grado di predire un esito post-cura favorevole. Dall'analisi della letteratura emerge che i tempi del trattamento hanno dimostrato di essere correlati ad esiti positivi. Infatti i pazienti che rimangono in cura più a lungo e che completano un programma terapeutico hanno dimostrato di avere più probabilità di ottenere i risultati migliori a prescindere da come viene misurato l'esito (Gossop, 2006).

Da questa prospettiva la ritenzione in trattamento costituisce un predittore importante di esito soprattutto per i pazienti più gravi, per i quali si è riscontrato che rimanere in trattamento almeno per 90 giorni porta a risultati favorevoli (Bertoncelli et al., 2006).

Moos ed altri in uno studio su 21.000 pazienti con disturbo da uso di sostanze confermano la relazione significativa tra durata del trattamento e migliori esiti anche in pazienti con dipendenza da cocaina (Moos et al., 2000).

Il tempo di trattamento è una misura complessa, considerata un indicatore di altri fattori e non è in sé sufficiente per un miglioramento clinico, in particolare se non è associato alla partecipazione attiva al programma da parte del paziente ed alla modificazione di aspetti cognitivi e comportamentali durante il trattamento (McLellan et al., 1993; Simpson et al., 1995).

Inoltre in letteratura viene evidenziato come la ritenzione in trattamento sia diventata il *gold standard* dei programmi per i tossicodipendenti, pertanto si rende necessario approfondire l'influenza che su questa dimensione hanno le caratteristiche di personalità del paziente e dall'ambiente in cui si è sviluppato il trattamento (Walker, 2009).

Infine va sottolineata l'importanza di ana-

lizzare il tempo di ritenzione in relazione alla tipologia di trattamento considerato che sono risultati maggiormente incisivi, sulla tossicodipendenza e sulla ritenzione in trattamento, modelli di intervento che utilizzano la terapia cognitivo comportamentale (McLellan, 1997).

La conclusione del programma, se da un lato si correla ai migliori *outcomes* dopo il trattamento, dall'altro indica, nel caso di interruzione, una mancata appropriatezza nel *matching* tra paziente, trattamento, terapeuta e *setting*. Molti pazienti che abbandonano il programma richiedono un nuovo trattamento con caratteristiche diverse. Il fatto che i trattamenti terapeutici siano efficaci nel ridurre l'uso di sostanze e i reati è ampiamente dimostrato, per cui l'obiettivo è quello di mettere a punto dei programmi in base alle necessità assistenziali dei diversi pazienti (Prendergast et al., 2002).

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo. Nello studio che qui presentiamo, la durata del programma terapeutico è stata analizzata attraverso il metodo delle curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier, tenendo conto dei tempi di sopravvivenza troncati, quelli per i quali non si è verificato l'evento di interesse (completamento del primo programma terapeutico).

La variabile di interesse è in questo caso rappresentata dal numero di giorni effettivi di trattamento, ottenuto sommando le durate di tutti i programmi attivati dalla data di inizio fino al momento della conclusione dello stesso o fino alla data di uscita dallo studio per motivi diversi dal completamento della terapia.

Nello studio le categorie utilizzate sono costruite sulla base della durata mediana che in letteratura viene identificata in tre mesi, *cut off* in grado di identificare il rischio di interruzione del trattamento.

Valutazione dei fattori predittivi di esito dei percorsi terapeutici

La disponibilità dei dati provenienti dai sistemi informativi ci ha permesso di identificare alcuni fattori eziologici e di processo in grado di influenzare l'esito del trattamento, che possono essere così classificati:

fattori anagrafici: sono stati considerati il sesso e l'età all'ingresso nel primo percorso terapeutico; quest'ultima variabile è stata dicotomizzata sulla base dell'età mediana (≥ 35 anni vs < 35 anni);

fattori socio-ambientali: il livello di istruzione è stato suddiviso dicotomicamente in "scolarità bassa" (nessun titolo di studio, elementare, media inferiore) versus "scolarità alta" (diploma professionale, media superiore, laurea); per quanto riguarda la situazione giudiziaria sono state utilizzate le categorie "aver avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne, carcerazioni o alternativa al carcere)" versus "essere incensurati";

fattori comportamentali legati al consumo: eroinomani versus altre sostanze; sulla base del numero di sostanze assunte i pazienti sono differenziati in monosumatori versus policonsumatori (utilizzatori di almeno un'altra sostanza oltre alla sostanza primaria);

fattori di gravità: presenza di doppia diagnosi versus solo dipendenza patologica;

fattori legati al processo di trattamento: trattamento residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (Centro osservazione e diagnosi, COD) versus trattamenti pedagogico e terapeutico riabilitativi.

Tenuto conto che nei pazienti più gravi il rischio di ricaduta nell'anno successivo al trattamento risulta avere un'alta probabilità, è stata utilizzata la variabile relativa al *numero dei programmi terapeutici* seguiti dai pazienti nel periodo di osservazione per verificare in che misura sia predittiva di esito sfavorevole.

Per valutare la durata dei programmi terapeutici, intesa come ritenzione in trattamento, è stata applicata l'analisi delle curve di sopravvivenza, sia relativamente ai programmi terapeutici interrotti, sia relativamente ai programmi completati. Successivamente, si è effettuata l'analisi delle curve di sopravvivenza stratificando la coorte in studio secondo la tipologia

della struttura terapeutica residenziale (relativamente all'ultimo percorso terapeutico seguito dai soggetti). Successivamente sulla base dei risultati la curva di sopravvivenza è stata stratificata per tipologia di struttura terapeutica residenziale. Per individuare i predittori di rischio di interruzione del percorso terapeutico residenziale, è stato applicato un modello di regressione logistica multivariata dicotomica. Questo modello consente di ottenere una stima del rischio di interruzione del trattamento, associata a tutti i possibili predittori di esito inseriti nel modello stesso.

Risultati

La coorte dinamica complessiva è costituita da 292 soggetti, 227 maschi (77,7%) e 65 femmine (22,3%), con un rapporto maschi/femmine osservato di 3,5:1. Il 24% è entrato in struttura prima dei 29 anni, il 41% ha iniziato un percorso residenziale tra i 30 e i 40 anni, il 34% è entrato in comunità tra i 40 e i 50 anni, il 10% dopo i 50 anni.

L'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico è pari a 36,4 anni (DS=9,1); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico, relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico è pari a 36,8 anni (DS=9,7); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico è pari a 35,9 anni (DS=8,7).

L'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato è pari a 37,9 anni (DS=9,0); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico, è pari a 38,7 anni (DS=9,5); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico, è pari a 37,1 anni (DS=8,6).

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 72,8% della coorte ha un titolo di studio elementare o di media inferiore, solo il 15,4% ha un diploma di media superiore. La condizione prevalente è quella di di-

soccupato (44,4%), seguita dagli occupati stabilmente (23,7%), con lavori saltuari (12,9%) e con pensione di invalidità (13,6%). Il 3,7% ha un lavoro sospeso per ragioni legate alla condizione giuridica.

Nel quadro della situazione giudiziaria il 48,2% è incensurato, il 29,7% ha avuto delle denunce, il 6,9% è stato condannato, il 13% ha già avuto carcerazioni e il 2,1% misure alternative alla detenzione.

La sostanza primaria di abuso è per il 64,3% l'eroina, per il 24,7% l'alcol, per l'8,2% la cocaina e per il 2,7% altre sostanze (benzodiazepine, cannabinoidi, etc.). Il 50,7% ha un consumo concomitante di due sostanze, mentre il 49,3% ha una sola sostanza d'abuso.

Sotto il profilo sanitario il 13,7% presenta una doppia diagnosi (Tabella 1).

Se osserviamo i percorsi terapeutici si può rilevare che il 65,4% ha seguito un solo percorso in comunità, il 21,2% due percorsi, il 6,8% tre percorsi e il 6,5% da quattro a nove percorsi.

L'ultimo percorso terapeutico registrato prima dell'esito finale ha riguardato per il 47,3% dei pazienti un trattamento in comunità a tipologia terapeutico-riabilitativa, per il 16,1% una permanenza in struttura a tipologia pedagogico-riabilitativa e per il 2,7% in comunità di vita.

Per quanto riguarda i percorsi in strutture specialistiche il 20,5% ha seguito un percorso terapeutico nel Centro di osservazione e diagnosi, il 4,8% è stato inserito nella struttura specialistica madre-bambino, il 4,8% ha seguito un trattamento presso strutture per pazienti con doppia diagnosi, e il 3,8% ha seguito un percorso in strutture per alcolisti (Tabella 2).

La valutazione dell'esito dei trattamenti rileva che il 51% dei pazienti ha interrotto il percorso contro il 46,9% che ha portato a termine positivamente tutti gli obiettivi terapeutico-riabilitativi pianificati in fase di definizione del progetto terapeutico.

Se ci riferiamo alla durata totale (somma) del complesso dei percorsi, il 45,9% ha avuto percorsi di durata inferiore ai 180 giorni, il 18,5% dai sei mesi a 1 anno, il 21,6% da un anno a due anni e il 14,1% due anni e più.

La durata media totale dei percorsi con ultimo esito di raggiungimento degli obiettivi terapeutici è pari a 506,3 giorni (DS=455,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media totale dei percorsi con ultimo esito di interruzione è pari a 216,7 giorni (DS=247,3; minimo 2 giorni; massimo 1612 giorni).

Diversamente, se ci riferiamo alla durata del solo ultimo percorso terapeutico effettuato, la durata media dei percorsi completati è pari a 395,1 giorni (DS=385,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media dei percorsi interrotti è pari a 129,5 giorni (DS=167,5; minimo 1 giorno; massimo 874 giorni) (Tabelle 3 e 4).

Le due curve si riferiscono, rispettivamente, alla durata dell'ultimo percorso terapeutico, alla durata complessiva (sommata) di tutti i percorsi terapeutici (funzioni di sopravvivenza Kaplan-Meier) (Figure 1 e 2).

La Tabella 5 e la Figura 3 fanno riferimento all'andamento cumulativo delle interruzioni nel tempo, mettendo in rilievo le differenze tra le diverse tipologie di struttura.

La valutazione del rischio di interruzione del trattamento

Modello di Regressione Logistica Multivariata. Al fine di valutare il peso delle diverse variabili investigate di natura demografica (sesso, età al primo ingresso in trattamento), di natura socioeconomica (titolo di studio conseguito, condizione giudiziaria), legate direttamente alla tipologia del servizio offerto (tipologia della comunità), o ad aspetti di carattere sanitario e tossicologico (tipo di sostanza d'abuso primaria, presenza/assenza di due sostanze, presenza/assenza di doppia diagnosi), è stato applicato ai dati un modello di regressione logistica multivariata, con variabili esplicative dicotomiche.

Quale variabile di *outcome* del modello è stata scelta la condizione di interruzione dell'ultimo percorso terapeutico svolto dal paziente ($Y=1$), contrapposta a tutte le altre condizioni (completamento del percorso o altro esito), sempre relativamente all'ultimo percorso terapeutico ($Y=0$). Ri-

T1 Profilo dei pazienti che hanno seguito percorsi terapeutici residenziali		
	N.	%
Sesso		
M	227	77,7
F	65	22,3
Età di ingresso in struttura		
16-17 anni	2	0,7
18-24	26	8,9
25-29	41	14,0
30-34	57	19,5
35-39	63	21,6
40-44	50	17,1
45-49	29	9,9
50-54	19	4,5
55-59	10	3,4
>60	1	0,3
Grado di istruzione		
Nessuno	1	0,3
Elementari	49	16,9
Media inferiore	162	55,9
Formazione professionale	28	9,7
Media superiore	45	15,4
Laurea	5	1,7
Condizione lavorativa		
Lavoro regolare	57	23,7
Saltuario	31	12,9
Disoccupato	107	44,4
Pensionato	33	13,6
Sospesa causa forza maggiore	9	3,7
Non professionale	4	1,6
Situazione giuridica		
Incensurato	133	48,2
Denunce	82	29,7
Condanne	19	6,9
Carcerazione	36	13,0
Misure alternative alla detenzione	6	2,1
Sostanza primaria di abuso		
Eroina	187	64,3
Alcol	72	24,7
Cocaina	24	8,2
Cannabinoidi	5	1,7
Benzodiazepine	2	0,7
Altre sostanze	1	0,3
Sostanza secondaria		
Si	148	50,7
No	144	49,3
Doppia diagnosi		
Si	40	13,7
No	252	86,3

spetto a questa variabile di esito, verranno valutati, con riferimento alle diverse variabili esplicative, tutte dicotomiche, i rispettivi OR (*Odds Ratio*) di rischio, i quali permetteranno di stabilire quali delle variabili incluse nel modello possano essere ritenute buoni predittori del rischio di interruzione del trattamento terapeutico. Le variabili esplicative sono le seguenti: sesso (riferimento: maschi); età all'ingresso nel primo percorso terapeutico (riferimento: età maggiore o uguale a 35 anni); titolo di studio conseguito (riferimento: titolo superiore alla licenza di scuola media inferiore); situazione giudiziaria (riferimento: incensurato); tipologia di comunità terapeutica (riferimento: tutte le tipologie escluse la specialistica osservazione e diagnosi); numero di percorsi terapeutici intrapresi (riferimento: 1 solo percorso); presenza di doppia diagnosi (riferimento: presenza di doppia diagnosi); sostanza primaria d'abuso (riferimento: eroina); presenza di sostanza secondaria di poliassunzione (riferimento: assenza di sostanza secondaria).

Le variabili appena elencate, con l'eccezione dell'età all'ingresso nel primo percorso, della tipologia di comunità e del numero di percorsi, fanno tutte riferimento alla condizione registrata dai pazienti al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento.

Per quanto riguarda la tipologia di struttura residenziale, si fa riferimento alla tipologia di comunità nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico. Infine va precisato che le variabili età, sesso e titolo di studio, oltre ad essere valutate per il loro ruolo intrinseco, svolgono nel modello anche la funzione di controllo del confondimento: pertanto, tutte le rimanenti variabili, vanno considerate corrette, cioè al netto del (almeno potenziale) confondimento rispetto a sesso, età, titolo di studio (Tabella 6).

Conclusioni

Questo studio sull'esito dei programmi terapeutici residenziali attivati in una coorte di pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, in carico ai SerT dell'Azienda

USL di Ferrara, si caratterizza per la lunga durata del follow-up (oltre sette anni), che permette di valutare l'efficacia pratica (*effectiveness*) analizzando il livello di *compliance* al trattamento raggiunta nel tempo.

In termini descrittivi, la popolazione inserita in programmi terapeutici residenziali è in prevalenza maschile (77,7%), ha un grado di istruzione basso (73,1% fino alla media inferiore), è in larga misura disoccupata (44,4%), ha avuto nel corso della vita problemi giudiziari (51,8%), è arrivata al servizio prevalentemente con dipendenza da eroina (64,3%) o alcol (24,7%) e un'età media all'ingresso nel primo percorso di 36,4 anni.

Complessivamente, nella coorte si configura un rischio di interruzione del programma terapeutico elevatissimo, in linea con quanto pubblicato da altri studi, senza distinzioni significative tra maschi e femmine. In termini di ritenzione, la probabilità di essere ancora in trattamento dopo 60 giorni dall'ingresso risulta circa del 50%. Dopo i due mesi il ritmo di interruzione del trattamento si riduce, infatti a 180 giorni risulta ancora in trattamento oltre il 20% del contingente iniziale.

Il 34,5% dei pazienti ha avuto un *revolving door*: il 21,2% con due percorsi e il 13,3% con tre percorsi e più. L'ambito omogeneo di una sola provincia conferma una bassa variabilità territoriale dell'esito dei percorsi terapeutici.

Tra coloro che hanno avuto un esito positivo nell'ultimo trattamento (46,9% del totale) si registra che a due anni dall'ingresso in struttura l'83,9% ha raggiunto tutti gli obiettivi clinico-riabilitativi.

Il percorso terapeutico che ha maggiore probabilità di avere un esito negativo è quello di osservazione e diagnosi.

Passando ad analizzare i risultati dell'analisi multivariata (modello di regressione logistica dicotomica), una serie di variabili sembrano essere correlate alla ritenzione nel programma di trattamento residenziale. L'età all'ingresso nel primo percorso, il sesso e il titolo di studio non sembrano influenzare in modo rilevante la probabilità di ricaduta (OR non statisticamente significativi). Un'età di ingresso nella coorte inferiore ai 35 anni, rispetto

T2 I percorsi terapeutici residenziali

	N.	%
Tipologia di trattamento		
Pedagogico-riabilitativa	47	16,1
Terapeutico-riabilitativa	138	47,3
Specialistica madre-bambino	14	4,8
Specialistica osservazione e diagnosi	60	20,5
Specialistica per alcolisti	11	3,8
Specialistica doppia diagnosi	14	4,8
Altre	8	2,7
Numero percorsi residenziali		
Un solo percorso	191	65,4
Due percorsi	62	21,2
Tre percorsi	20	6,8
Quattro percorsi	10	3,4
Da cinque a nove percorsi	9	3,1
Durata totale dei percorsi residenziali		
1-29 giorni	27	9,2
30-89 giorni	46	15,8
90-179 giorni	61	20,9
180-364 giorni	54	18,5
365-729 giorni	63	21,6
730-1094 giorni	23	7,9
>1095 giorni	18	6,2
Durata ultimo percorso residenziale		
1-29 giorni	49	16,8
30-89 giorni	60	20,5
90-179 giorni	64	21,9
180-364 giorni	42	14,4
365-729 giorni	53	18,2
730-1094 giorni	16	5,5
>1095 giorni	8	2,7

ad un arruolamento dopo i 35 anni, non è risultata fattore predittivo negativo di ricaduta durante il trattamento. Tale dato indica che probabilmente più alti gradi di gravità della malattia non aumentano il tasso di resistenza al trattamento.

Come confermato dai dati di letteratura, l'aver avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne) è un forte predittore negativo di ritenzione in trattamento (OR=1,96, statisticamente significativo). Il tipo di sostanza primaria d'abuso e la modalità di assunzione sembrano influen-

zare il rischio di ricaduta, con un impatto negativo sul risultato del trattamento, seppure non statisticamente significativo. In particolare, le sostanze primarie cocaina o alcol associate a sostanze d'abuso secondarie sono risultate fattori predittivi negativi (OR=1,37, non significativo).

Il confronto tra utenti con una storia di fallimenti nel trattamento rispetto a coloro che hanno avuto un solo percorso terapeutico riabilitativo ha dato risultati di modesta entità quale predittore di ricaduta (OR=1,28, non statisticamente

T3 Esito dei percorsi terapeutici residenziali		
	N.	%
Esito totale		
Completato	137	46,9
Interrotto	149	51,0
Altro	6	2,1
Esito completato e tipologia struttura		
Pedagogico-riabilitativa	24	51,1
Terapeutico-riabilitativa	69	50,0
Madre-bambino	9	64,3
Centro osservazione e diagnosi	20	33,3
Alcolisti	9	81,8
Doppia diagnosi	9	64,3
Altre	3	37,5
Esito interrotto e tipologia struttura		
Pedagogico- riabilitativa	23	48,9
Terapeutico-riabilitativa	69	50,0
Madre-bambino	5	37,5
Centro osservazione e diagnosi	40	66,7
Alcolisti	2	18,2
Doppia diagnosi	5	35,7
Altre	5	62,5
Esito completato e sostanza primaria d'abuso		
Alcol	43	59,7
Eroina	87	46,5
Cocaina	12	50,0
Altre sostanze	1	12,5
Esito interrotto e sostanza primaria d'abuso		
Alcol	29	40,3
Eroina	100	53,5
Cocaina	12	50,0
Altre sostanze	7	87,5
Età di uscita dalla struttura		
16-17 anni	1	0,3
18-24	17	5,8
25-29	35	12,0
30-34	50	17,1
35-39	61	20,9
40-44	59	20,2
45-49	39	13,4
50-54	17	5,8
55-59	9	3,1
>60	4	1,4

significativo).

Risulta forte il ruolo della tipologia di struttura: il rischio di ricaduta è notevolmente più forte (OR=2,23, statisticamente significativo) per gli utenti dei COD rispetto alle altre tipologie di struttura.

I risultati dell'analisi multivariata mostrano, infine, che la doppia diagnosi, definita da concomitanti disturbi psichiatrici in evidenza prima della comparsa del consumo di eroina, è risultata essere un più forte predittore della ritenzione in trattamento per tutto il periodo di osservazione indipendentemente da altre variabili demografiche, cliniche e sociali (OR=2,03 per chi non ha la doppia diagnosi; non statisticamente significativo, seppure per poco, $p=0,067$).

Per quanto riguarda il ruolo della doppia diagnosi come fattore predittivo, il presente studio rileva pertanto un impatto *positivo* della doppia diagnosi sul rischio di recidiva.

Tale constatazione non è di facile interpretazione; la migliore risposta terapeutica dei soggetti con doppia diagnosi può essere dovuta, oltre all'uso di alti dosaggi di metadone per il trattamento della dipendenza da sostanze psicotrope, anche al *setting* del percorso terapeutico in strutture specialistiche per doppia diagnosi che risulta particolarmente strutturato, monitorato *step by step* e valutato, tanto da determinare un esito finale positivo, indipendentemente dal tipo di sostanza d'abuso.

Come rilevato da altri autori (Maremmani et al., 2008) i soggetti con determinate condizioni di comorbidità tendono a rispondere meglio al percorso terapeutico residenziale. In un programma riabilitativo residenziale la presenza di doppia diagnosi, definita come comorbidità psichiatrica associata al consumo regolare e alla dipendenza da sostanze psicotrope, risulta essere il miglior predittore di sopravvivenza libera da recidive in trattamento, indipendentemente da altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

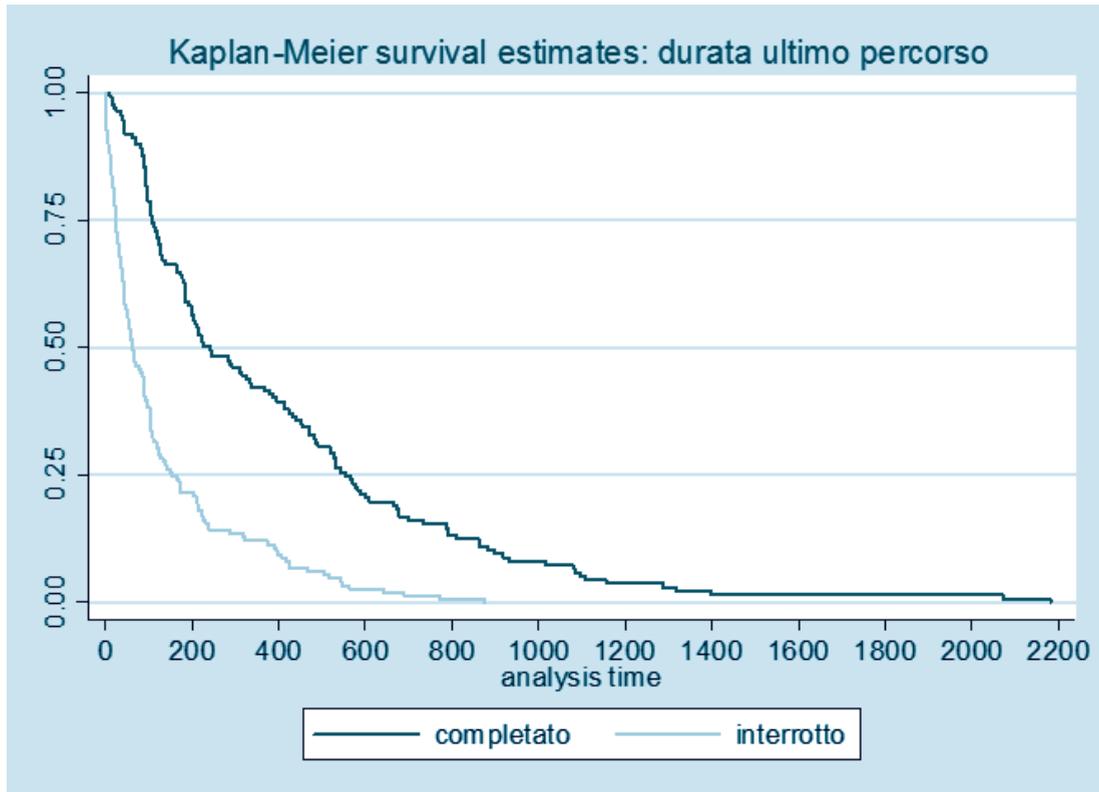
T4 Analisi della permanenza in trattamento

Durata ultimo percorso	Completato		Interrotto	
	N. cumulato	% cumulata	N. cumulato	% cumulata
15° giorno	3	2,2	27	18,1
30° giorno	5	3,6	45	30,2
60° giorno	12	8,8	74	49,7
90° giorno	20	14,6	89	59,7
180° giorno	51	37,2	117	78,5
1 anno	79	57,7	131	87,9
2 anni	115	83,9	147	98,7
874 giorni (durata massima percorsi interrotti)	122	89,1	149	100,0
2182 giorni (durata massima percorsi completati)	137	100,0	-	-

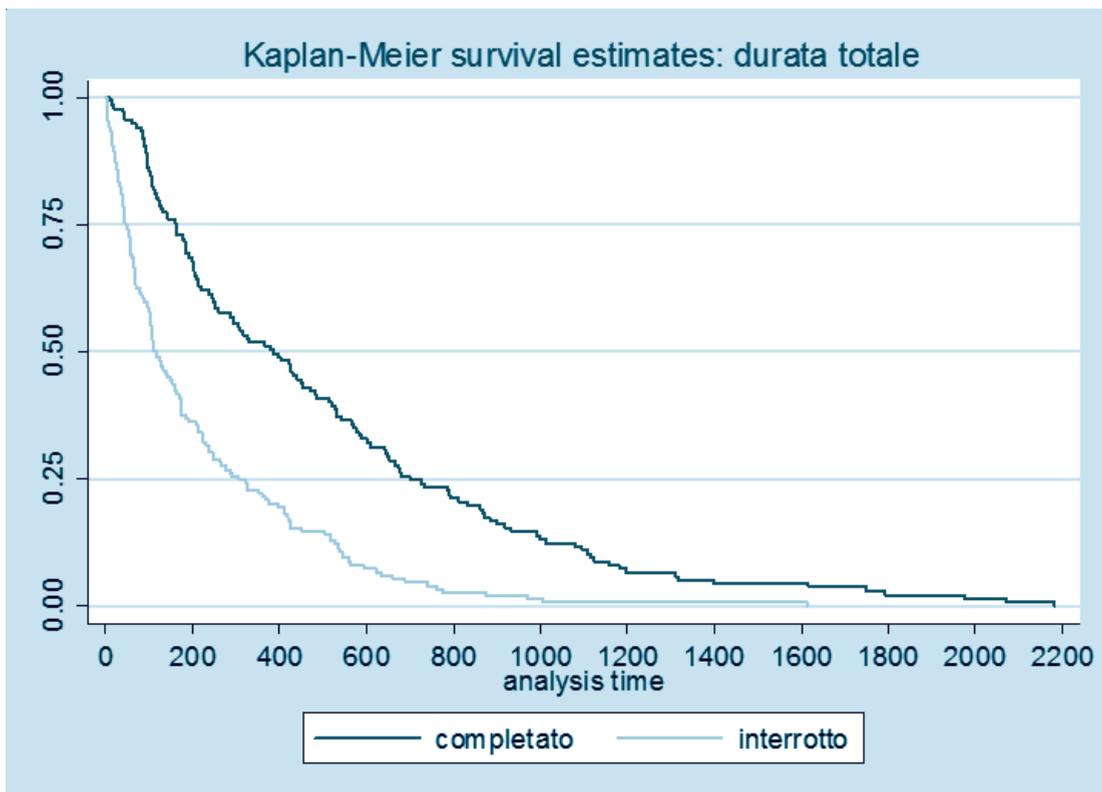
T5 Analisi della permanenza in trattamento dei percorsi interrotti distinti per tipologia di struttura terapeutica

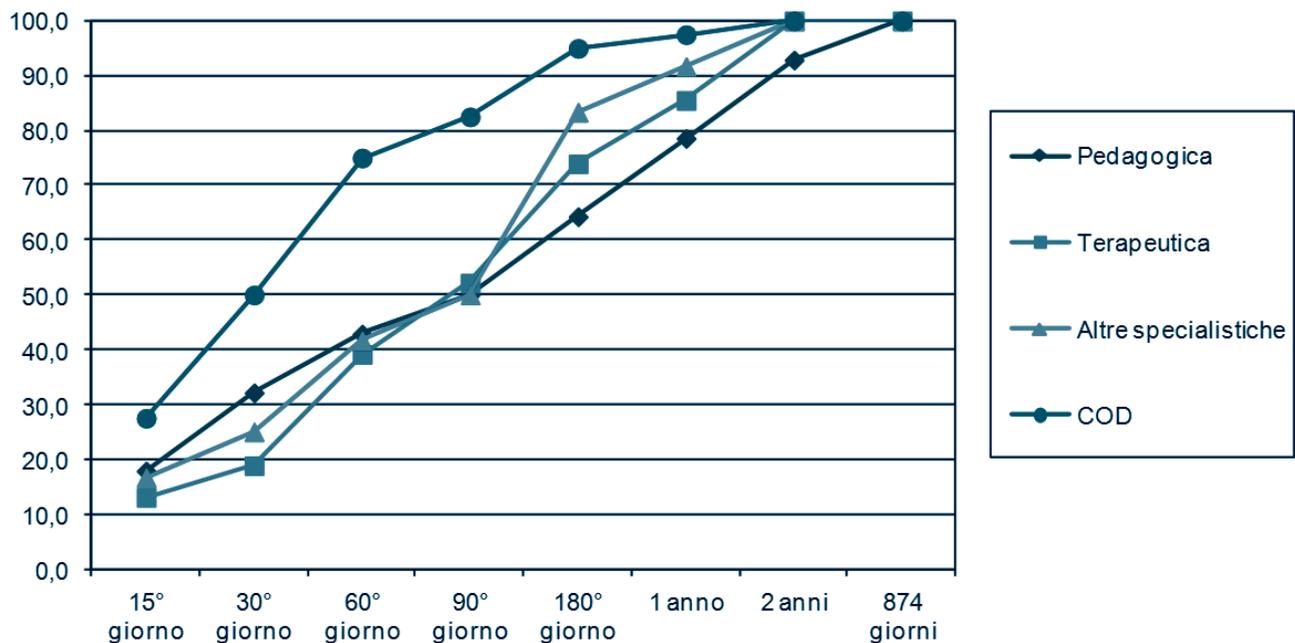
Durata ultimo percorso	Pedagogica		Terapeutica		Altre specialistiche		Specialistica osservazione e diagnosi		Totale percorsi interrotti	
	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum	N. cum	% cum
15° giorno	5	17,9	9	13,0	2	16,7	11	27,5	27	18,1
30° giorno	9	32,1	13	18,8	3	25,0	20	50,0	45	30,2
60° giorno	12	42,9	27	39,1	5	41,7	30	75,0	74	49,7
90° giorno	14	50,0	36	52,2	6	50,0	33	82,5	89	59,7
180° giorno	18	64,3	51	73,9	10	83,3	38	95,0	117	78,5
1 anno	22	78,6	59	85,5	11	91,7	39	97,5	131	87,9
2 anni	26	92,9	69	100,0	12	100,0	40	100,0	147	98,7
874 giorni (durata massima percorsi interrotti)	28	100,0	69	100,0	12	100,0	40	100,0	149	100,0

F1 Curva di sopravvivenza relativa alla durata dell'ultimo percorso terapeutico completato o interrotto



F2 Curva di sopravvivenza relativa alla durata complessiva di tutti i percorsi terapeutici completato o interrotto



F3 Andamento cumulativo delle interruzioni nel tempo per tipologia di struttura (% interruzioni sul totale dei soggetti che hanno interrotto)

T6 Risultati dell'applicazione del modello di regressione logistica multivariato dicotomico. Predittori del rischio di interruzione del percorso terapeutico

Variabile esplicativa	OR	IC 95%	P
Sesso			
M	1	0,58-2,04	0,783
F	1,09		
Età all'ingresso in coorte nel primo percorso			
>= 35 anni	1	0,54-1,55	0,741
< 35 anni	0,92		
Titolo di studio			
Licenza media superiore, laurea	1	0,77-2,61	0,257
Licenza media inferiore, elementare	1,42		
Situazione giudiziaria			
Incensurato	1	1,15-3,33	0,013
Problemi con la giustizia	1,96*		
Tipologia struttura residenziale			
Terapeutica riabilitativa e pedagogica	1	1,18-4,20	0,013
Specialistica osservazione e diagnosi	2,23*		
Numero di percorsi terapeutici			
Un solo percorso	1	0,75-2,17	0,365
Più di un percorso	1,28		
Doppia diagnosi			
Doppia diagnosi presente	1	0,95-4,30	0,067
Doppia diagnosi non presente	2,03		
Sostanza primaria d'abuso			
Eroina	1	0,74-2,54	0,315
Alcol, cocaina, cannabis, altro	1,37		
Sostanza secondaria di assunzione			
Una sola sostanza d'abuso	1	1,10-3,32	0,021
Sostanza primaria e sostanza secondaria	1,91*		

Bibliografia

AMATO L, DAVOLI M, VECCHI S, PERUCCI CA; OSSERVATORIO FUMO ALCOL E DROGA. *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica*. Cochrane Drugs and Alcohol Group. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2009

BERTONCELLI S, SERPELLONI G. Revisione della letteratura scientifica inerente i progetti di ricerca internazionali sulla valutazione dell'outcome nell'ambito delle tossicodipendenze. In SERPELLONI G, MACCHIA T, MARIANI F (EDS): *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project. Ministero della Solidarietà Sociale, 115-136, 2006

CAMPOSERAGNA A (ED). *Revisione della letteratura*. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2005

CURZIO O, GORI M, MARIANI F. La valutazione dei risultati dei trattamenti dal punto di vista epidemiologico. In SERPELLONI G, MACCHIA T, MARIANI F (EDS): *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project. Ministero della Solidarietà Sociale, 2006

DE ANGELI M. *Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze*. Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, Roma, 2001

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use*. EMCDDA, Lisbona, 2007

GOSSOP M. L'efficacia del trattamento nei problemi correlati alla cocaina. In SERPELLONI G, MACCHIA T, GERRA G (EDS): *Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico*. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Verona, 2006

MAREMMANI I, PACINI M, LAMANNA F,

PANI PP, TROGU M, PERUGI G, DELTITO J, GERRA G. Predictors for non-relapsing status in methadone-maintained heroin addicts. A long-term perspective study. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*. 10(4): 19-28, 2008

MCLELLAN AT, ARNDT I, METZGER D, WOODY G, O'BRIEN C. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*. 269(15): 1953-1959, 1993

MCLELLAN AT, WOOD GE, METZGER DS, MCKAY J, ALTERMAN AI. Evaluating the effectiveness of addiction treatment: reasonable expectations, appropriate comparisons. In Egerton JA, Fox DM, Leshner AI (Eds): *Treating drug abusers effectively*. Blackwell, Oxford, 1997

MOOS RH, FINNEY JW, FEDERMAN E, SUCHINSKY R. Specialty mental health care improves patients' outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. *J Stud Alcohol*. 61(5): 704-713, 2000

PRENDERGAST M, PODUS D, CHANG E, URADA D. The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*. 67(1): 53-72, 2002

SIMPSON DD, JOE G, ROWAN-SZAL G, GREENER J. Client engagement and change during drug abuse treatment. *J Subst Abuse*. 7(1): 117-134, 1995

VITTADINI G. *Sistemi di valutazione delle performance in sanità*. Dipartimento di Statistica, Università di Milano-Bicocca, Milano, 2000

WALKER R. Retention in treatment - indicator or illusion: an essay. *Subs Use Misuse*. 44(1): 18-27, 2009

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). ICD-10 International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th Revision. WHO, Geneva, 2010

Cristina Sorio¹
Paolo Pasetti²

¹Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Modulo Osservatorio Epidemiologico, ASL Ferrara
²Dipartimento Sanità Pubblica, Modulo di Epidemiologia, ASL Ferrara