



Dipartimento di Epidemiologia ASL RME

CRONICITÀ: I RISULTATI DELLO STUDIO VEDETTE

Marina Davoli

V Congresso SITD, Bari 15-17 Maggio 2005

Drug dependence, a chronic medical illness (McLellan AL et al. 2000)

JAMA

◀ Vol. 284 No. 13,
October 4, 2000

▶ | *Special Communication*

PDF OF THIS ARTICLE

Drug Dependence, a Chronic Medical Illness

See Related:
[Authors' Articles](#)

Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation

[Return to
Table of Contents](#)

1 A. Thomas McLellan, PhD; David C. Lewis, MD; Charles P. O'Brien, MD, PhD; Herbert D. Kleber, MD

[ABSTRACT](#)

The effects of drug dependence on social systems has helped shape the generally held view that drug dependence is primarily a social problem, not a health problem. In turn, medical approaches to prevention and treatment are lacking. We examined evidence that drug (including alcohol) dependence is a chronic medical illness. A literature review compared the diagnoses, heritability, etiology (genetic and environmental factors), pathophysiology, and response to treatments (adherence and relapse) of drug dependence vs type 2 diabetes mellitus, hypertension, and asthma. Genetic heritability, personal choice, and environmental factors are comparably involved in the etiology and course of all of these disorders. Drug dependence produces significant and lasting changes in brain chemistry and function. Effective medications are available for treating nicotine, alcohol, and opiate dependence but not stimulant or marijuana dependence. Medication adherence and relapse rates are similar across these illnesses. Drug dependence generally has been treated as if it were an acute illness. Review results suggest that long-term care strategies of medication management and continued monitoring produce lasting benefits. Drug dependence should be insured, treated, and evaluated like other chronic illnesses.

[INTRODUCTION](#)

[DIAGNOSIS,
HERITABILITY,
ETIOLOGY, AND
PATHO-
PHYSIOLOGY](#)

[TREATMENT
RESPONSE](#)

[COMMENT](#)

[IMPLICATIONS](#)

[AUTHOR/ARTICLE
INFORMATION](#)

JAMA. 2000;284:1689-1695



Stiamo valutando i trattamenti
per la tossicodipendenza in
maniera corretta?



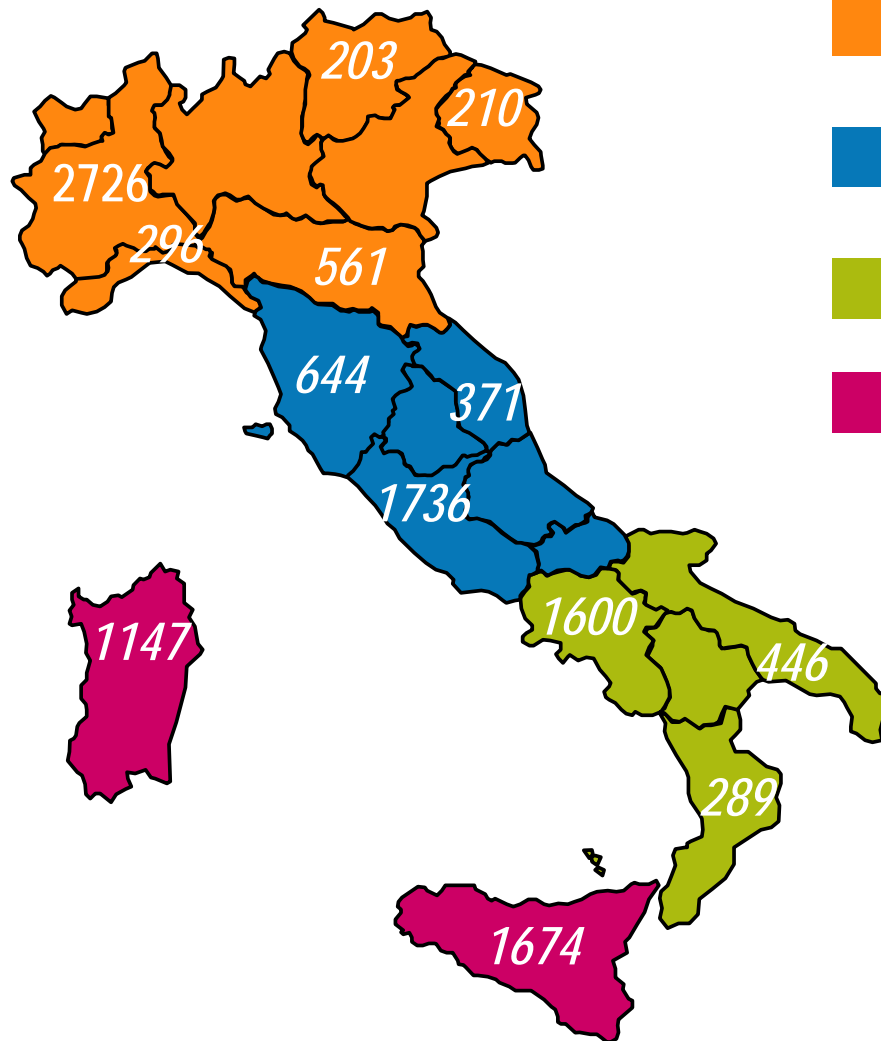
- Dati sperimentali da revisioni Cochrane e studi randomizzati controllati
- Dati osservazionali sull'efficacia dei trattamenti: studio VEdeTTE







Risultati al follow-up: RCT per la disintossicazione da oppiacei (n= 9/46)

Follow-up	ricaduti/totale	% ricaduti
10 giorni-3 mesi		
<i>Washton 1980</i>	16/26	62 %
<i>Tennant 1985*</i>	36/64	56 %
<i>Lal 1976</i>	6/20	30 %
<i>Kleber 1985*</i>	25/34	74 %
<i>Sorensen 1982*</i>	47/49	96 %
6 mesi		
<i>Green 1988</i>	19/30	63 %
<i>Rawson 1983</i>	38/50	76 %
<i>Bickel 1997</i>	33/39	85 %
<i>Yandoli 2002</i>	74/119	62 %

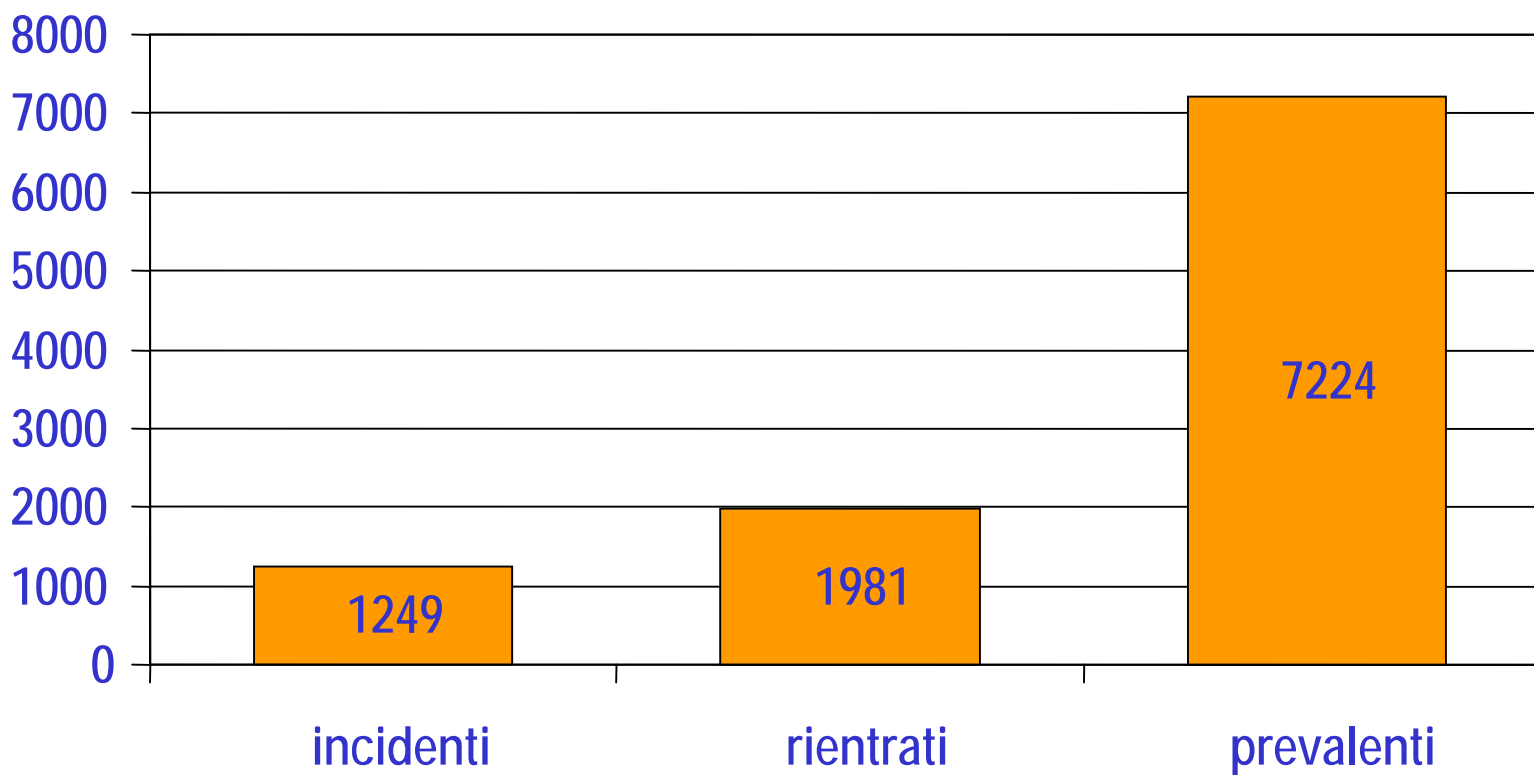
Popolazione arruolata (Ottobre 1998 – Marzo 2001)



	<i>Nord:</i>	3996 (33.6)
	<i>Centro:</i>	2751 (23.1)
	<i>Sud :</i>	2335 (19.6)
	<i>Isole:</i>	2821 (23.7)

SerT: *n= 115*
Arruolati: *n= 11903*

Tipologia degli utenti arruolati



Episodi di trattamento (10.363 persone)

Trattamenti	N	%
Comunità Res.	1830	4.5
Comunità Semires.	322	0.8
M. Mantenimento	11380	28.3
M. Scalare	10854	26.4
Naltrexone	973	2.4
Centro Crisi	471	1.2
Dis. Sint./ Antag.	601	1.5
Psicoterapia	1727	4.3
Sostegno	6198	15.4
Counseling	3857	9.6
Borsa/Orien. Lav.	826	2.1
Sint. Non Sostit.	1247	3.1
Totale Trt (N)	40286	*3.9

Sequenze di cicli: MMT

MMT
N=4412

concluso
(33.2%)

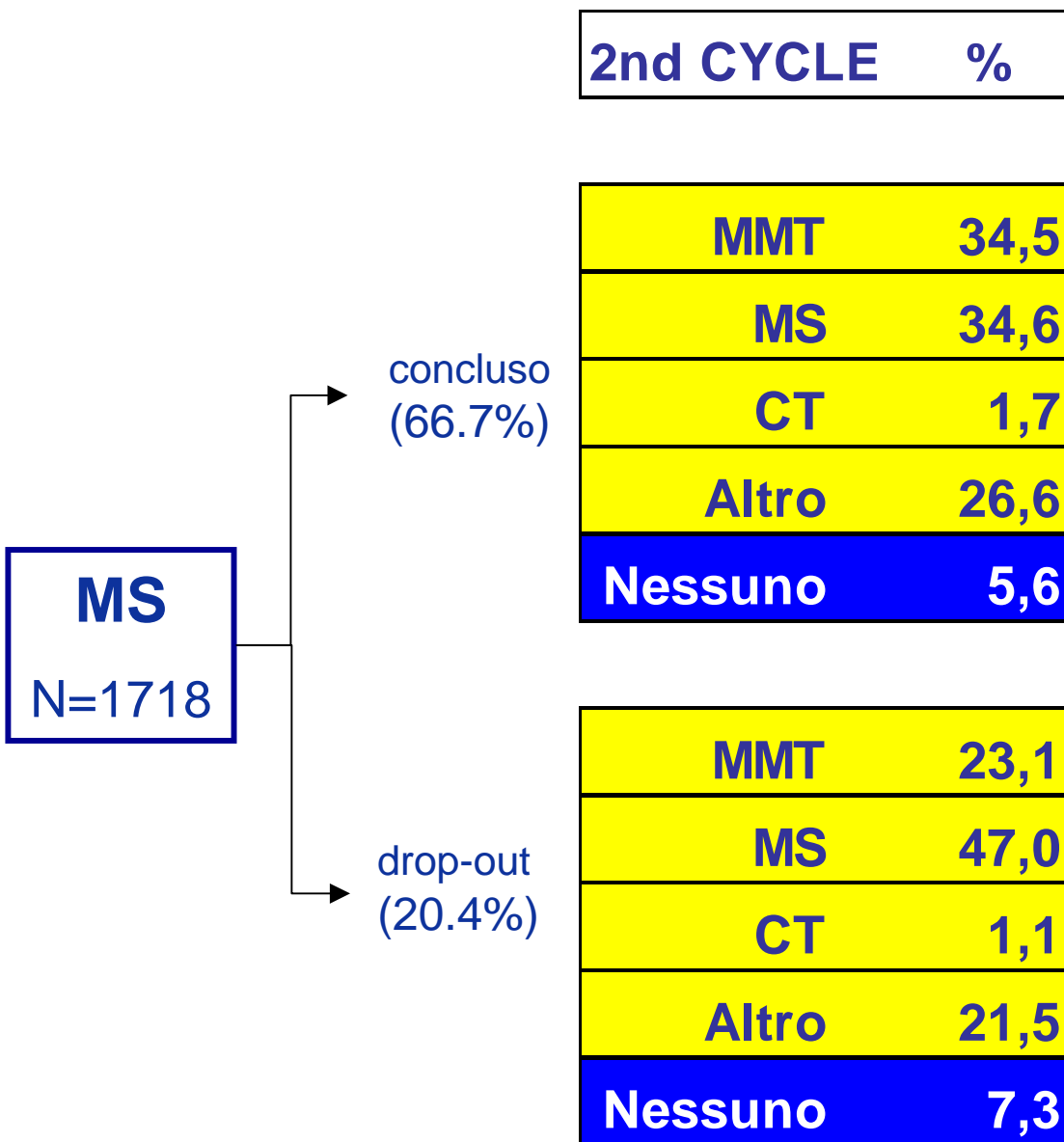
drop-out
(20.4%)

2nd CYCLE %

MMT	6,3
MS	74,7
CT	1,7
Altro	12,2
Nessuno	5,1

MMT	40,6
MS	12,9
CT	0,9
Altro	25,8
Nessuno	19,8

Sequenze di cicli: Metadone Scalare



Sequenze di cicli: Psicoterapia

PS
N=669

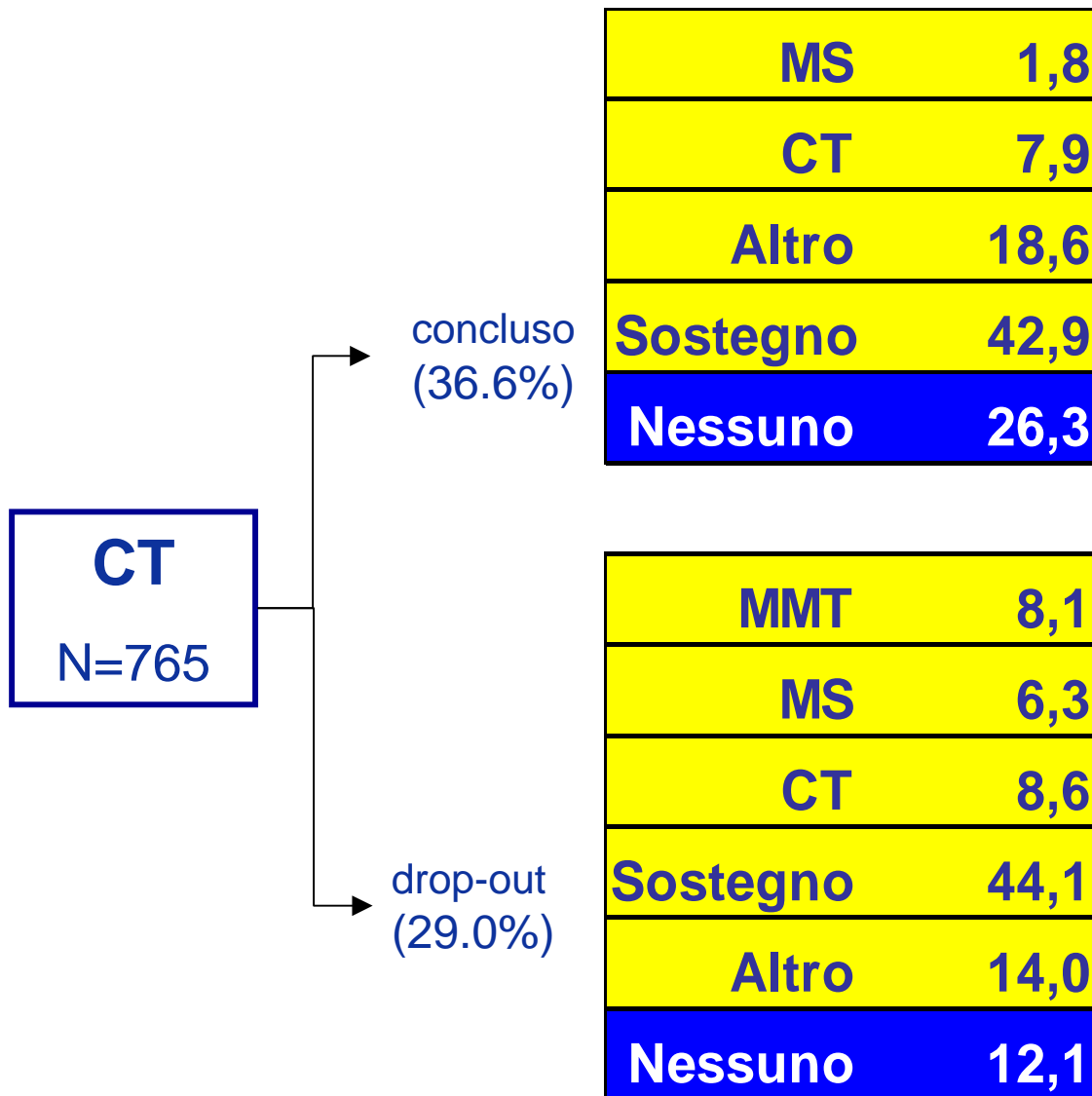
concluso
(38.1%)

MMT	22,8
MS	8,6
CT	14,1
Altro	14,5
Sostegno	22,8
Nessuno	17,2

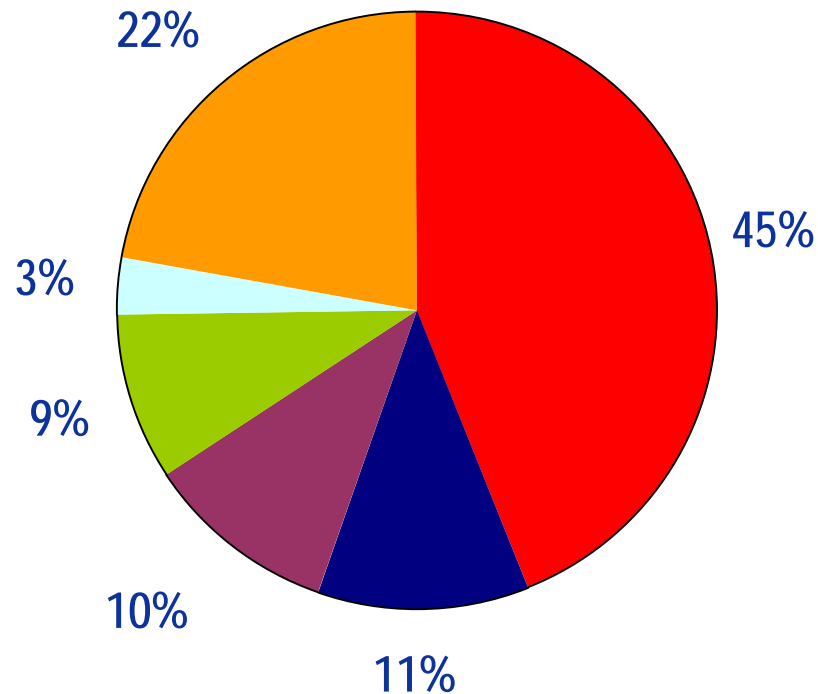
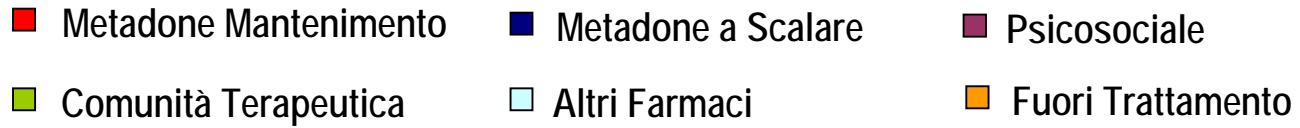
drop-out
(30.2%)

MMT	26,7
MS	12,9
CT	4,5
Sostegno	13,4
Altro	18,7
Nessuno	23,8

Sequenze di cicli: Comunita' Terapeutica



Distribuzione del tempo persona in trattamento. Studio VEdeTTE



Mortalità per overdose e trattamento

	n	tasso/1000 a-p	RR	IC95%
Decessi in trattamento	10	0,98	1,0	
Decessi fuori trattamento	31	10,64	10,9	5,3 - 22,1
entro 15 gg	8	25,17	25,7	10,2 - 64,7
da 15 a 1 mese	5	20,53	21,0	7,2 - 60,9
da 1 mese a 50 giorni	3	11,17	11,4	3,2 - 41,2
più di 50 giorni	15	7,20	7,3	3,3 - 16,3

Mortalità per overdose e trattamento

	Decessi	Anni-persona	RR*	IC 95%
Fuori trattamento	31	2913,7	1	--
Metadone				
Mantenimento	7	5751,3	0,10	0,04 - 0,24
Terapie orientate all'astinenza	3	3267,7	0,10	0,03 - 0,32
Comunità Terapeutica	0	1188,9	0,00	NA
Sesso				
Maschio	80	11605,9	1	--
Femmina	20	1932,4	2,03	0,98- 4,18
Età				
per 5 anni di età			1,36	1,07 - 1,73
Diagnosi di comorbidità psichiatrica				
No	50	8971,8	1	--
Sì	30	1860,8	2,76	1,35 - 5,62
HIV				
No	33	7950,5	1	--
Sì	42	1156,1	2,88	1,32- 6,24
Precedente overdose				
No	44	7781,8	1	--
Sì	56	5602,6	2,09	1,10 - 3,97

*Modello di Cox esteso con variabili tempo-dipendenti

Mortalità per overdose e uscita da ciascun trattamento

	Decessi	anni-persona	tasso/1000	RR	IC95%
Metadone Mantenimento-	9	997,7	9,02	1,00	
Terapie orientate all'astinenza	17	1676,7	10,14	1,12	0,50 - 2,51
Comunità terapeutica	5	231,7	21,58	2,39	0,81 - 7,07

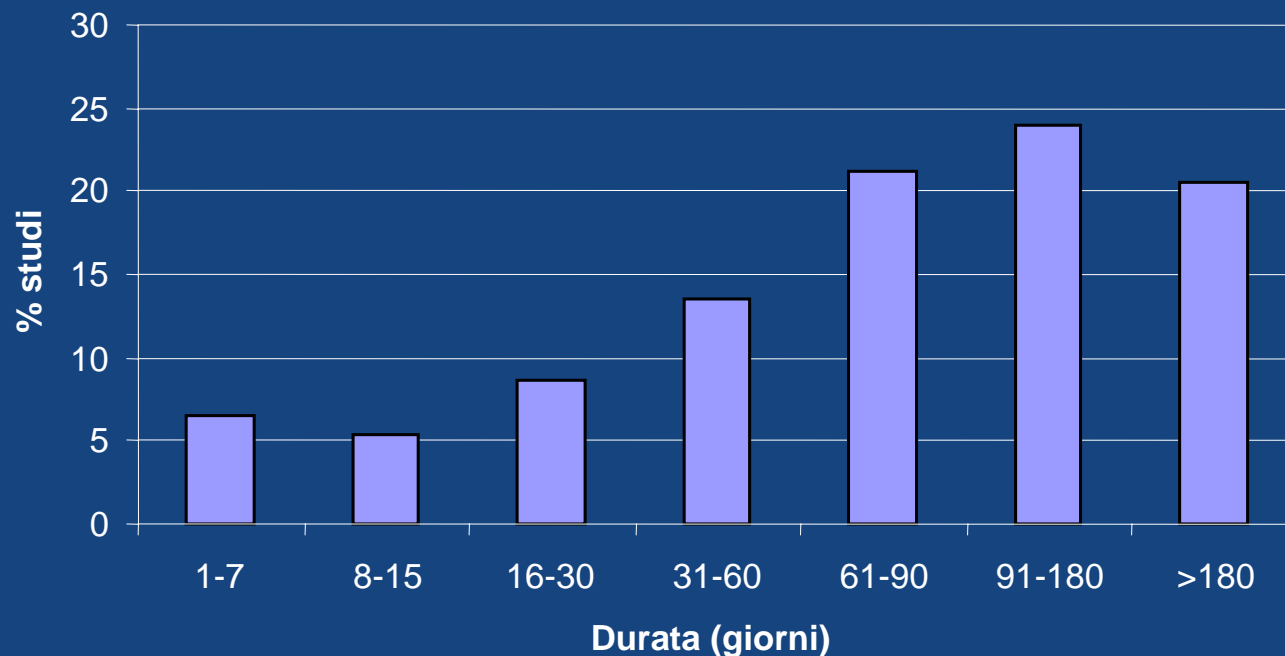
Fattori predittivi dell'interruzione del trattamento

	Utenti incidenti (n= 1216)		Utenti reingressi (n= 4241)	
	RR	95% CI	RR	95% CI
Terapia				
Mantenimento con metadone >= 60 mg al giorno	1	--	1	--
Mantenimento con metadone 20-59 mg al giorno	1,43	0,95-2,17	1,41	1,14-1,75
Mantenimento con metadone <20 mg al giorno	3,22	1,94-5,34	2,33	1,76-3,09
Comunità terapeutica residenziale	0,88	0,51-1,51	1,85	1,47-2,34
Terapie orientate all'astinenza	3,68	2,46-5,50	3,27	2,65-4,03
Trattamenti psico-sociali associati				
sì	1	--	1	--
no	1,93	1,64-2,26	1,81	1,67-1,97
Psicoterapia associata				
sì	1	--	1	--
no	2,03	1,57-2,63	2,01	1,72-2,34

Fattori predittivi dell'interruzione del trattamento

	Utenti incidenti (n= 1216)		Utenti reingressi (n= 4241)	
	RR	95% CI	RR	95% CI
Sesso				
donna	1	--	1	--
uomo	1,12	0,9-1,39	0,98	0,87-1,1
Età				
30-66 anni	1	--	1	--
25-29 anni	1,02	0,84-1,24	1,13	1,03-1,24
18-24 anni	1,15	0,95-1,38	1,36	1,22-1,53
Sistemazione abitativa				
Con la propria famiglia	1	--	1	--
Da solo, con amici, nessuna sistemazione stabile	1,37	1,09-1,73	1,18	1,05-1,33
Diagnosi di comorbidità psichiatrica				
no	1	--	1	--
sì	1,50	1,17-1,94	1,11	0,99-1,25
Uso di cocaina				
no	1	--	1	--
sì	1,22	1,03-1,45	0,96	0,89- ,05

Durata dei trattamenti di mantenimento per dipendenza da oppiacei (292 RCT dal Registro specialistico Cochrane)



Mediana=84

Conclusioni (1)

- Gli studi sperimentali per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti della dipendenza da oppiacei sono di breve durata
- Usando una prospettiva di valutazione a breve termine si rischia di sottovalutare in maniera significativa l'efficacia del trattamento della dipendenza e
- ...ben più grave, di offrire un trattamento non appropriato



Conclusioni (2)

- I risultati dello studio VEdeTTE confermano l'effetto protettivo della ritenzione in trattamento rispetto alla mortalità per overdose
- I periodi fuori trattamento, in particolare il primo mese, sono ad altissimo rischio di mortalità per overdose
- Una successione di episodi di trattamento breve non è equivalente ad una strategia di cura continua
- Non è il trattamento che “cronicizza” la persona tossicodipendente ma è il trattamento che deve adattarsi alla natura cronica della tossicodipendenza da eroina

