

1.3

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI OVERDOSE, DELLA RIDUZIONE DEL DANNO E DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Fabio G.*^[1], Calulli C.^[2], Manzo F.^[1], Desantis P.^[1], Lopez M.^[1], Buzzerio R.S.^[1]

^[1]SerD Bari - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL BA - Bari - Italy

^[2]Dipartimento di Economia e Finanza - Università degli studi Aldo Moro - Bari - Italy

Sottotitolo: Una indagine esplorativa rivolta agli utenti delle comunità terapeutiche accreditate della provincia di Bari, effettuata nel corso di incontri di sensibilizzazione in occasione dell'International Overdose Awareness Day

Testo Abstract:

Introduzione

La comunità terapeutica è un ambiente protetto, al cui interno l'utente sperimenta l'astensione dall'uso di oppioidi e sviluppa un progetto costruito attraverso il raggiungimento di alcuni obiettivi, tra cui l'empowerment dei fattori protettivi dal rischio di recidiva.

Talvolta, lo scalaggio dei farmaci agonisti o agonisti parziali, sino al divezzamento, viene considerato uno degli obiettivi prioritari, ma il più delle volte la motivazione che spinge a raggiungere questo obiettivo ha più attinenza con l'autostigma e false credenze sulla percezione di sé e dei farmaci [1] piuttosto che con una progettualità orientata al reale miglioramento del funzionamento globale. In occasione della "Giornata Mondiale contro l'overdose" l'equipe del SerD di Bari ha voluto promuovere incontri di sensibilizzazione sul tema, presso le comunità terapeutiche accreditate con la ASL Bari, e rilevare la consapevolezza e la percezione dei rischi in una specifica fase del trattamento, quale è il trattamento residenziale.

Materiali e metodi

È stato somministrato un questionario elaborato appositamente a 119 utenti, costituito da 17 domande a risposta multipla, analizzando le caratteristiche degli utenti e esplorando le aree che evidenziassero, negli

stessi, la conoscenza di:

- rischi correlati allo scorretto utilizzo dei farmaci agonisti (scalaggi rapidi, misuso) [5];
- naloxone e fattori di rischio per overdose;
- concetto di riduzione del danno.

Ci siamo altresì, interrogati sulle correlazioni tra:

- a. lunga storia di dipendenza (precedenti percorsi comunitari) e percezione della ritenzione in trattamento come fattore protettivo (dunque utenti che non intendono lo scalaggio come obiettivo prioritario) [5];
- b. caratteristiche utenti (sostanza utilizzata, condizione giuridica) e percezione della riduzione del danno (una tipizzazione di chi ha risposto che tale servizio sarebbe "utilissimo" e di chi ritiene che la riduzione del danno sia "completamente inutile");
- c. tempi per l'affido prima dell'ingresso in comunità, correlato con misuso [5];
- d. misuso correlato con esperienza diretta o indiretta di overdose [4];
- e. anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio.

Per l'analisi delle correlazioni sono stati utilizzati il test di Fisher e il test del χ^2 di indipendenza.

Risultati

Gli utenti arruolati nel campione di convenienza sono in totale 119, distribuiti tra le comunità terapeutiche convenzionate con l'Asl di Bari. Nella Tabella 1 sono evidenziate le "principali caratteristiche del campione intervistato".

La popolazione a cui è stato sottoposto il questionario è quasi interamente maschile (93,2%). Il 45,4% del campione è rappresentato da utenti nella fascia d'età compresa tra i 41 e i 55 anni. Meno di 1/4 degli intervistati ha fatto uso di eroina addizionata o no con altre sostanze, mentre la maggioranza degli utenti si trova in regime residenziale per diagnosi di Disturbo da uso di Cocaina, associato o no a poliassunzione. Il 40% circa degli utenti attualmente nelle Comunità della provincia di Bari non è in una condizione di libertà bensì come misura alternativa alla detenzione. Nonostante nessuna delle comunità in cui è stato effettuato lo studio sia accreditata per la "doppia diagnosi", il 47% circa degli intervistati assume una terapia psichiatrica (stabilizzatori di umore, benzodiazepine, antipsicotici a basso dosaggio).

Con riferimento agli obiettivi di analisi riguardanti lo studio dell'associazione tra le variabili analizzate, in Figura 1 "associazione tra lunga storia di dipendenza e percezione della ritenzione in trattamento", vengono messe in relazione la storia di dipendenza degli utenti, in termini di precedenti percorsi comunitari, e la percezione della ritenzione in trattamento come fattore

protettivo, ossia l'atteggiamento degli utenti riguardo lo scalaggio TAO (terapia agonista per gli oppiacei) come obiettivo prioritario. In base al test χ^2 di indipendenza (p -value= 0.12), non vi è significatività statistica; dunque indipendentemente dal fatto che si tratti o meno del primo percorso comunitario, la maggior parte del campione propende per lo scalaggio della terapia come obiettivo prioritario prima della dimissione.

In Figura 2 viene riportata l'associazione tra percezione dell'utilità del presidio Riduzione del danno (RDD) rispetto alla condizione giuridica (A) e alla sostanza utilizzata (B). Dal grafico, si evidenzia come la maggioranza degli utenti in condizione di libertà ritiene utilissimi i presidi di RDD.

Rispetto alla sostanza utilizzata, non è possibile confermare la significatività statistica dell'associazione tra le due variabili (p -value= 0.9). Questo porta a considerare che la tipologia di sostanza utilizzata non impatta significativamente sulla percezione della riduzione del danno in questo particolare campione considerato; un parametro invece più rilevante sembra essere la condizione di libertà all'ingresso in comunità; pertanto il fattore "motivazione" al trattamento è quello che verosimilmente rende omogeneo il campione.

L'analisi della "relazione tra il misuse/diversione e i tempi auspicati per l'affido" è riportata in Figura 3, dove si evidenzia una differenza significativa (test esatto di Fisher, p -value=0.03) tra i due gruppi: infatti, in coloro che non hanno mai sperimentato misuse/diversione, si apprezza una maggiore propensione alla frequenza quotidiana del SerD, rispetto all'altro gruppo.

Dallo studio della "relazione tra il misuse/diversione e le precedenti episodi diretti o indiretti di overdose" riportato in Figura 4, si osserva una differenza significativa tra i due gruppi di utenti (p -value= 0.05). Inoltre, nella Figura 5 viene evidenziata la "relazione tra anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio TAO". Seppur non raggiunta la significatività statistica (p -value=0.63), appare evidente in termini descrittivi una differenza tra i due gruppi. Infine, considerando il gruppo di pazienti con Disturbo da uso di Oppioidi (DUO) è emerso che:

- Rispetto alla possibilità di affido del farmaco, il 45% del campione si è espresso, rispetto alla propria storia personale di Dipendenza, come sfavorevole all'affido, dunque chiedendo una somministrazione quotidiana a garanzia della protezione dalla recidiva; tuttavia, nonostante questo, quasi il 78% del campione ha l'obiettivo prioritario di scalare la terapia TAO sino al divezzamento, prima della dimissione dal regime residenziale;

- Il rischio più temuto rispetto allo scalaggio è il craving, mentre una percentuale significativa di utenti ritiene che, scalando la terapia in ambiente protetto non ci sia alcun rischio (35% circa del campione);
- Il 97% del gruppo di utenti che ha utilizzato eroina nella propria storia, non hanno mai portato con sé naloxone. Alla domanda "Il rischio di overdose riguarda solo chi fa uso di eroina endovena?" il 9% del campione risponde affermativamente;

- La maggioranza degli utenti (68%) intervistati ha esperito almeno un episodio di overdose, cui solo in poco più della metà dei casi ha fatto seguito intervento del 118, mentre in buona parte dei casi (31% circa) vi è stato risveglio spontaneo con assistenza tra pari;
- Rispetto alla percezione della utilità di presidi di riduzione del danno e drug-checking si è evidenziato uno scostamento tra due polarità: quasi il 40% degli utenti ha risposto "utilissimo", tuttavia il 20% del campione ha risposto "completamente inutile".

Analisi di alcuni dati e osservazioni

La conoscenza e l'utilizzo del naloxone sono ancora troppo limitati [3], e questo dato è sconcertante, se correlato al numero degli utenti che hanno fatto esperienza di overdose. Lo stesso dato è coerente invece con la percezione della RDD: non sorprende come chiunque abbia ritenuto scarsamente utile la RDD, non ha mai utilizzato naloxone.

Vi è correlazione significativa tra misuse e overdose e tra storia di overdose e consapevolezza della ritenzione in trattamento come fattore protettivo.

Uno degli obiettivi prioritari è lo scalaggio dei trattamenti. Dal nostro punto di vista questo dato suggerisce che lo stigma rispetto ai trattamenti farmacologici da parte degli utenti è ancora forte.

Nessuno ha richiesto affido per lunghi periodi. Questa ambivalenza nella relazione col farmaco, infatti, può essere suggestiva del fatto che la volontà di scalaggio non dipende tanto dal farmaco in sé (ossia da effetti avversi) ma dalla rappresentazione mentale che i pazienti dipendenti hanno del farmaco come "vincolo". In effetti una terapia da assumere ogni giorno per "bisogno" e per evitare l'astinenza, non sposta molto il soggetto che la assume dalla posizione di "dipendenza". La prospettiva di terapie "deposito" può essere una ottima opportunità per modificare la percezione di sé (meno medicalizzata) e favorire la ritenzione in trattamento riducendo così i rischi di divezzamenti impropri [2].

Il dato assoluto rispetto al numero di persone che intende prima della dimissione scalare e interrompere il trattamento farmacologico porta a riflettere circa la stringente necessità di proteggere dal rischio overdo-

se. Il rischio di decessi da overdose è massimo nei primi quindici giorni dopo la dimissione da ambienti protetti, dovuto alla perdita della tolleranza [2]. La protezione dal rischio overdose si ha attraverso una ristrutturazione cognitiva e psicoeducazione che implementi la aderenza ai trattamenti e una ridefinizione dell'obiettivo "farmaco", che punti più alla qualità di vita che non al mero divezzamento.

Gli interventi riabilitativi non devono essere secondari a una condizione "drug free", ma come parte di un processo dinamico di cura che si interseca in varie fasi di motivazione al cambiamento [1], nei diversi setting, e secondo diverse competenze personali di auto-

regolazione dei farmaci, in un progetto individualizzato e partecipato.

Scopo ultimo degli incontri tenuti, è stato il tentativo di portare una integrazione tra sensibilizzazione alla aderenza ai trattamenti, diffondere informazioni corrette e coerenti con la progettualità, ed infine, nel caso di rischio di ricaduta, far conoscere la riduzione del danno e i programmi di distribuzione del naloxone. Questa complessità e flessibilità nelle opportunità di cura è indispensabile per coprire una fascia più ampia possibile di consumatori, promuovere una cultura della cura secondo un "tailoring" terapeutico e con la più ampia accessibilità possibile ai Servizi.

Tabella 1. Principali caratteristiche del campione intervistato.

	N	%
Sesso		
Maschio	111	93.3
Femmina	8	0.7
Età		
≤20	1	0.8
21-30	20	16.8
31-40	37	31.1
41-55	54	45.4
>55	7	5.9
Sostanze		
Alcol	10	8.4
Cocaina	41	34.5
Cocaina + Altro*	34	28.6
Eroina	5	4.2
Eroina + Cocaina	22	1.7
Eroina + Altro*	2	18.5
Altro	5	4.2
Terapia farmacologica		
per dipendenza	12	10.1
psichiatrica	36	30.3
per dipendenza + psichiatrica	20	16.8
no	51	42.9
Posizione giuridica		
Libero	71	59.7
Domiciliari	24	20.2
Altri provvedimenti	23	19.3

*= per "Altro" si intende l'assunzione concomitante di una delle seguenti sostanze: poliassuntore, alcol, cannabinoidi, droghe dissociative, farmaci e oppioidi di sintesi

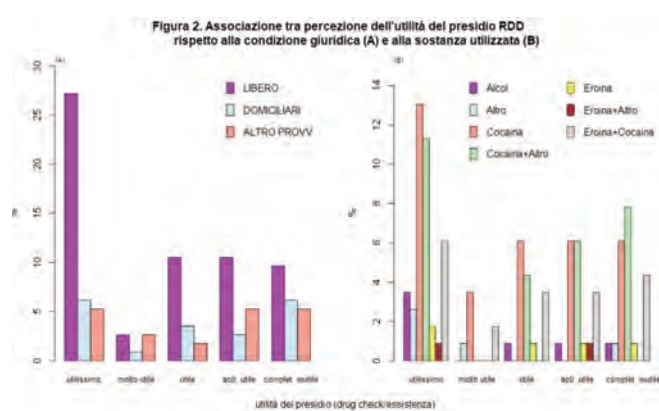
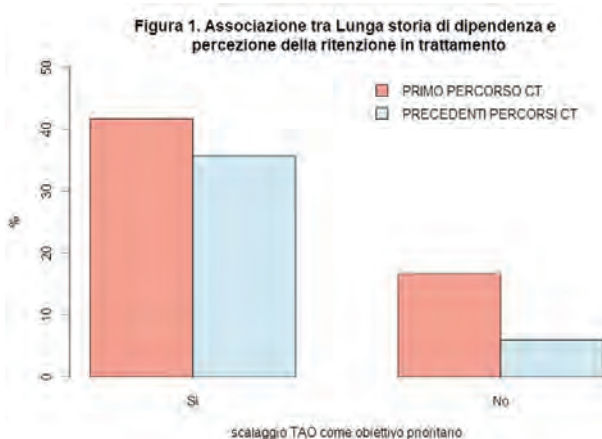


Figura 3. Analisi delle relazione tra misuso/diversione e tempi auspicati per l'affido

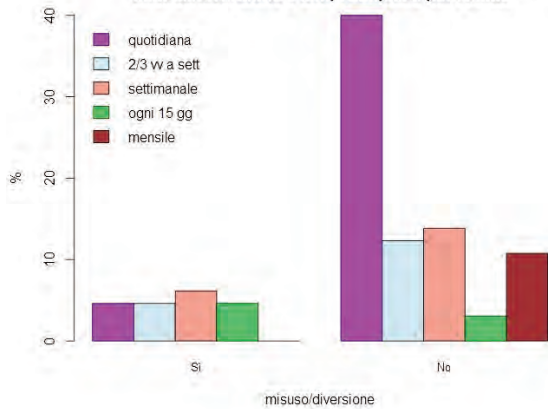


Figura 4. Relazione tra misuso/diversione e precedenti episodi diretti o indiretti di overdose

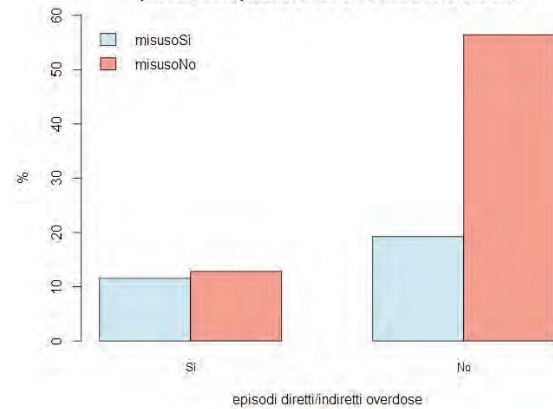
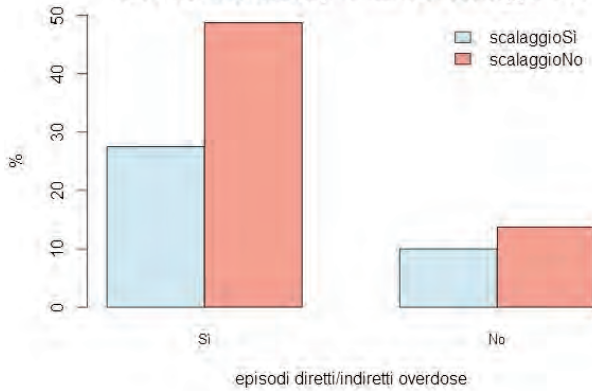


Figura 5. Relazione tra anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio TAO



Bibliografia

[1]G. Faillace "Il contributo degli operatori dei servizi pubblici delle dipendenze al benessere bio-psico-sociale della persona con disturbo da uso di sostanze e alla riduzione dello stigma", Mission 60, Maggio 2023

[2]Marco Riglietta, Pietro Fausto D'Egidio, Alfio Lucchini, Nicoletta D'Aloisio, Maria Luisa Buzzi, "Le formulazioni long term dei farmaci agonisti nella clinica del disturbo da uso di oppiacei in Italia", Mission 53, Apr 2020

[3]Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio, Riccardo De Facci, Claudio Leonardi, Felice Nava, Luigi Stella, and Icro Maremmani "Improving response capacities in opioid overdose management", Heroin Addict Relat Clin Probl 2019; 21(1): 5-14

[4]G.Mannaioni, F.Lugoboni, "Precauzioni nella gestione della terapia con agonisti oppioidi", Dal Fare al dire, n.2 2023, pp.12-18

[5]A. Amaudo, "Affido del farmaco e overdose", Dal fare al dire, n. speciale 2023, pp.22-24