

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Procedura per la strutturazione di un trattamento farmacologico nella dipendenza da oppiacei con obiettivi ed indicatori di risultato

Analisi della letteratura

Le revisioni Cochrane della letteratura (n. 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 15), finalizzate a fornire informazioni circa le prove di efficacia dei trattamenti, effettuate secondo i criteri cardine dell'eshaustività della ricerca ed il rispetto della metodologia scientifica, hanno documentato che i trattamenti con metadone o buprenorfina, nella dipendenza da oppiacei, si sono dimostrati efficaci per i seguenti obiettivi:

- ritenzione in trattamento;
- riduzione dell'utilizzo di sostanze d'abuso;
- riduzione dei comportamenti a rischio sanitario;
- riduzione dell'overdose;
- riduzione delle patologie infettive correlate;
- riduzione della prostituzione e dei partner sessuali.

La durata della terapia è definita in itinere ed è rapportata alla tipologia del paziente, alla sua fase motivazionale ed al tipo di programma terapeutico concordato.

Le terapie a medio e lungo termine, rispettivamente: superiore a 30 gg ed inferiore a sei mesi la prima e superiore a sei mesi la seconda, hanno una percentuale di successo maggiore rispetto alle terapie brevi di durata massima di un mese.

Si ritiene etico accettare una domanda di trattamento breve solo se inserita in un programma di aggancio del paziente con l'obiettivo dell'intake e della promozione di una motivazione al cambiamento.

Il counseling medico

Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse hanno scoperto, piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri. (Blaise Pascal)

Il counseling può essere identificato come una relazione di aiuto in cui una buona capacità di ascolto, l'intervento empatico ed altri interventi comunicativi strategici, concorrono non tanto a creare cambiamenti, quanto a renderli possibili, rispettando le richieste del paziente e stimolando le sue risorse interne.

Se esistono delle linee guida riguardanti la strutturazione del counseling, non esistono regole fisse e procedure standard da applicare in maniera sistematica a tutte le situazioni.

Le abilità richieste ai professionisti del Ser.T., sono quelle che aiutano le persone a tradurre in parole i loro problemi, ad esprimere le emozioni per diminuirne l'intensità e a strutturare un rapporto di fiducia e di collaborazione.

Attraverso questa modalità di comunicazione possono essere veicolate al paziente le seguenti informazioni di tipo tecnico-scientifico di competenza medica:

- gli effetti somatici e psichici delle sostanze d'abuso;
- l'interazione tra le sostanze d'abuso (se assunte contemporaneamente) e/o con eventuali altre terapie farmacologiche;

- i rischi connessi con la via di somministrazione;
- il rischio di overdose;
- i comportamenti atti a prevenire le patologie correlate;
- le terapie farmacologiche più accreditate (tipologia e dosaggi) per la specifica patologia da dipendenza.

Strutturazione di un trattamento farmacologico

Ogni trattamento farmacologico viene iniziato previa:

- una visita medica;
- l'accertamento dello stato di tossicodipendenza da oppiacei;
- l'esclusione di eventuali controindicazioni assolute all'uso di questi farmaci e attenta valutazione di quelle relative a particolari precauzioni d'uso;
- la sottoscrizione del libero consenso informato alla terapia da parte del paziente.

Eventuali emergenze mediche tipo l'overdose e/o la crisi di astinenza non hanno tempi di attesa.

Il completamento della valutazione medica, finalizzata ad escludere o confermare eventuali patologie associate, può essere effettuato anche a trattamento iniziato, attraverso gli esami laboratoristici e strumentali ritenuti utili dalla letteratura scientifica di settore.

Il dosaggio del farmaco scelto deve essere attentamente valutato in relazione:

- alla risposta clinica e farmacocinetica individuale;
- ai dati relativi all'efficacia terapeutica del farmaco riportata dalla letteratura scientifica di settore;
- agli obiettivi della terapia;
- alla volontà del paziente espressa dopo adeguato counseling sugli aspetti medico-farmacologici.

Il monitoraggio clinico della terapia, effettuato con visite mediche di controllo, rispetterà le cadenze previste dal piano terapeutico.

Il follow-up tossicologico (su campione urinario e/o su matrice cheratinica a giudizio del medico curante) rispetterà le cadenze previste dal piano terapeutico integrate, se ritenute utili dal medico, da controlli "a sorpresa".

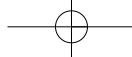
I controlli clinici generali per il monitoraggio delle eventuali patologie internistiche e/o psichiatriche associate verranno programmati a seconda delle esigenze cliniche.

La somministrazione della terapia, in osservanza alla vigente normativa, prevede le seguenti modalità valutate caso per caso, dal medico responsabile del trattamento, e modificabili in itinere:

- somministrazione controllata presso il Servizio;
- affidamento personale del farmaco.

Le coorti

Per definizione i pazienti eleggibili ad un trattamento con metadone o buprenorfina (singola o associata a naloxone) debbono avere una diagnosi di abuso o dipendenza da oppiacei.



Questi pazienti, in base all'obiettivo del progetto terapeutico individuato dall'equipe terapeutica e condiviso con il paziente sono ulteriormente suddivisi in coorti:

- pazienti in fase di accoglienza/aggancio;
- pazienti con l'obiettivo della stabilizzazione del sintomo;
- pazienti con l'obiettivo dell'induzione del cambiamento;
- pazienti con l'obiettivo della gestione del cambiamento.

Le valutazioni di processo ed esito

La valutazione di processo è documentata dal rispetto delle modalità di strutturazione dei trattamenti previsti in questa procedura.

Viene monitorata continuamente in itinere dal singolo medico responsabile del trattamento.

La valutazione d'esito relativa agli specifici indicatori individuati per tipo di trattamento, viene documentata dalla compilazione obbligatoria, ad interruzione e/o fine trattamento, del giudizio complessivo di successo, successo parziale o insuccesso.

L'inserimento del giudizio complessivo sull'esito viene effettuato dal medico responsabile del trattamento.

La prescrizione di un trattamento farmacologico

La prescrizione deve essere intestata ad un singolo paziente e deve necessariamente contenere:

- il nome ed il cognome;
- il codice fiscale del paziente;
- nome e cognome e timbro del medico prescrittore*;
- la diagnosi della malattia;
- il farmaco prescritto (nome commerciale e principio attivo), il dosaggio quotidiano, le modalità ed i tempi di assunzione;
- la data di compilazione;
- la durata della terapia.

* Il timbro deve riportare nome cognome, indirizzo completo di telefono e codice fiscale del medico prescrittore.

Queste informazioni non sono necessarie se il piano terapeutico è redatto su carta intestata riportante tutti i dati utili alla rintracciabilità del medico prescrittore.

Trattamento con metadone o buprenorfina per i pazienti in: Accoglienza e/o aggancio

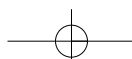
Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Obiettivo	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti inseriti nel pgt di aggancio	Sotto controllo infermieristico	Ritenzione in trattamento Peso 80	Aderenza almeno all'80% degli appuntamenti programmati	Aderenza fino al 50% degli appuntamenti programmati	Abbandono
	Con affidamento personale del farmaco	Verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia Peso 20	Strutturazione di un pgt volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia	Persistenza nel pgt di aggancio	

Trattamento con metadone o buprenorfina per i pazienti in: Stabilizzazione del sintomo

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Obiettivo	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti inseriti nei pgt di stabilizzazione del sintomo	Sotto controllo infermieristico al Ser.T. Con affidamento personale del farmaco	Contenere i sintomi Peso 60	Riduzione almeno del 50% dell'uso come documentato dai test diagnostici	Riduzione di meno del 50% dell'uso come documentato dai test diagnostici	Nessuna sostanziale modifica rispetto al quadro iniziale
		Migliorare la qualità della vita Peso 20	Raggiunti due o più elementi di miglioramento della qualità della vita	Raggiunto un solo elemento di miglioramento della qualità della vita	Nessun elemento raggiunto
		Ridurre i rischi sanitari Peso 20	Aderenza totale ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Aderenza parziale fino al 50% ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Nessuna aderenza al counseling

Trattamento con metadone o buprenorfina per i pazienti in: Induzione del cambiamento

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Obiettivo	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti inseriti nel pgt di induzione del cambiamento	Sotto controllo infermieristico al Ser.T.	Astinenza (in una diagnosi di dipendenza da sostanze) Peso 100	Assenza di uso durante il trattamento farmacologico (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)	Riduzione dell'uso, dal 70 al 99%, durante il trattamento farmacologico (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)	Riduzione dell'uso < del 70% durante il trattamento farmacologico (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)
	Con affidamento personale del farmaco				



Per quanto riguarda i trattamenti con metadone o buprenorfina, oltre alle disposizioni generali, il piano terapeutico deve:

- essere redatto in due copie originali di cui una deve essere consegnata al paziente e l'altra deve rimanere presso il Servizio;
- avere una durata non superiore a 90 giorni.

Nel corso della validità del piano terapeutico, il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del Servizio di cura.

La prescrizione del piano terapeutico è effettuata dal medico che ha in cura il paziente.

Bibliografia

- Langendam M.W., Van Brussel G.H.A., Coutinho R.A., Van Ameijden E.J.C. (2000), "Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam cohort study", *Addiction*, 95: 591-600.
- Schifano P., Bargagli A.M., Belleudi V., Amato L., Davoli M., Diecidue R., Versino E., Vigna-Taglianti F., Faggiano F., Perucci C.A. (2006), "Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement", *Eur Addict Res*, 12(3): 121-7.
- Bargagli A.M., Schifano P., Davoli M., Faggiano F., Perucci C.A., VEdeTTE Study Group (2005), "Determinants of methadone

treatment assignment among heroin addicts on first admission to public treatment centres in Italy", *Drug Alcohol Depend*, Aug 1, 79(2): 191-9. Epub 2005 Feb 25.

Goubert D., McKay J.R., Burke M., McLellan A.T., Randall M., Alterman A.I. (1996), "Treatment program progress: reliability and predictive validity of the treatment program progress rating scale", *Am. J. Addict.*, 5 (2), 174-180.

Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A. (1997), "Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes", *Drug and Alcohol Dependence*, 47: 227-235.

McLellan A.T., Woody G.E., Metzger D., McKay J., Durell J., Alterman A.I., O'Brien C.P. (1997), "Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons", in Egertson J., Fox D., Leshner A. (eds.), *Treating Drug Abusers Effectively*, Blackwell, Oxford.

DiClemente C.C. (2001), "Il processo di cambiamento (The change process)", *Ital Heart J* (suppl. 1): 48-52.

Gossop M., Marsden J., Stewart D., Treacy S. (2001), "Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study", *Drug and Alcohol Dependence*, 62: 255-264.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1984), *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Krieger, Malabar, F.L.

Lovaste R. (2005). "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze in una logica aziendale (The organizational analysis and planning of an public outcome Drug Addiction Service)", *Mission - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze*, 14.

In ricordo di Gianni Cordova

Ciao Gianni, faremo nostro il tuo messaggio d'amore "Interrogatevi sulle vostre responsabilità"

È mancato il 26 gennaio 2017 Gianni Cordova, sociologo, Presidente della L.A.A.D., Presidente di FeDerSerD Abruzzo Marche e Molise. Ha dedicato la sua vita al recupero dei tossicodipendenti e a contrastare una deriva culturale fatta di eccessi e di irresponsabilità individuale e collettiva.

È stato un pungolo costante, intelligente e rispettoso per gli amministratori regionali e comunali che si sono succeduti negli ultimi 30 anni.

Ha avuto numerosi riconoscimenti per il suo impegno in Italia e all'estero, in Europa e in Canada. Gianni Cordova è stato una grande persona,

un grande lottatore, un simbolo intelligente, colto, competente, saggio, sempre corretto nel suo impegno morale, civile e professionale.

Ricordiamo la sua garbata ironia.

Ha speso con coraggio e passione la sua vita e lascia a tutti coloro che l'hanno conosciuto l'impegno a coltivare questi valori e ad adoperarsi per il bene comune.

Il suo messaggio d'amore "Interrogatevi sulle vostre responsabilità!" non è indirizzato solo alle migliaia di tossicodipendenti che ha recuperato nella L.A.A.D. e che ora lo piangono, ma a tutti noi.

