

Conferenza nazionale di Trieste

La cronicità e la cronicizzazione

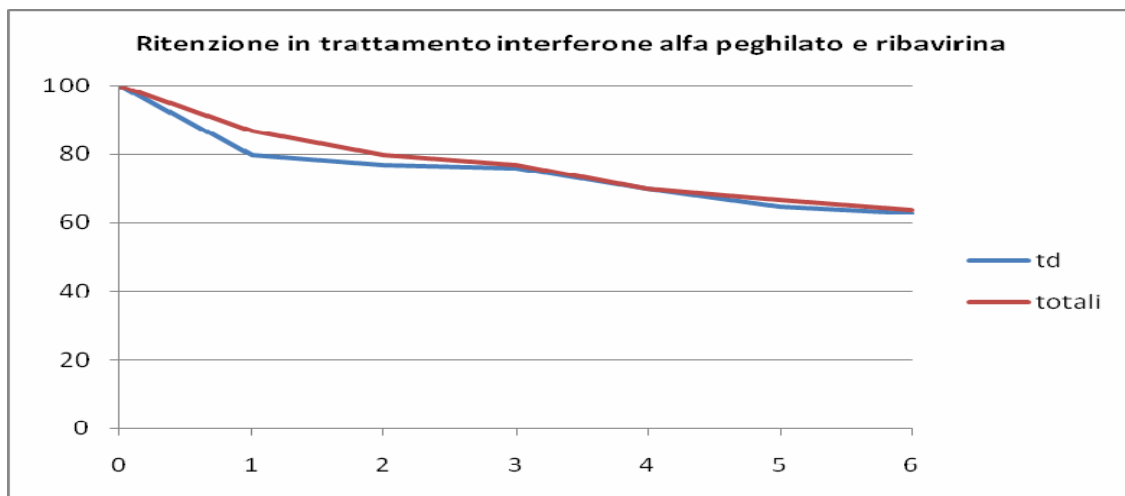
Sia la World Health Organization che l'American Psychiatric Association hanno da diverso tempo codificato nei loro manuali (ICD e DSM) la dipendenza da sostanze come una *"malattia cronica recidivante"*. Questa definizione inizialmente è stata accolta con favore dalla comunità scientifica e dagli operatori del settore perché la certificazione della dipendenza come malattia permetteva di sottrarla alla categoria del "vizio" e della "colpa", rimandando alla necessità di una cura e non di una punizione per le persone con disturbi da uso da sostanze. Questo vantaggio iniziale è stato però progressivamente surclassato dalle implicazioni medicalizzanti del termine malattia e dal conseguente primato dell'approccio farmacologico che fonda il suo intervento sulle presunte origini neuro-biologiche della dipendenza. Tralasciamo per ora le implicazioni di questa definizione per analizzare la definizione stessa, che pone non poche perplessità soprattutto in merito al termine "cronico".

In natura non esistono malattie croniche, ma esistono malattie degenerative, o comunque che hanno come esito naturale la morte, che possono essere cronicizzate, cioè stabilizzate, con cure adeguate. Potrebbe sembrare un sofismo lessicale (e i medici spesso lo considerano tale), ma è in realtà un errore concettuale gravido di conseguenze considerare intrinseche alla malattia caratteristiche che invece sono indotte. Il diabete non è una malattia cronica, ma letale se non curata con l'insulina e con una dieta adeguata. L'epatite C è un caso ancora più emblematico: il 15% dei pazienti ha remissione spontanea dei sintomi, l'85% sviluppa forme cronicizzabili, che però i medici definiscono croniche non distinguendo tra coloro (80%) che effettivamente si stabilizzano e coloro (17%) che sviluppano cirrosi e coloro (2%) che sviluppano un carcinoma. Queste differenze non sono dovute al virus. Ci sono una serie di fattori ormai noti, quali la rapidità con cui si inizia la terapia, la qualità della terapia, la compliance del paziente¹, l'età, il genere, il genotipo, ed altri fattori attualmente allo studio. Quindi la possibilità di cura, di remissione spontanea o di cronicizzazione, cioè l'esito, dipende solo in parte dalla carica virale del virus, e in gran parte da caratteristiche genetiche individuali, dai comportamenti adottati dal soggetto e dalla qualità delle terapie ricevute.

L'esempio dell'epatite C non è casuale, e non solo perché il 40% di persone che fanno uso iniettivo di sostanze la contrae, ma anche perché fino a pochi anni fa, e in parte ancora tuttora, molti medici sono pessimisti circa l'esito delle cure con pazienti tossicodipendenti ("si reinfettano", "non seguono le cure", ecc.). Diversi studi recenti hanno invece dimostrato come la ritenzione in trattamento di questi pazienti sia sostanzialmente uguale a quella degli altri pazienti (schema d'esempio in fig.1) e, quindi, come un pregiudizio possa determinare l'esito di un trattamento e, quindi, la sua possibile cronicizzazione o degenerazione.

¹ seguire la cura, smettere di bere, ecc

fig.1



Perché quindi la vulnerabilità a sostanze psicotrope (per le dipendenze) o a eventi stressanti (per i disturbi psichici) dovrebbe rispondere a meccanismi differenti?

La letteratura di settore indica nel 30% la percentuale di remissioni spontanee e una stessa percentuale di esiti positivi dei trattamenti². Questi dati in primo luogo ci dicono che la dipendenza non è necessariamente cronica: sembrerà incredibile (!) ad alcuni ma c'è chi smette di consumare, chi "guarisce", e probabilmente sono un numero molto maggiore di quello noto³. Ma perché per alcuni il disturbo, o malattia, si cronicizza e per altri no? Allo stato attuale delle conoscenze possiamo solo formulare ipotesi circa i motivi che determinano questa variabilità degli esiti. E' possibile che i progressi nelle neuroscienze ci diranno fra qualche anno che, come per l'epatite C, genotipi differenti hanno margini di miglioramento e guarigione differenti, o che le strutture cerebrali influenzano la possibilità di sviluppare dipendenza⁴, ma sarebbe assurdo non considerare altre variabili di tipo psicologico, sociale, ma anche (e vorremmo dire soprattutto) terapeutico.

² cioè senza ricadute nei due anni seguenti alla fine del trattamento

³ il sommerso è più probabile tra coloro che smettono piuttosto che tra coloro che continuano e che, prima o poi, verranno inevitabilmente rilevati dai servizi di cura, dalle forze dell'ordine e, nei casi peggiori, dalla medicina legale;

⁴ a proposito di strutture cerebrali è interessante riportare alcuni studi che testimoniano come bambini *neglected or abused* manifestino alterazioni morfologiche del cervello, quindi possiamo 1) solo presumere l'importanza di alterazioni funzionali dovute a fattori ambientali ed evolutivi e 2) superare l'equazione neurologico=genetico dal momento che il cervello viene influenzato non solo da fattori genetici, ma anche ambientali.

Nella nostra esperienza la qualità della cura, ma anche il tempismo della cura, cioè la rapidità con cui si interviene rispetto al manifestarsi delle dipendenze, è un elemento fondamentale nel determinare l'esito della cura⁵, cioè la possibilità che la dipendenza, e gli eventuali disturbi psichiatrici associati, abbiano una remissione, una stabilizzazione o un peggioramento progressivo.

Prima di vedere alcuni nostri dati interni, illuminanti in tal senso, analizziamo una delle poche evidenze disponibili nel campo delle dipendenze. Nel nostro settore infatti si naviga a vista: ci sono poche certezze sull'efficacia delle cure, poche ricerche, quelle poche più orientate a confermare ipotesi politiche che a studiare buone prassi "evidence based"⁶. Lo studio Vedette ha dimostrato alcune evidenze relativamente ai trattamenti delle dipendenze da oppiacei: il trattamento con metadone per essere efficace deve 1) basarsi su una dose minima giornaliera di 70/80 mg⁷; 2) essere abbinato a trattamenti psicosociali di supporto. Ricerche correlate hanno mostrato che la dose metadonica media somministrata nei SerT italiani oscilla tra i 37 e i 45 mg/die e che il 55% dei trattamenti sostitutivi non è affiancato da trattamenti psicosociali (nei SerT e senza considerare le carceri). Alla luce di questi dati bisognerebbe chiedersi se ha senso ragionare sulla cronicità della dipendenza e non piuttosto sulla cronica inadeguatezza del sistema di cure destinato ai dipendenti.

Ad ulteriore conferma guardiamo alcuni dei dati relativi ai pazienti presenti nelle CT Saman nel 2007. Più della metà (58%) dei nostri pazienti ha precedenti esperienze in CT (fig.2) e, di questi, poco meno della metà (43%) ha più di un percorso pregresso. Interessante è però anche notare come nemmeno il 10% di questi abbia precedenti in Saman (fig.3) e solo il 2% abbia più di un'esperienza. Il primo dato conferma la complessità di una fetta consistente di pazienti che hanno alle spalle ripetute esperienze di fallimenti e/o di ricadute. Il secondo dato rimanda alla tendenza dei SerT ad attribuire il fallimento dei propri invii a fattori esogeni (l'inadeguatezza della CT), piuttosto che a fattori endogeni (l'inadeguatezza del lavoro motivazionale preparatorio o della stessa scelta di un percorso residenziale).

Un secondo dato è relativo alle storie individuali, con consumi che iniziano soprattutto in età adolescenziale (fig.4) e casi che arrivano alla nostra attenzione dopo 10 anni di dipendenza (fig.5). Abbiamo già accennato al fatto che quest'ultimo dato ha implicazioni molto rilevanti perché è noto come l'efficacia dei trattamenti dipenda dal

⁵ anche questa è una analogia evidente con le malattie organiche quale la citata epatite C

⁶ Questo punto è interessante nel ragionamento sulla cronicità e sull'assenza di prove che possano smentirne il costrutto, perché spesso si pensa che il principale limite alla ricerca sia il conflitto di interessi privato, cioè delle case farmaceutiche, ma in realtà il vero conflitto di interessi è politico. Le case farmaceutiche agiscono in modo lineare: valutano l'efficacia di un farmaco da loro prodotto, ma il loro interesse è mediato da contro-interessi (le assicurazioni interessate a tutelare i propri assicurati, il sistema sanitario pubblico, laddove funziona, interessato a limitare le proprie spese e migliorare l'efficacia delle cure, le case concorrenti, interessate a produrre farmaci alternativi) e da trials rigidissimi (molteplici steps, doppie commissioni, ecc.). Il vero conflitto di interessi è politico perché solo i governi possono promuovere o finanziare ricerche finalizzate al benessere dei cittadini e non, come talvolta avviene, al proprio consenso, alle proprie clientele, alla conferma delle proprie linee programmatiche.

⁷ bisognerebbe poi valutare i livelli di assorbimento sanguigno che variano da soggetto a soggetto

tempismo con cui si interviene sulla patologia, sia essa fisica o psichica, e come gli obiettivi riabilitativi e di riduzione dei rischi (orientati cioè alla stabilizzazione) vadano per queste situazioni privilegiati rispetto da quelli prettamente terapeutici (orientati alla remissione). La complessità media dei casi gestiti dalle CT è confermata anche dai seguenti dati: il 23% dei pazienti ha procedimenti penali in corso (fig.6) e il 41% ha subito provvedimenti penali in passato; quasi il 50% ha patologie infettive e il 30% ha comorbilità psichiatrica.

fig.2

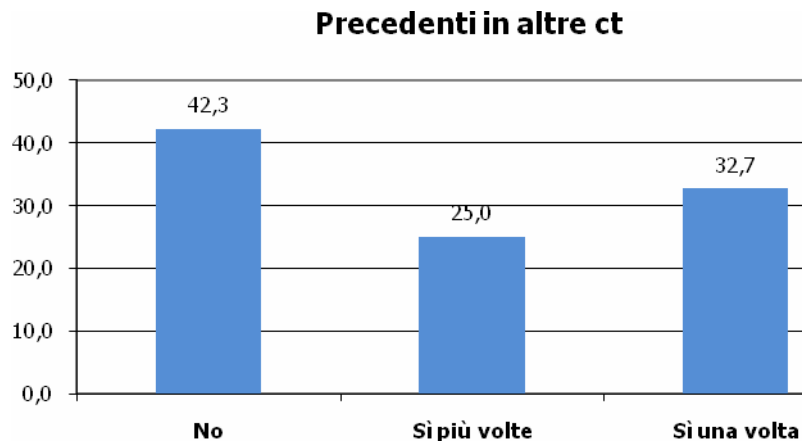


fig.3

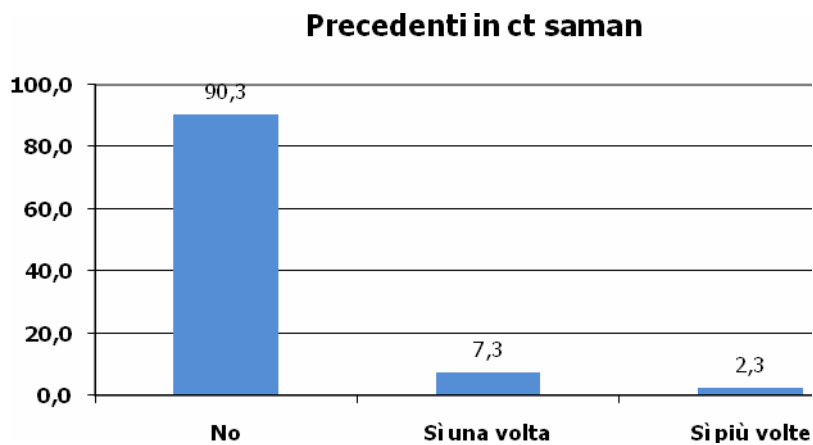


fig.4

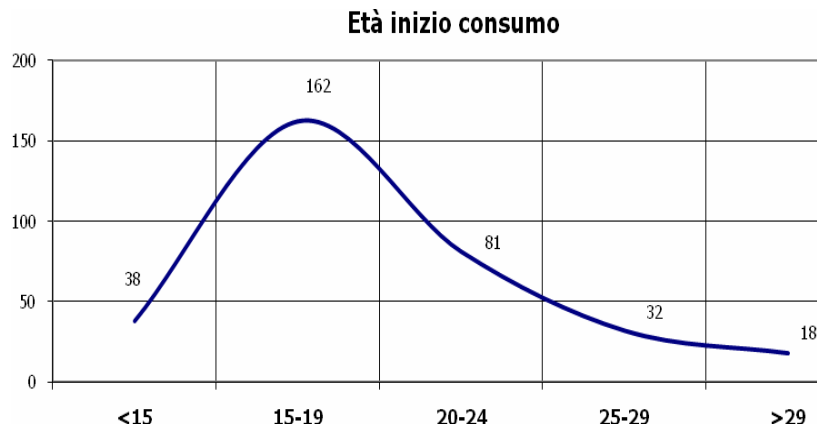


fig.5

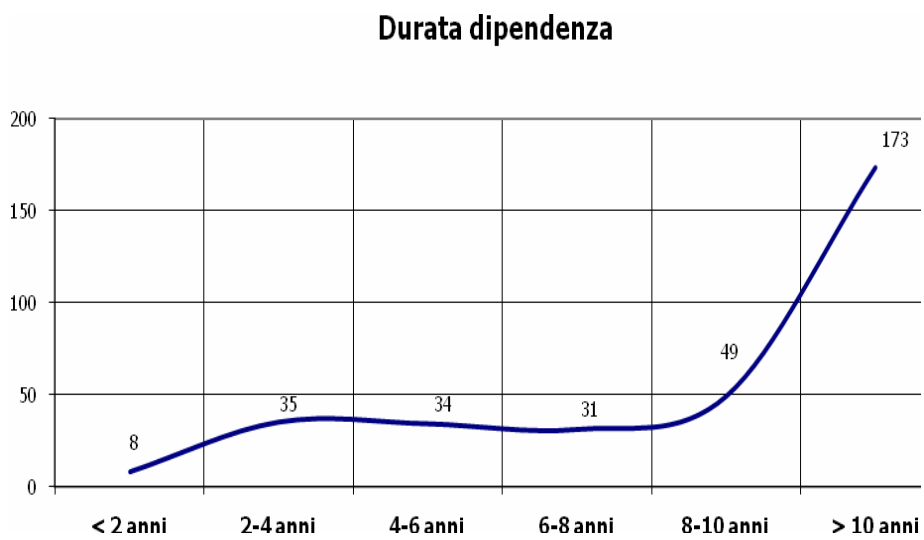
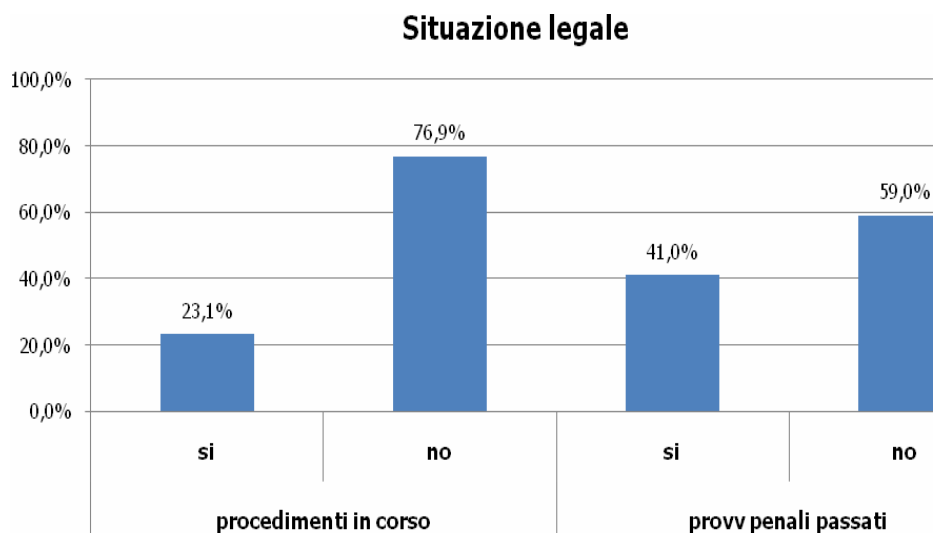


fig.6



Il quadro complessivo che emerge è quello di una buona fetta di utenza (circa il 75%) multiproblematica e gravemente compromessa, con lunghe storie di dipendenza alle spalle e ripetuti fallimenti dei percorsi di cura, rispetto alla quale la delega che riceviamo dai servizi è spesso più orientata alla custodia, più che alla cura. La cronicità si manifesta così con quella sindrome nota in psichiatria come *“porta girevole”* (revolving door), ossia di continue recidive che portano il paziente ad entrare in contatto con diversi servizi in diverse fasi della vita. Anche il concetto di recidiva deve essere però sottoposto ad un’analisi analoga a quella effettuata per il concetto di cronicità. Quanto infatti la recidiva, o ricaduta, (relapse) è una caratteristica propria della dipendenza e quanto dell’incapacità di curarla efficacemente? Allo stato attuale di conoscenze non possiamo rispondere a questa domanda, ma la prima opzione potrà essere presa seriamente in considerazione solo quando le evidenze permetteranno di escludere la seconda. Dal momento però che un sistema di cura perfetto ed universale non è ipotizzabile bisogna confidare nella ricerca: quella genetico-neurologica che potrebbe avvallare, per alcune tipologie di dipendenza e dipendenti, la prima ipotesi, e quella clinica che potrebbe avvallare la seconda, isolando soggetti con una dipendenza “recente” non complicata da patologie fisiche o psichiatriche ed offrendo loro una rete di interventi multidimensionali che possa limitare l’influenza negativa di fattori esogeni (ambientali, relazionali, sociali) ed endogeni (biochimici, psicologici, comportamentali).

Solo queste evidenze potranno farci capire quanto fondata sia la definizione di malattia cronica recidivante, ma al momento la cosa più rilevante è quella di essere consapevoli dei limiti delle nostre conoscenze e dei nostri interventi, portandoci a:

- 1) orientarci verso i pochi trattamenti “evidence based”, laddove disponibili, e sulle invece più numerose buone prassi testimoniate in letteratura;
- 2) stimolare la ricerca clinica in questo settore (nonché la formazione al momento completamente assente dal mondo accademico)
- 3) limitare i pregiudizi e le ideologie, nonché gli effetti iatrogeni dei nostri interventi, tra i quali c’è proprio quello (potenziale) di cronicizzare disturbi non cronici.

Achille Saletti, Saman