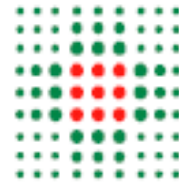




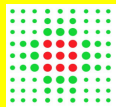
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche,
Salute nelle carceri



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

CORSO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE”

***La prevenzione dei comportamenti
lesivi auto-diretti: rischio di overdose***



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

**Zannini Angela
SerT Ausl-RE**

Zannini Angela



Overdose

- Nel 2008 (L.J. Paulozzi- Center Disease Control and Prevention) piu' di 22,000 persone decedute per overdose , un dato in continua crescita. Le Evidenze Scientifiche suggeriscono, come in America, l'overdose non intenzionale è anche legata all'abuso per l'aumento della prescrizione di oppioidi per il trattamento del dolore...(dati riferiti al 2005) .
- Alta è l'attenzione alla mortalità di coloro che usano oppiacei. Dati di letteratura suggeriscono che la mortalità è tra il 6-30 volte piu' alta rispetto alla popolazione generale, nella stessa fascia di età e sesso.
- Tra le cause: l'OVEDOSE, traumi , suicidi e cause somatiche ecc.. .
- Il rischio mortalità associato a dipendenza da oppiacei puo' essere incrementato dal poliabuso, dalla marginalità da comorbidity quali virus HIV , tubercolosi, epatiti croniche .

(Darke S., Degenhardt L., Mattick R. *Mortality Amongst Illicit Drug Users*. Cambridge University 2007

- **The drugs or toxins frequently involved in overdose and death (grouped by ICD-10)**

- Acute alcohol intoxication (F10)
- Ethyl Alcohol
- Among Opioid overdose (F11)
- Heroin (T40.1)
- Codeine (T40.2)
- Morphine (T40.2)
- Methadone (T40.3)
- Fentanyl
- Hydromorphone
- Propoxyphene
- Among sedative-hypnotics (F13)
- Among Barbiturate overdose (T42.3)
- Amobarbital
- Pentobarbital
- Secobarbital
- Among Benzodiazepine overdose (T42.4)
- Nimetazepam
- Nitrazepam
- Temazepam
- Triazolam
- Uncategorized sedative-hypnotics (T42.6)

- Ethchlorvynol (Placidyl)
- GHB
- Glutethimide (Doriden)
- Methaqualone
- Ketamine (T41.2)
- Among Stimulants (F14-F15)
- Cocaine overdose (T40.5)
- Amphetamine overdose (T43.6)
- Methamphetamine (T43.6)
- Among Tobacco (F17)
- Nicotine (T65.2)
- Among Poly drug use (F19)
- Drug "cocktails" (Speedballs)
- Medications/pharmaceuticals
- Aspirin poisoning (T39.0)
- Paracetamol toxicity (T39.1)
- Tricyclic antidepressant overdose (T43.0)
- Pesticide poisoning (T60)
- Organophosphate poisoning
- DDT

- **Le azioni di tutela della salute / RdD e le attività di Bassa Soglia**

con persone assuntrici di stupefacenti , offrono strumenti importanti per la prevenzione dei comportamenti

lesivi auto-diretti quali il rischio di overdose da oppiacei,

oggetto delle riflessioni di oggi.

- **Le attività di tutela della salute / RdD sono modalità di approccio complementari ed in continuità ad altre strategie volte ad evitare l'uso di sostanze, come la riabilitazione o la prevenzione, in conformità alla teoria dei 4 pilastri della politica sulle tossicodipendenze (prevenzione, terapia, riduzione dei danni, repressione)**
- **Tali interventi non sono subordinati alla cessazione del comportamento di consumo, valorizzano l'orientamento alla cura anche per il loro valore protettivo verso la persona.**



I rischi/danni che si cerca di ridurre o contenere possono essere individuati nei seguenti:

- **eventi dannosi per la salute (aggressività, conflittualità, disturbi fisici etc.).**
- **patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale,**
- **mortalità acuta (overdose, colpo di calore etc.) diretta o indiretta (es. incidenti stradali etc.)**

riduzione della criminalità



Le azioni in specifico sono :

- **Facilitare il contatto** tra consumatori di sostanze e sistema di intervento, "andando incontro" a queste persone (senza aspettare una eventuale richiesta di cura).
- **Migliorare le conoscenze**, competenze e comportamenti dei consumatori di sostanze attraverso azioni informative, formative e di orientamento.
- **Aumentare e facilitare l'accesso** a materiali di profilassi (siringhe, profilattici, salviette disinfettanti, fiale di acqua distillata).



- **Migliorare la qualità di vita** dei consumatori anche attraverso la connessione con i sistemi locali di intervento (sanitari, sociali e socio-assistenziali).
- **Facilitare l'accesso ai trattamenti** riabilitativi per la dipendenza.
- **Facilitare l'accesso a farmaci sostitutivi** (agonisti) e salvavita(naloxone), istruendo i consumatori ad un loro uso corretto.
- **Mediazione delle relazioni conflittuali** , sia fra utenti , fra utenti e contesti familiari , nei confronti dell'utente – operatore.



Oggi piu' che mai indirizziamo queste attività a persone che:

- sono attive nell' uso di stupefacenti
- o che non hanno ancora maturato un desiderio di cambiamento
- oppure drug- free, che hanno abbandonato momentaneamente tale stato (parliamo di persone che hanno fatto, o che stanno seguendo percorsi riabilitativi ma che sono ricaduti nell' uso).

Si offre alla persona una **“continuità delle cure/continuità assistenziale”** indispensabile per:

- poter maturare il cambiamento
- per poter riprendere lo stato drug-free precedentemente sperimentato
- **ma specialmente per prevenire quei comportamenti autolesivi come l' overdose .**



- **Strumenti per la gestione dei comportamenti di rischio autolesivi**
- **I dispositivi protettivi** sono strumenti utilizzati negli interventi di tutela della salute e RdD ma anche in situazioni in corso di riabilitazione.
- Sono interventi che per la valenza socio- relazionale sono volti anche ad ottenere /facilitare :
 - un cambiamento del comportamento,
 - stabilire contatti con le persone.
- **I dispositivi protettivi** dovrebbe essere garantiti a tutte le persone che usano stupefacenti.



- La persona deve essere messa nelle condizioni di poter scegliere di tutelare la propria salute e vita in concomitanza all'uso di stupefacenti.
 - Gli strumenti di protezione hanno almeno due valenze
 - **Oggettiva**
 - **Relazionale**
 - Importante è sempre offrire questi strumenti con cura, attenzione, sia che si tratti di una visita medica, sia di un colloquio, sia di un pasto.



Beni di prima necessità: cibo, vestiti, possibilità di alloggio possibilmente non stigmatizzante, possibilità di lavarsi e lavare indumenti, buoni mensa, sussidi finalizzati al minimo vitale.

La tutela e il soddisfacimento dei bisogni vitali, oltre a risponde all'obbligo morale di tutela dei diritti fondamentali ed universali della persona, porta la persona anche piu'marginale a cercare una relazione , molto utile a ridurre i rischi di comportamenti autolesivi.



Dispositivi di Harm-Reduction :

Scambio di siringhe

E' una delle principali e primitive strategie delle politiche di riduzione del danno nei confronti di persone attive nell'uso, in qualunque stadio motivazionale esse si trovino..

La distribuzione "mediata" da un operatore in strutture socio-sanitarie, privilegiano lo scambio.

L'operatore, nell'atto "dello scambio", diventa interlocutore centrale per favorire:

- **L' instaurarsi di un minimo di relazione.**
- **Il passaggio di una serie di informazioni tra cui come, e cosa fare per ridurre i comportamenti a rischio.**



Intervento medico –infermieristico



- La **cura** anche delle patologie correlate, fortemente debilitanti sulla persona che usa sostanze, ha funzioni tutelanti sulla persona.
- **Il counseling** nell'educazione alla salute ha come temi:
 - l'uso "igienico" delle sostanze,
 - la cura della propria salute
 - evitare il poliabuso di sostanze (altrettanto debilitante per l'organismo),
 - il primo soccorso alle persone in stato di intossicazione acuta

Il counseling ha lo scopo di promuovere benessere ma soprattutto **promuovere le competenze** delle persone attive nell'uso delle sostanze.

Intervento medico –infermieristico

- **Temi essenziali da affrontare nel Counseling a persone assuntrici di sostanze mirato alla prevenzione dei comportamenti a rischio per l' overdose e riduzione di questi .**
- **Il rischio di usare sostanze in solitudine.**
- **Il rischio di usare stupefacenti dopo un periodo di astinenza.**
- **L'effetto dannoso del mixare eroina ed altre sostanze depressogene .**
- **Il binge di sostanze (alcool, cocaina ecc...).**



- **Intervento medico –infermieristico**

Nel Counseling a persone assuntrici di sostanze mirato alla prevenzione della morte da overdose

- Programmare “**Corsi di Primo Soccorso**” per formare gli **utenti** all’adeguato uso del Naloxone ed il primo soccorso a persone in stato di intossicazione da oppiacei con perdita di coscienza.
- Il riconoscere i segni di una possibile overdose in altri soggetti che usano stupefacenti .
- Periodicamente richiamare l'attenzione sui rischi di overdose attraverso campagne di sensibilizzazione che prevedono la consegna di **naloxone fiale** e informazioni sulle modalità d'uso.
- E' possibile attivare la distribuzione gratuita di fiale di Naloxone che possa servire per sè o per altri.



Prevenzione della morte da overdose

- **L' insegnamento delle pratiche base di rianimazione (respirazione bocca–bocca , massaggio cardiaco)**
- **Come avvisare il 118 quando si assiste una persona che non respira ed è incosciente; prepararsi ad un possibile intervento delle forze dell'ordine per riportare a loro e agli operatori del PS con esattezza, ciò che è successo alla persona.**
- **Utilizzo del Naloxone come antidoto per oppiacei, sapendo che il Naloxone può provocare la sindrome astinenziale con comportamenti conseguenti .**



Tutto quanto detto sinora ha anche l'effetto preventivo su altri rischi come la diffusione o l'aggravamento delle malattie droga-correlate che spesso sono cause di morte, e certamente hanno incidenza anche sui rischi di morte da overdose.

Proprio per prevenire i decessi da overdose,

- **accentuare l'attività di informazione tra i tossicodipendenti e tra i giovani, sulle overdose, anche tramite specifici opuscoli; anche nei confronti dei tossicodipendenti inseriti nelle comunità terapeutiche o detenuti in carcere, per i rischi di una possibile ripresa del consumo, in quanto l'overdose è più frequente dopo un periodo di astinenza.**



- In particolare per i **detenuti** andrebbero sviluppate forme di attenuazione dei rischi, anche con l'utilizzo di farmaci sostitutivi o antagonisti in prossimità della scarcerazione, qualora dichiarino la volontà di continuare l'uso di droga all'uscita dal carcere; questo è ancora un nostro auspicio.
- **Collaborazione con il CSM** sui disturbi psichiatrici che si associano alla Dipendenza.

Puo' essere di aiuto :

- conoscere la struttura di personalità del soggetto e quindi la maggior vulnerabilità.
- nel prevenire gesti autolesivi come l'overdose.



Trattamenti farmacologici elettivi nella prevenzione dell'overdose.

- Il trattamento protratto **con metadone e buprenorfina** è stato dimostrato avere un'efficace nel prevenire l'overdose, ridurre l'uso illecito di oppiacei, e mantenere un livello di tolleranza agli effetti degli oppiacei inclusa evitare la depressione respiratoria.



- La **centralità dei farmaci agonisti** e parzialmente agonisti: al paziente va garantita la possibilità di accedere ai trattamenti farmacologici ammessi per legge.
- Per le particolari finalità della "riduzione del danno"/tutela della salute , al momento attuale, lo strumento principale appare essere il metadone anche se, in prospettiva, vanno seguite con interesse le sperimentazioni anche con la buprenorfina.
- I programmi terapeutici sono attivabili anche in un servizio a Bassa Soglia richiedono il possesso di pochi requisiti, chiari ed irrinunciabili.



- Si rivolgono anche a quella parte di popolazione che per ragioni burocratiche (stranieri irregolari, ecc.) o motivazionali hanno poca disponibilità o capacità ad intraprendere relazioni terapeutiche piu' complesse.
- Al paziente non viene richiesta una frequenza giornaliera tassativa , né l'adesione a programmi terapeutici più complessi della semplice assunzione farmacologica ma è richiesta almeno una visita con il medico entro un certo periodo di tempo.
- Non è imposta l'astensione dalle sostanze per iniziare una terapia farmacologica, non richiedendo di conseguenza il controllo urinario tossicologico, non e' contemplato l'affido della terapia.



- L'erogazione di terapie non sostitutive e psicofarmacologiche dovrebbe essere ridotta al minimo nei casi di utenti che per la loro condizione di tossicodipendenza attiva sono esposti a rischi di poli abuso e di intossicazione da "cocktail" da farmaci.
- Il trattamento farmacologico nell'ottica della riduzione del danno mantiene analoghe **finalità del trattamento** sostitutivo a mantenimento utilizzato per trattamenti riabilitativi.



In particolare:

- **riduzione del rischio di overdose,**
- alleviare le sintomatologie legate all'astinenza,
- riduzione della quantità e/o della durata d'uso di droghe illegali,
- miglioramento dello stato di salute psico-fisica del soggetto,
- miglioramento delle condizioni sociali, personali e familiari del soggetto,
- scoraggiare lo scambio di siringhe ,
- indirettamente correlate alle sostanze: correzione di condotte comportamentali a "rischio" e adozione di pratiche in grado di proteggere e prevenire la trasmissione parenterale di malattie infettive,
- ridurre i reati e le condotte "illegali" e il bisogno di ricorrere alle attività criminali per auto-finanziare il consumo di droghe illegali



- favorire il passaggio ad altri ambiti di cura medica.
- **L'efficacia del trattamento** farmacologico inoltre aumenta con : programmi facilmente accessibili, con l'esistenza di poche ma "irrinunciabili" regole e breve lista di attesa .
- **L'adeguatezza** del dosaggio della terapia è un fattore importante di ritenzione in terapia.
- La **dose** di farmaco prescritto deve rispondere anzitutto a basilari criteri farmacologici e di sicurezza e cioè essere appropriato alla tolleranza del soggetto (alleviare la sintomatologia astinenziale ma allo stesso tempo non deve presentare sintomi di "impregnazione" o intossicazione oppiacea.)



- **il dosaggio** è correlato inoltre in modo consistente alla ritenzione in trattamento e al consumo di oppioidi illegali,
- **flessibilità del dosaggio,**
- Una terapia adeguata deve rispondere anche **ai criteri d'efficacia** :
 - **ritenzione** in trattamento e di conseguenza prevenzione delle overdose (sp. per l'utenza che afferisce ai Servizi a Bassa Soglia d'accesso, prevalentemente costituita da consumatori attivi, con una bassa spinta motivazionale volta all'affrancamento totale dalle sostanze).



Ci si troverà di conseguenza nella condizione spesso di "contrattare" col paziente un dosaggio che sia rispondente ai principi farmacologici di efficacia e adeguatezza della terapia e che allo stesso tempo soddisfi la richiesta dell'utenza di un dosaggio anti-astinenziale, ma non necessariamente di "blocco".



Questo per una serie di motivazioni.

- Il metadone risulta il farmaco più volentieri accettato e richiesto.
- È il farmaco sottoposto al maggior numero di ricerche in ambito della RdD e supportato da una solida base di evidenze scientifiche internazionali.
- Permette la ritenzione dei pazienti in trattamento più a lungo di ogni altra alternativa terapeutica non-sostitutiva.
- Ha mostrato un effetto superiore nella riduzione dei rischi associati all'uso di droghe illegali.
 - mortalità, criminalità, comportamenti a rischio da HIV.
- Ha un'azione proattiva nel soggetto favorendo il contatto con Servizi e la richiesta di interventi di più alto profilo.



- La terapia metadonica risulta efficace in termini di ridurre i danni , i rischi e l'uso delle sostanze illegali, anche se non integrata con altri interventi trattamentali.

Il trattamento metadonico non è scevro da **rischi ed effetti** indesiderati, che possono essere riassunti principalmente in:

- **tossicità** del metadone con rischio di overdose, che potrà essere limitata attraverso: una attenta valutazione della tolleranza del soggetto (periodi di astensione da sostanze per es, durante le carcerazioni o comunità);
- limitate prescrizioni e somministrazioni di altri farmaci ad azione sedativa "non essenziali"; la corretta pratica di induzione di terapia (iniziare con dosaggi moderati).



Se il **metadone** e' il trattamento di **prima scelta**, l'uso sempre più diffuso della buprenorfina, suggerisce la sua efficacia come trattamento di "**seconda linea**" che può offrire rilevanti benefici in determinate circostanze, ma ancora ad oggi meno idonea a trattamenti rispondenti ai criteri della RdD.

All'attuale abbiamo la presenza di un esiguo numero di esperienze (principalmente francesi) di servizi di erogazione di terapia buprenorfinica, basati sui principi della RdD.



•Bibliografia

- Ingeborg R., Mortality Amongst. Illicit drug users. Epidemiology, Causes and Intervention, Addiction 102, 7 , 1168-1168, 2007
- Cameron S. Crandall M., et al. The influence of site of collection on postmortem morphine concentrations in heroin overdose victims, Journal of Forensic Sciences, Vol.51 Issue 2, 413-420, 2006
- Clausen T., Gossop M., et al. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. Addiction vol 104, 8. 1356-1362, 6 May 2009

- Gossop M, Stewart D, Addiction 2002
- Coffin PO, Galea S, Addiction 2003
- Wright N, Oldham N, Drug Alcohol Rev, 2005
- Gibson A, O'Brien, Addiction 2008
- Brugal M, Domingo Salvany A, Addiction 2005
- Darke S, Hall W, J Urban Health 2003
- Strang J, Griffiths P, Addiction 1999
- Hickman M, Carnwath Z, J Urban Health 2003
- O'Connor, Fiellin New Engl J Med 2002
- Aron J, Hall DVM JAMA 2008
- Hall AJ, Logan JE, Jama 2008
- Chugh SS, Socoteanu C, Am J Med 2008
- Dasgupta N, Am J Lifestyle Med 2010

Linguaggio nel contatto e nelle attività di tutela della salute e RdD

Gli operatori dovrebbero presentare un linguaggio semplice e ben capibile da tutti anche utilizzando lingue diverse o gerghi, anche nell'attività più tecnica di educazione ed informazione rispetto all'uso delle sostanze stupefacenti, ai loro effetti a livello psichico e comportamentale, per un uso più sicuro.

Il **Colloquio Motivazionale** dovrebbe essere uno strumento nell'approccio con l'utente e ci insegna che :

- L'espressione empatica (il mostrare di capire, sentire ed essere vicini all'esperienza dell'altro) accompagna l'ascolto e la riflessione dell'altro ed anche, al cambiamento.



Procedura Villetta Svizzera- Struttura a Bassa Soglia

- **PREVENZIONE -Ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti**

Gli operatori, riconoscendo il rischio di overdose, in persone non più tolleranti agli oppiacei, che hanno terminato o abbandonato un percorso comunitario, o una pena carceraria ed in generale un periodo di detossificazione, prestano particolare attenzione a far sì che la persona non consumi in luoghi isolati e danno l'indicazione a non usare sostanze in solitudine. L'operatore tiene monitorata la persona e telefona, quando possibile insieme alla persona stessa, all'operatore del Ser.t di provenienza, o ad altri servizi quali comunità, famiglia, dormitori, etc per avvisare della situazione.

Qualora il paziente esprima un'idea o un progetto di eventuale rientro in comunità o in famiglia, nell'ottica di favorire il rientro nel percorso terapeutico-sanitario e/o la riduzione del danno sociale, lo si accompagna all'operatore di riferimento del SerT se è del Distretto di RE, se no si chiede un accompagnamento da parte dell'operatore di riferimento dell'altro Servizio.

- **Pazienti che presentano disturbi psichiatrici**

Gli operatori si mettono in comunicazione con i CSM di appartenenza, sempre in accordo con il paziente, per avvisare i responsabili del caso ed eventualmente fare da ponte per un piano di intervento comune tra CSM e Ser.t .

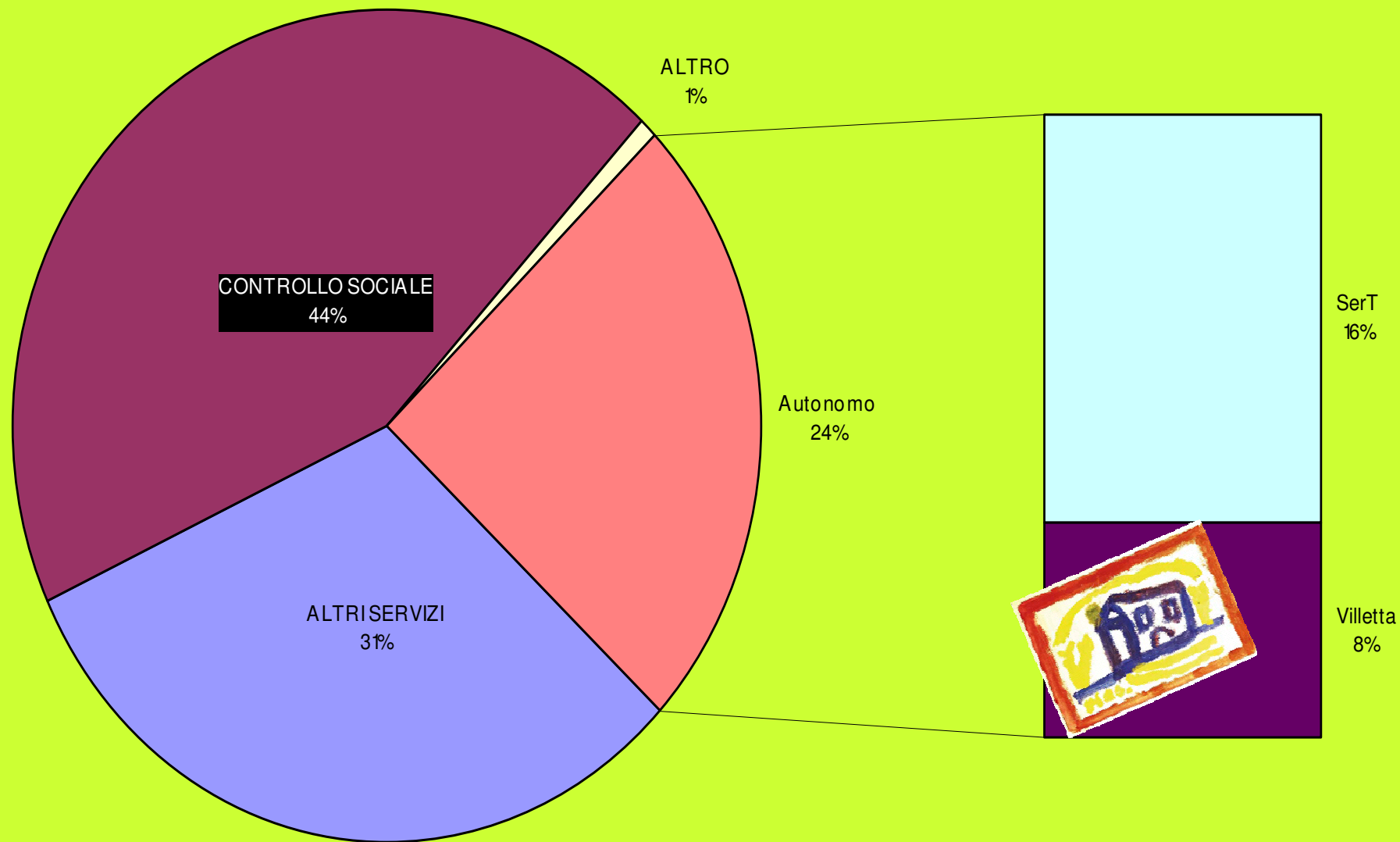


Conclusioni

- La gestione dei rischi (overdose, morte , conflittualità , aggressività) è un elemento di forte attenzione; un'intensa attività " clinica," supportata dalla formazione e supervisione degli operatori è indispensabile per affrontare tali problematiche.
- La gestione clinica dei rischi in generale riteniamo debba essere integrata a anche da una forte collaborazioni con il sistema di " vigilanza interna" e le forze dell' ordine.

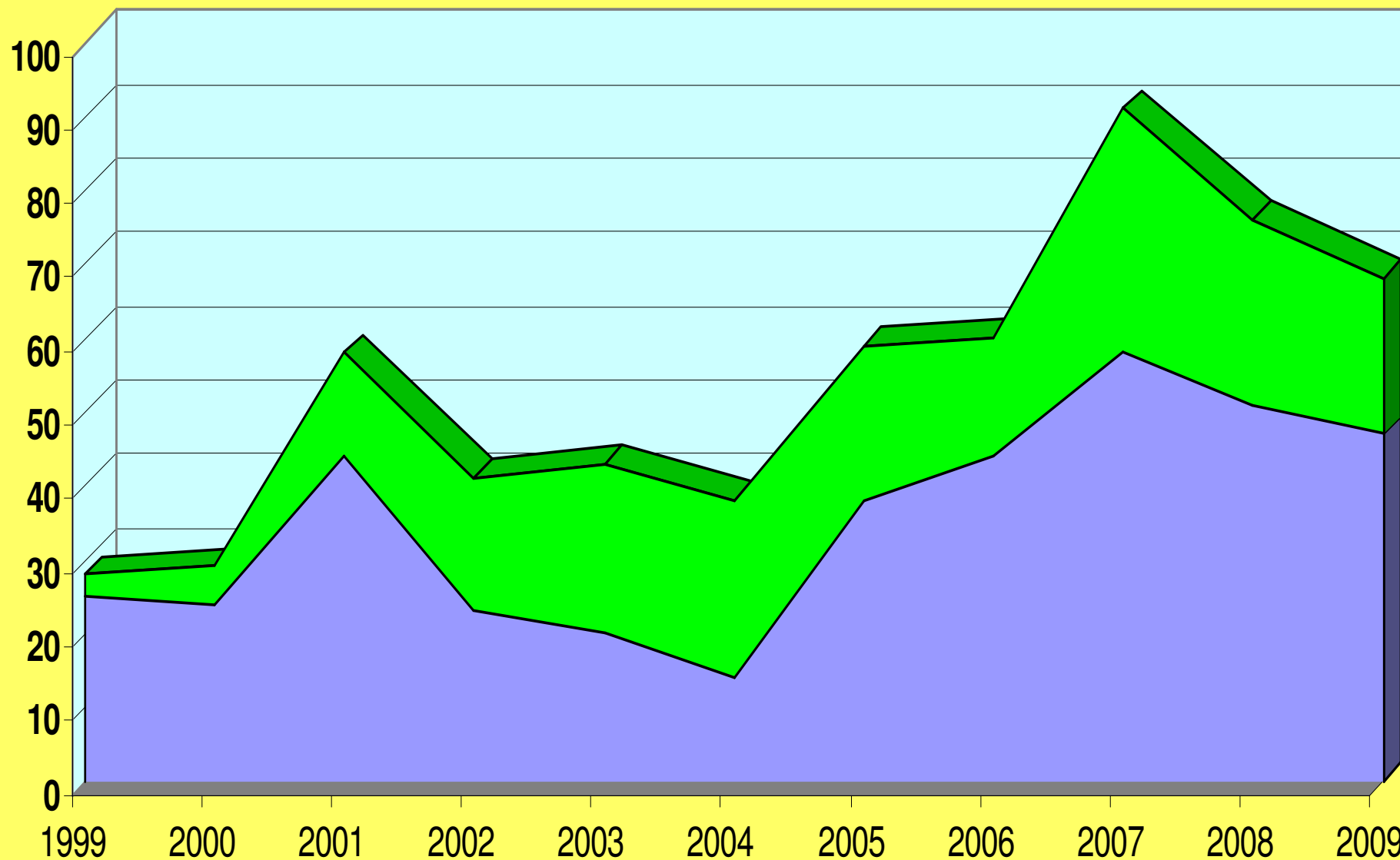


Valutazione: bassa soglia per accesso al sistema dei servizi



Valutazione: bassa soglia per accesso

Nuovi accessi TD al SerT



Valutazione: DECESSI per OVERDOSE

Provincia di Reggio Emilia

Anno	N° decessi
1999	13
2000	11
2001	4
2002	4
2003	4
2004	8
2005	1
2006	1
2007	1
2008	2

10 persone sconosciute ai servizi per le dipendenze

23 persone erano conosciute/trattate da SerT della periferia

4 persone erano ospiti di strutture di recupero/assistenza

11 persone erano conosciute/trattate dal SerT di Reggio Emilia

1 persona era conosciuta unicamente dalla struttura Villetta

Svizzera

Valutazione: DECESSI per OVERDOSE

Distretto di Reggio Emilia

Anno	N° decessi	
1999	6	Nessuno in contatto con Villetta
2000	3	
2001	3	2 con contatto ESTEMPORANEO con Villetta
2002	1	Nessuno in contatto con Villetta
2003	0	
2004	2	1 (irregolare) con contatto APPENA ATTIVATO con Villetta
2005	0	
2006	0	
2007	1	Nessuno in contatto con Villetta
2008	0	

- Grazie dell'Attenzione