

## L'INTERVISTA

## TOSSICODIPENDENZA ED EPATITI VIRALI

**LA GESTIONE DEL TOSSICODIPENDENTE CON EPATOPATIA: INTEGRAZIONE SERT - SERVIZIO DI INFETTIVOLOGIA/EPATOLOGIA: A COLLOQUIO CON CLAUDIO LEONARDI, Direttore U.O.C. Prevenzione E Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo ASL RMC – Ser.T./D11**

**Quale è l'impatto delle patologie infettive sui tossicodipendenti?**

Dalle ultime stime epidemiologiche di prevalenza è desumibile, sia a livello nazionale che internazionale, che i casi di sieropositività per l'HIV-1 hanno raggiunto un valore intorno al 60% nella popolazione tossicodipendente. Per l'epatite B questa stima oscilla tra il 20% ed il 90%, mentre per l'epatite C raggiunge anche il 95% dei casi. Non si hanno ancora dei dati probanti per quanto riguarda la tubercolosi e le altre malattie a trasmissione sessuale, ma con ragionevole approssimazione, si può tranquillamente affermare che anche queste sono in ascesa percentuale.

**Perché il tossicodipendente è considerato un paziente "complesso"?**

L'uso di qualsiasi sostanza stupefacente determina una serie di modificazioni della struttura architettonica del cervello, rappresentata principalmente da una alterazione nel numero e nella distribuzione spaziale delle connessioni sinaptiche interneuroni. Tali modificazioni determinate da una azione diretta delle sostanze sulle funzioni nucleari delle cellule nervose, sono responsabili della comparsa di mutevoli quadri psicopatologici, di una progressiva degenerazione delle capacità cognitive e decisionali e di una alterazione della maturazione cerebrale negli adolescenti. La variabilità clinica di queste alterazioni sono dovute al fatto che si possono manifestare "ex novo", quale diretta conseguenza dell'uso di sostanze psicoattive, o complicare condizioni psichiche già precedentemente compromesse. Accanto a questa condizione che definiamo comunemente "comorbilità psichiatrica" o "doppia diagnosi", si possono associare altre manifestazioni patologiche rappresentate dalle infezioni virali di cui parlavo precedentemente. Da ciò si evince come un quadro tossicologico di un paziente tossicodipendente possa essere reso maggiormente "complesso" dalla comparsa di una condizione di doppia diagnosi, o di una malattia infettiva e, ancor peggio, di entrambi i quadri morbosi.

**Tale complessità del paziente tossicodipendente è supportata da presidi farmacologici efficaci?**

Assolutamente. Accanto allo storico metadone che rappresenta il farmaco maggiormente utilizzato nel trattamento di disassuefazione dal consumo di eroina, si è aggiunta circa otto anni fa la buprenorfina che garantisce un'efficacia terapeutica simile al metadone ma con un profilo di sicurezza maggiore rispetto a quest'ultimo ed un'efficacia di grado superiore rispetto alle problematiche relative al policonsumo e, ultimamente, l'associazione buprenorfina-naloxone che presenta gli stessi profili terapeutici degli altri due farmaci agonisti già in uso,

associando una specifica ed ulteriore peculiarità di protezione che si manifesta in caso di misuse e/o diversione del farmaco nell'ambito del "mercato nero" delle sostanze stupefacenti. Per le altre patologie correlate esistono una serie di psicofarmaci in grado di contenere i variegati quadri sindromici propri delle psicopatologie che caratterizzano i predetti status di "doppia diagnosi", mentre è ormai definitivamente evidente l'efficacia della associazione del peg-interferone con la ribavirina nel trattamento dell'epatite C.

### **Ma da chi dipende la gestione di un paziente così complesso?**

Diverse sono le figure professionali che intervengono nella gestione di una tipologia di paziente così complessa. Innanzitutto l'equipe multidisciplinare, laddove esiste, del Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.). Questa équipe dovrebbe essere costituita da un medico, da un infermiere, da uno psicologo, da un assistente sociale, da uno psichiatra e da un educatore professionale. Dalla valutazione di questo gruppo di professionisti scaturisce un inquadramento esaustivo del paziente in osservazione e con esso un programma terapeutico che prevede non solo la cura della condizione tossicomane ma anche delle patologie correlate. Laddove non è presente la figura dello psichiatra nel Ser.T., sarebbe opportuno avvalersi degli specialisti di riferimento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della propria azienda sanitaria, mentre nel caso di diagnosi di patologia infettiva correlata allo stato di dipendenza da sostanze, è fondamentale il supporto degli infettivologi e/o epatologi della propria azienda o di altri presidi extra aziendali.

### **Nello specifico quali sono le maggiori difficoltà che s'incontrano nel trattare un tossicodipendente HCV positivo?**

Al primo posto c'è l'aderenza all'iter diagnostico ed al protocollo terapeutico. Il tossicodipendente "tipo" è un soggetto del "tutto e subito", scarsamente incline al rispetto di appuntamenti, scadenze temporali preordinate, progetti anche a medio termine e quant'altro opportuno per il suo corretto inquadramento diagnostico e terapeutico. Questo non significa che è impossibile trattare questi pazienti. È possibile creare dei livelli temporali di intervento dove in prima istanza si procede alla stabilizzazione tossicologica del soggetto. In questa fase è necessario garantire al paziente che la sospensione/riduzione dell'uso di sostanze stupefacenti non determini la comparsa di una sindrome di astinenza che indurrebbe lo stesso a riprendere un comportamento tossicomane attivo. Successivamente si raffina la diagnosi delle patologie correlate e quindi si procede al loro trattamento in combinazione con la terapia agonista già in atto. Si presume che mediamente tutto questo iter non dovrebbe iniziare prima di una fase di stabilizzazione tossicologica di circa trenta giorni e si concluda nell'ambito di circa sessanta giorni dalla accoglienza del paziente. C'è da sottolineare, comunque, che studi comparativi effettuati in gruppi di pazienti affetti da asma, diabete o ipertensione sull'aderenza alle procedure diagnostiche ed ai successivi protocolli terapeutici per le infezioni epatiche riscontrate, non appaiono tanto differenti dai dati sulla compliance che emergono dalla valutazione del comportamento dei tossicodipendenti. Un'altra difficoltà è rappresentata dalla eventuale comparsa di effetti collaterali di natura neuropsichica in corso di terapia antiretrovirale. La depressione, l'ansia, l'irritabilità generalizzata e talora dei veri e propri disturbi della personalità possono comparire nelle prime fasi di una terapia con peg-interferone. A volte sono una esacerbazione di sintomi preesistenti, magari non ben diagnosticati, ovvero indotti direttamente dal trattamento in corso. Da qui la necessità di un corretto inquadramento psichico del paziente dove spesso lo psichiatra del Ser.T. condivide le varie fasi con il collega del centro infettivologico o epatologico esterni.

## **Quali sono gli elementi a favore di una valutazione integrata del tossicodipendente affetto da un'infezione da virus epatitici?**

Innanzitutto il fattore "competenza" specialistica. È impensabile che un medico del Ser.T., o uno psichiatra del DSM, o un infettivologo/epatologo possano essere in condizione da soli di esprimere esaurientemente un protocollo diagnostico prima e terapeutico poi in grado di poter soddisfare adeguatamente le esigenze di un paziente così complesso. Della serie "ad ognuno il suo!" con l'obiettivo di offrire al paziente le migliori prestazioni singole orientate, però, al raggiungimento di un risultato univoco e condiviso rappresentato dalla salute globale del paziente in osservazione. Basti pensare alle diverse classi di farmaci enunciate precedentemente per comprendere quanto sia fondamentale coordinare l'azione terapeutica affinché gli interventi non rimangano isolati, spesso interferenti tra loro, ma confluiscono in una condotta sinergica ed efficace.

## **Come e dove si affrontano tutte queste problematiche inerenti l'inquadramento e la terapia delle patologie infettive nel tossicodipendente?**

Si affrontano incentivando le relazioni di reciproca fiducia tra terapeuta e paziente; incrementando il counseling motivazionale dello stesso, stimolando le sue percezioni relativamente al rischio di potersi reinfeettare e/o peggiorare il suo quadro virologico già compromesso e mantenendo un costante monitoraggio del paziente nelle sue diverse fasi diagnostiche e terapeutiche. Tutto questo è più facilmente attivabile se il lavoro dell'equipe multidisciplinare del Ser.T. si integra con quello di un infettivologo/epatologo, possibilmente operante anch'esso all'interno del Ser.T. a cui fa riferimento quotidianamente il tossicodipendente HCV positivo. Dall'integrazione di tutte queste figure professionali scaturiscono i migliori presupposti diagnostici e terapeutici offribili al paziente con conseguente miglioramento globale della sua qualità di vita. Infine, in termini di costo-efficacia, è indubbio che questa integrazione già nel breve termine determina un cospicuo risparmio economico considerando che diversi studi di farmacoeconomia hanno già dimostrato come, una azione sinergica di questo tipo, determina una riduzione sensibile dei ricoveri ospedalieri, in ambiente specialistico, provocabili da un peggioramento delle condizioni cliniche dei soggetti HCV positivi non trattati o trattati non correttamente.

## **È tutto così facilmente risolvibile attraverso questo approccio integrato?**

No rimangono alcune questioni ancora aperte e rappresentate dalla variabilità stessa dei quadri clinici infettivologici che possono caratterizzare i nostri pazienti; dalla errata tendenza a trattare con antiretrovirali, in assenza di una approfondita diagnosi tossicologica ed infettivologica, i pazienti tossicodipendenti HCV positivi; dalla resistenza alla terapia antiretrovirale di alcuni soggetti "non responder"; e dalle difficoltà che si possono incontrare nel trattare alcune categorie di soggetti come i detenuti o le popolazioni migranti da altri paesi extraeuropei.