

CIRCOLARE N. 87 DEL 20 NOVEMBRE 1984

Problemi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti. Trattamenti protratti con metadone

(G.U. n. 21 del 25/1/1985)

Scopo della presente circolare e delle precedenti è quello di fornire indirizzi e suggerimenti derivanti dalla consultazione di esperti e non certo finalizzati a ridurre le scelte programmatiche delle Regioni e Province Autonome, ma a smussare quelle differenze di protocolli terapeutici che possono provocare trasmigrazioni di tossicodipendenti e sollevare problemi di ordine medico-legale.

Nello stesso tempo si coglie l'occasione per richiamare l'attenzione sull'importanza di un controllo sanitario accurato e personalizzato dei tossicodipendenti, secondo quanto già indicato con drc. n. 86/1984 e segnalando l'esistenza, peraltro nota, di forme di alterazioni nel quadro immunitario e di frequenti presenze di anticorpi contro il retrovirus HTLV III specie fra i tossicodipendenti dei grandi centri. Tale ultima notazione, alla quale faranno seguito indicazioni preventive e curative derivanti dalla consultazione in atto del Consiglio Superiore di Sanità, si accompagna alla raccomandazione di disporre sin d'ora di collegamenti con i Centri e le cattedre di Immunologia che fanno capo all'indagine policentrica coordinata dal prof. Aiuti F. dell'Università di Roma, senza trascurare la ricerca finalizzata affidata in materia all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Policlinico S. Matteo in via di definizione amministrativa. Appare essenziale al riguardo evitare che la diffusione di informazioni allarmistiche fra i tossicodipendenti induca a una sorta di psicosi fatalistica per cui essendo incumbente ed inevitabile un rischio di affezione a letalità elevata, tanto valga proseguire nel tipo di abitudine acquisita.

L'atteggiamento degli operatori delle équipes dei servizi è al riguardo fondamentale: intanto è opportuno aggiornare medici e non medici intorno alle probabili vie di trasmissione, apparentemente simili a quelle della virus epatite B ed alla possibilità che le manifestazioni sierologiche e/o linfadenopatiche possano regredire, mentre il proseguimento di assunzione endovena di eroina e altre sostanze accentua i rischi di un probabile contagio. E' appena il caso di accennare alla inopportunità di una strumentalizzazione terroristica dell'A.I.D.S.; è possibile, invece, introdurre obiettivamente e serenamente questo argomento nell'insieme delle discussioni fra équipes e soggetto che chiede di essere sottoposto a trattamenti protratti con metadone.

Esaminando questi ultimi, si ricorda quanto contenuto nelle precedenti circolari, specie nella n. 39 del 7/5/84 in quanto risultano presenti casi in trattamento protratto per i quali non esistevano manifestazioni inoppugnabili di dipendenza fisica e non è stata approfondita la possibilità di ricorrere ad altri trattamenti.

Non è qui il caso di riprendere i concetti che sono alla base di queste somministrazioni protratte, somministrazioni che non devono mai rappresentare il centro focale del trattamento, ma utilizzare la graduale riduzione e la successiva astensione dall'eroina per favorire un tipo di vita pressoché normale e, quindi, rendere possibile lo sviluppo di interventi continuativi di supporto, consulenza e terapia occupazionale che, a loro volta, possono consentire il graduale svincolo dal sostegno farmacologico sostitutivo. Per quanto si riferisce ai controlli delle condizioni di salute, si richiama l'attenzione sul fatto che il metadone protratto, che attualmente viene praticato con modalità non sempre confrontabili da circa il 60% dei programmi pubblici, non ha certo azione di stimolo attivo nei confronti dei meccanismi immunitari talché costituisce un fattore che giustifica la più stretta sorveglianza dello stato immunologico. Nello stesso tempo, non sia pleonastico ricordare come l'assuntore di eroina è sempre più un poli drug addict per cui sono necessari controlli periodici di laboratorio finalizzati non solo al reperto di metaboliti della morfina. L'aumento della casistica mondiale dei decessi per overdose di cocaina, (non dovuta ad ingestione intenzionale per traffico clandestino o per sfuggire al sequestro/arresto), rende egualmente importante tener conto delle nozioni attuali relative a tale composto tuttora a torto appellato "droga ricreativa"; importante può al riguardo rivelarsi la diagnosi precoce di atteggiamenti psicotici, mentre il rilievo di un improvviso aumento della pressione arteriosa potrebbe condurre alla ricerca di un abuso di stimolanti. (Pentel P. J.A.M.A. 252 (14): 1898, 1984).

Relativamente al problema della liceità dei trattamenti protratti con farmaci analgesico-narcotici, recentemente sollevato, si precisa che l'impegno di essi nel trattamento delle tossicodipendenze non è regolato in modo specifico dalla legge 685/75 e rientra pertanto nelle generiche disposizioni di legge circa la prescrizione e la somministrazione di tale tipo di sostanze.

Essendo chiaro che lo stato di tossicodipendenza vale a rendere lecito l'uso terapeutico di sostanze stupefacenti da parte del medico, ne consegue che il comportamento di quest'ultimo, per quanto concerne la durata del trattamento, deve essere motivato esclusivamente da esigenze cliniche secondo il noto principio dell'operare in "scienza e coscienza" in relazione al singolo caso.

Per quanto suesposto tale trattamento potrà essere legittimamente effettuato soltanto in quei casi che presentino i requisiti di ammissione richiesti nell'allegato tecnico della presente circolare e purché l'operatore e l'équipe abbiano programmi per una progressiva riduzione dei dosaggi.

Per quanto concerne l'individuazione del dosaggio iniziale, le modalità dei controlli sui liquidi biologici e le modalità di controllo della assunzione della sostanza, fase quest'ultima particolarmente delicata sia ai fini dell'efficacia del trattamento, che ai fini di evitare il mercato grigio del metadone, è necessario che si tenga conto nell'impostazione del trattamento delle indicazioni tecniche contenute nell'allegato alla presente circolare.

Si fa presente inoltre che al fine di garantire che il trattamento, comprensivo del necessario supporto riabilitativo, venga espletato nel migliore dei modi, secondo i programmi da formulare e da finanziare sui fondi vincolati del FSN di cui alla delibera CIPE, sarà necessario stabilire per ogni servizio, in relazione alla organizzazione e al tipo di terapia psicologica che attua, il numero massimo di tossicodipendenti che può trattare. Sarà pertanto necessario che al fine di evitare sovrappollamenti nei servizi che impiegano metadone con la conseguenza di rendere poco praticabile il supporto psico-sociale, le USL attivino ulteriori servizi o potenzino, dove possibile quelli esistenti.

Servizi che, è appena il caso di sottolinearlo, non debbono svilupparsi come entità a se stanti cristallizzati intorno al metadone protratto, ma porsi come poli di monitoraggio del fenomeno, punto di riferimento per la tutela della salute della fascia giovanile tossicodipendente ed unità di agevolazioni di processi globali di recupero e reinserimento del disagio giovanile.

Viene enfatizzato nella presente circolare il collegamento con strutture mediche, e la recente comparsa di due casi di A.I.D.S. in bambini nati da madri tossicodipendenti giustifica tale attenzione; tuttavia, va ricercata ed incentivata in ogni modo la individuazione di modelli psico-attitudinali da proporre e discutere con gli utenti dei servizi.

Sarà cura di questo Ministero trasmettere ulteriori informazioni e suggerimenti su un tema che è in rapida evoluzione; quanto contenuto in dettaglio nell'allegato ha, naturalmente, valore di indicazione tecnica che si propone non già per sostituire il giudizio clinico e la



valutazione globale dell'équipe, ma, si ripete, per ridurre trattamenti jatrogenizzanti ed utilizzare al massimo le possibilità offerte dai farmaci sostitutivi.

Si invitano le autorità regionali a diffondere la presente circolare e relativo allegato tecnico ai servizi operanti nel settore.

Il Ministro

f.to Degan

Roma li 20 -11-84

ALLEGATO I

ALLEGATO TECNICO ALLA CIRCOLARE SUL TRATTAMENTO PROTRATTO CON METADONE

SCOPI

Scopi del trattamento protratto, o a lungo termine con metadone sono:

A) Consentire di giungere in tempi se pur lunghi alla disintossicazione farmacologica dalla dipendenza da sostanze oppioidi in quei pazienti le cui condizioni fisico-psichiche non consentono l'interruzione in tempi brevi;

Ottenere che il tossicodipendente sospenda l'assunzione della eroina da strada evitando in tal modo tutte le conseguenze connesse a tale comportamento.

Utilizzare l'occasione dell'assunzione quotidiana della sostanza presso il servizio per fornire il necessario appoggio psico-sociale a fini riabilitativi e per il trattamento delle patologie correlate allo stato di tossicodipendenza (v. Circolare n. 86/1984)

Come è indicato nella presente circolare tale sorveglianza dovrebbe estendersi alle condizioni immunologiche (rapporto fra linfociti T halper/suppressors, ricerca degli anticorpi contro il retro virus HTLV III).

CRITERI DI AMMISSIONE

Possono essere ammessi a questo tipo di trattamento quei soggetti, per i quali sia stata diagnosticata una dipendenza fisica stabilizzata da sostanze oppioidi come già indicato nella Circolare 39/1984 e per i quali il medico non ritenga possa essere efficace soltanto un trattamento non farmacologico, né un trattamento con farmaci non analgesico-narcotici, e per i quali si sia dimostrato inefficace un trattamento con metadone a breve termine, previo giudizio complessivo dell'équipe. Riguardo l'ultimo caso, si precisa che quando si è appurato che il trattamento a breve termine non è idoneo per il soggetto, non è opportuno ripeterlo più volte, essendo prevedibile nella fase di decremento delle dosi, l'assunzione contemporanea di eroina da parte del tossicodipendente, e quindi l'inefficacia del trattamento a scalare (v. Circolare n. 86/1984).

E' opportuno che prima dell'ammissione al trattamento si attenda (tranne casi di pronto soccorso per astinenza conclamata in atto) un breve periodo (5-10 giorni) per poter verificare la necessità obbiettiva del farmaco e la disponibilità del paziente ad accettare la terapia; si utilizzerà tale periodo per una accurata valutazione dello stato generale di salute del paziente (anamnesi, esame obbiettivo accurato, analisi cliniche, eventuale invio a visite specialistiche ecc. v. Circolare 86/184) e per attendere i risultati circa la presenza o meno di morfina nelle urine.

Si ricorda ancora una volta che la presenza di morfina nelle urine non può essere di per sé indicativa di uno stato di dipendenza fisica in atto, ma dimostra solo l'avvenuta assunzione di eroina o morfina da parte del soggetto, per cui sono necessari altri parametri clinici e comportamentali per la diagnosi di tossicodipendenza (v. Circolare 39/1984)

CONTRATTO TERAPEUTICO E MODALITA' CHE REGOLAMENTANO IL TRATTAMENTO

Per adesione al contratto terapeutico si intende la libera e consapevole accettazione da parte del tossicodipendente del trattamento e delle modalità che lo regolamentano, con relativo impegno a rispettarle.

Finalità del contratto terapeutico è infatti necessario che il tossicodipendente conosca gli obbiettivi del trattamento, i problemi che comporta, le difficoltà cui andrà incontro, le modalità organizzative del servizio, gli obbiettivi che il tossicodipendente stesso deve, sia pur gradualmente, perseguire, e la regolamentazione di questo tipo di trattamento.

Il consenso informato per il trattamento ed una adesione formale alle modalità che lo regolamentano, costituiranno pertanto dei punti di riferimento per il comportamento del tossicodipendente in cura.

In appendice è riportato, a titolo meramente esemplificativo, un facsimile di schema di contratto terapeutico.

Possono anche proporsi modelli di contratto nei quali l'utente viene ad essere responsabilizzato nella auto-denuncia di ricorso ad eroina ed ad altre droghe, purché rimanga ben stabilito il diritto del servizio a richiedere senza preavviso campioni di urina e di altri escreti che non richiedano prelievi venosi, questi ultimi da effettuarsi sempre previo consenso dell'interessato.

Tale sistema parte dalla considerazione della difficoltà di astensione totale dall'eroina per cui un numero limitato e sempre più diradato nel tempo di ricadute può considerarsi non patologico purché vi sia un comportamento individuato al successivo punto B).

Nello stesso tempo le norme di seguito riferite, derivanti non solo da esperienze internazionali ma anche da diretti apporti di operatori italiani che da anni lavorano nel settore, non vanno interpretate in senso assiomatico ma come linee guida da inserirsi in rapporto di reciproca fiducia che faccia superare la fase delle manipolazioni fra "clients" e "professional" che è tipica delle ormai lunghe esperienze nord-americane.

Insuccessi del trattamento. Possono proporsi i seguenti parametri di fallimento del trattamento.

Qualora il paziente continui l'assunzione di eroina con elevata frequenza, dimostri di non voler trarre alcun giovamento dal trattamento psico-sociale e non collabori per la cura delle patologie in atto, il trattamento con metadone protratto non ha alcun significato positivo, anzi può determinare un aumento del grado di dipendenza fisica da sostanze oppioidi. In tali casi è pertanto necessaria l'interruzione del trattamento prima di un periodo di circa 2-3 mesi da definire in relazione al modello organizzativo del servizio.

In casi di maggior partecipazione da parte del tossicodipendente al trattamento psicosociale e di maggior collaborazione nella cura delle patologie correlate, ma di ripetute ricadute nell'assunzione di eroina, è necessario preavvisare il tossicodipendente che il trattamento sarà interrotto qualora perseveri nel mancato rispetto del contratto. In questi casi il contratto terapeutico dovrà prevedere un numero



massimo di preavvisi, (2-3, ciascuno da dare dopo alcune ricadute) dopo i quali, se persiste la riassunzione dell'eroina, il trattamento, rivelatosi inefficace, verrà interrotto per il periodo suindicato.

Allorquando, invece si adotti il sistema di auto-denuncia e si individuino assunzioni di eroina od altre droghe non dichiarate, la interruzione del trattamento può anche essere più precoce.

I preavvisi suddetti saranno dati, oltre che sulla base della positività urinaria alla morfina, (sarà necessario stabilire orientativamente dopo quante ricadute dare ciascun preavviso (2-4), anche sulla base della valutazione delle modificazioni dell'atteggiamento psico-sociale del tossicodipendente. Non si vuole utilizzare il termine "ammonimento" per le connotazioni moraleggianti che contiene, ma è chiaro che con "preavviso" non ci si intende riferire ad una sorta di lettera raccomandata di denuncia di inadempienza contrattuale, ma ad un fermo e sereno avvertimento che si richiami alla responsabilizzazione e che si attui in modo *empatico*.

Adesione al contratto terapeutico - Affidamento del metadone ai fini della responsabilizzazione del tossicodipendente e frequenza dei controlli sui metaboliti urinari.

Qualora il tossicodipendente mostri di partecipare e collaborare al successo del trattamento globale e qualora sia necessario proseguire il trattamento con metadone per un lungo periodo, ai fini di responsabilizzare il tossicodipendente alla autogestione del trattamento nonché per ridurre il disagio degli spostamenti si potrà ove l'esame globale caso lo faccia ritenere opportuno, procedere secondo il seguente schema orientativo:

-Dopo tre mesi di assunzione quotidiana di metadone presso il centro, e di assenza di morfina dalle urine (la frequenza dei controlli deve essere effettuata in relazione alla sensibilità delle metodiche utilizzate) si potrà a giorni alterni affidare al tossicodipendente una dose di metadone utile per il solo giorno successivo a quello dell'affidamento, mentre assumerà al servizio quella necessaria per il giorno stesso.

- Dopo circa 1 mese di affidamento a giorni alterni, purché senza ricadute nell'eroina, si potrà passare all'affidamento bisettimanale (ogni 3-4 giorni) delle dosi, previa assunzione al servizio della dose necessaria per il giorno in cui avviene l'affidamento.

- Dopo 2 mesi di affidamento bisettimanale, sempre dopo una rivalutazione globale del caso e solo se i controlli delle urine hanno mostrato l'assenza di morfina. La dose necessaria per il giorno dell'affidamento sarà assunta nel servizio. Questa ultima procedura può essere compiuta solo se il servizio può avvalersi di un laboratorio che compia analisi sufficientemente sensibili all'evidenziazione dei metaboliti relativi ad eroina assunta fino a sette giorni prima del prelievo.

Qualora si riscontrino in una di queste fasi la presenza di morfina nelle urine (escludendo, tramite ripetizione nella analisi, che si tratti di un falso positivo), si ritorna alla fase precedente di affidamento, ove il tossicodipendente permarrà per il tempo previsto.

Anche nel regime di affidamento della sostanza, il contatto periodico con il servizio tramite l'assunzione presso lo stesso della dose relativa al giorno di affidamento, va mantenuto ai fini del controllo sistematico e ripetuto dello stato di salute, ai fini del prelievo controllato delle urine, dell'eventuale aggiustamento della dose e degli interventi psico-sociali.

PERSONALE E SERVIZI PREPOSTI AL TRATTAMENTO - COINVOLGIMENTO DELLA FARMACIA

Il trattamento può essere condotto dai sanitari competenti come previsto dal D.M. 7/8/80 sia in condizioni di ricovero per i primi giorni, che direttamente in ambulatorio.

Inoltre è quanto mai opportuno coinvolgere il medico di medicina generale presso la cui lista l'utente è iscritto anche allorché detto sanitario non è collegato con il servizio; infatti, da parte della categoria, è stata più volte manifestata la massima disponibilità. Detto collegamento da approfondirsi anche in sede di contatti ufficiali previsti dagli Accordi Unici può avere come obiettivo minimo la informazione reciproca circa eventuali effetti collaterali del trattamento metadonico e le problematiche delle altre manifestazioni morbose dell'utente per allargarsi successivamente ad un impegno più specifico da parte del medico di medicina generale.

Per quanto riguarda l'affidamento della sostanza tramite farmacia, numerosi sono i problemi che detta pratica comporta. In particolare:

1) A tutt'oggi alcuni centri hanno fatto un uso routinario dell'affidamento del metadone tramite farmacia, ritenendo possa essere utile separare il momento farmacologico dal trattamento psico-sociale. Questa procedura non consente però il necessario controllo sulla effettiva assunzione da parte del tossicodipendente della sostanza, controllo che può essere compiuto, qualora si voglia separare il trattamento farmacologico da quello psicosociale, solo coinvolgendo e ottenendo la collaborazione di altre strutture sanitarie presenti sul territorio. Al momento di procedere ai doverosi controlli delle urine, il vantaggio relativo della riduzione degli spostamenti dell'utente che si serve presso la farmacia di zona viene ad essere annullato da convocazioni presso i servizi, con la conseguente difficoltà di procedere ad accertamenti urinari senza preavviso.

2) E' pertanto opportuno che il personale del servizio sia esso lo stesso ove si effettua anche il trattamento psico-sociale, o quello di altra struttura sanitaria, si accerti nei suddetti periodi di frequenza quotidiana e periodica al servizio, della effettiva assunzione di metadone da parte del tossicodipendente.

3) In casi di giustificata e documentata impossibilità da parte del tossicodipendente (come ad es. la residenza o il lavoro fuori sede) di frequentare quotidianamente il servizio o altri presidi sanitari per consumare il metadone, e comunque non prima che sia trascorso un periodo di almeno 15-20 giorni di frequenza quotidiana al servizio (o di ricovero ospedaliero) durante il quale il tossicodipendente abbia mostrato il pieno rispetto del contratto terapeutico, si potrà utilizzare la farmacia per l'affidamento quotidiano del metadone.

4) Anche in tali casi sarà indispensabile eseguire presso il servizio o, previ accurati accertamenti, con la collaborazione del medico di medicina generale e/o di servizi distrettuali dell'USL, il controllo periodico delle urine secondo le procedure successivamente indicate per valutare l'assenza di morfina.

5) Il contratto terapeutico dovrà prevedere che qualora il soggetto abbia fruito di tale agevolazione in farmacia assuma eroina per 2 o 3 volte consecutive, si tornerà alla fase di assunzione quotidiana controllata del metadone, per un nuovo periodo di 15-20 giorni di piena adesione al contratto che, si ripete, va interpretato come una formulazione terapeutica basata sulla reciproca fiducia.

6) Dopo 3 mesi di affidamento tramite farmacia senza ricadute nell'eroina, si potrà passare, previa valutazione globale del caso, alle modalità di affidamento a giorni alterni, secondo le procedure precedentemente descritte, e successivamente alle altre fasi di affidamento, avvalendosi della farmacia.

IL TRATTAMENTO GLOBALE E LE VALUTAZIONI PERIODICHE DEL PAZIENTE

Per i pazienti ai quali venga affidata in qualunque modo la sostanza deve essere sempre garantito un programma di supporto psicosociale con almeno un incontro alla settimana.



In tutti i casi i motivi delle ricadute vanno valutati attentamente sia dal medico dal punto di vista farmacologico (dose inadeguata, metabolizzazione particolare del farmaco, ecc.), che dall'intera équipe per i problemi psicologico-sociali, mettendo in atto i necessari adeguamenti ed interventi. Nel caso si adotti il sistema dell'autodenuncia e comunque anche in altri programmi appare utile organizzare una presa in esame dei principali problemi dell'utente suddivisi in modo schematico secondo un approccio sistematico e problem oriented che consenta di inquadrare di volta in volta lo stato di attivazione o di latenza/inattivazione dei vari problemi.

METODICHE ANALITICHE DI LABORATORIO E DI CONTROLLO

E' quanto mai inopportuno che in tutte le procedure di affidamento della sostanza, le analisi urinarie vengano compiute con una frequenza tale (in rapporto alla sensibilità del metodo usato), da poter controllare periodi di tempo uno successivo all'altro, senza lasciare giorni scoperti, onde non possa passare inosservata l'assunzione anche saltuaria di eroina.

Nelle fasi di assunzione quotidiana, se non è possibile compiere tale controllo secondo la frequenza corretta, è necessario che venga compiuto almeno 1 volta ogni 10 giorni senza preavviso.

A garanzia della validità del prelievo il paziente dovrà urinare sotto il controllo del personale addetto; tale controllo è necessario per non lasciare dubbi sulla provenienza del campione, ma non deve simboleggiare un rapporto fiscale, inserendosi, invece in un'applicazione armonica del contratto. Tale aspetto, assai delicato, del rapporto operatori/utenti giustifica l'accentuazione contenuta nella circolare n. 46/84 circa la priorità degli obbiettivi attitudinali nell'aggiornamento del personale.

Per la affidabilità delle diverse metodiche analitiche in relazione al tempo trascorso dall'ultima assunzione di eroina si vedano le Tab. 1 e 2 dell'allegato tecnico alla Circolare 83/1984. Come già indicato nella presente circolare è quanto mai opportuno procedere, in relazione ai comportamenti dell'utente ed alle informazioni circa l'abuso di altre droghe, a controlli periodici di uno spettro più ampio di metaboliti; onde ridurre i costi dai rilevamenti si potrebbe:

- adottare tecniche orientative
- insistere sull'opportunità di auto-denuncia di posologie anche non eroiniche.

Il controllo della metadonemia può essere utile per valutare il grado di metabolizzare del metadone che a parità di dose può variare da paziente a paziente.

Al riguardo si precisa che al momento attuale non è ancora accertato il livello ottimale di metadonemia per condurre il trattamento, ma ove è possibile praticare tale indagine in maniera idonea, può dare una indicazione utile per la definizione dei dosaggi, sempre, come già ricordato, nell'ambito di un rapporto fiduciario e di un consenso informato.

INDIVIDUAZIONE DELLA DOSE QUOTIDIANA

Qualora tale dose non sia già stata determinata nell'ambito di un trattamento a scalare rivelatosi inefficace, le procedure indicate nell'allegato tecnico alla Circolare n. 83/1984 consentono di procedere all'individuazione corretta della dose minima efficace.

Si precisa inoltre che per il trattamento protratto sarà necessario usare la dose minima capace di procedere il paziente dalle ricadute, dose che nella maggior parte dei casi non è superiore ai 30-40 mg. Alla dose ottimale il paziente A) non deve avere sintomi di astinenza; B) non deve avvertire sintomi di intossicazione acuta quali: cefalea, parestesie degli arti, nausea, sonnolenza, disforia.

DURATA DEL TRATTAMENTO E DIMINUZIONE DELLE DOSI

Se l'obbiettivo immediato del trattamento protratto con metadone è l'interruzione della somministrazione di eroina, l'obbiettivo finale è l'affrancamento da qualsiasi sostanza oppioide, metadone compreso.

Il tempo necessario per conseguire l'obbiettivo finale dipende da molteplici fattori, quali lo stato clinico (sia fisico che psichico) e di integrazione sociale del tossicodipendente, e non da rigidi schemi prefissati.

Gli operatori dovranno quindi sempre aver presente l'istanza dello svincolo graduale dalle sostanze oppioidi, e valutare, proporre e concordare con il tossicodipendente il momento che può sembrare migliore per passare dal trattamento con metadone protratto ad un trattamento a scalare.

In questo caso, anche a causa di una stabilizzata dipendenza da metadone, sarà opportuna una riduzione molto più lenta dei dosaggi rispetto a quella utilizzata nella disintossicazione a breve termine di cui alla circolare 83/1984.

Alcuni schemi di detossificazione di soggetti in trattamento protratto con metadone, utilizzano un periodo di diminuzione graduale del metadone della durata di 4-6 mesi, con una sottrazione settimanale del 3% della dose. In tal modo viene evitata oltre la sindrome di astinenza acuta anche la pur blanda sintomatologia astinenziale protratta. L'uso di placebo costituisce un sistema da valutare caso per caso in relazione alle condizioni neuro-fisiologiche del soggetto ed alle stesse clausole contrattuali; infatti ove non si prevedesse tale eventualità al momento dello scalaggio, verrebbero ad interrompersi i rapporti di reciproca fiducia che sono alla base del trattamento.

Qualora vi siano pazienti che, sopravvalutando le proprie motivazioni a interrompere il loro stato di tossicodipendenza o sottovalutandone la difficoltà, pretendano di passare ad un trattamento a breve termine, contro il parere dell'équipe, questi potranno seguire un trattamento a scalare fino alla eventuale comparsa di morfina nelle urine. Appena accertata la eventuale ricaduta nell'uso di eroina, il paziente dovrà scegliere tra la ripresa della terapia a lungo termine o l'interruzione del trattamento.

Episodi di questo genere ripetuti a intervalli inferiori ai 6 mesi uno dall'altro porteranno comunque alla interruzione del trattamento.

Nella fase finale di una disassuefazione programmata lo staff medico può prendere in considerazione la opportunità di un ricovero in un reparto ospedaliero, per l'applicazione di eventuali protocolli terapeutici alternativi al metadone a scalare (es. clonidina) di cui si tratterà in successive circolari.

SCHEMA DI CONTRATTO TERAPEUTICO

Il contratto terapeutico dovrà orientativamente contenere le informazioni relative ai seguenti punti:

- obbiettivi del trattamento;
- tipologia dell'intervento psico-sociale e relative informazioni organizzative;
- modalità organizzative per l'assunzione del metadone e relativo controllo;
- modalità disciplinari ed organizzative di affidamento del metadone;
- modalità e frequenza dei controlli sui liquidi biologici;
- eventuale regolamentazione dell'autodenuncia di ricadute sull'uso di eroina;
- motivi che possono portare ad interruzione del trattamento;



- numero massimo dei preavvisi per assunzione di eroina durante il trattamento prima dell'interruzione del trattamento stesso;
- modalità di passaggio alla fase finale di decremento delle dosi e di disassuefazione;
- valutazioni periodiche del caso con particolare attenzione all'atteggiamento del tossicodipendente sia in termini di risposta agli interventi di sostegno psico-sociale, sia di collaborazione nel trattamento farmacologico e nella cura delle patologie correlate e intercorrenti.

Si ricorda che il contratto terapeutico non deve diventare una mera formalità; è fondamentale che il tossicodipendente lo conosca a fondo e dia la propria consapevole adesione acciocché poi il contratto stesso possa rappresentare un punto di riferimento per la sua condotta, e l'adesione un atto di responsabilizzazione nei confronti della propria salute.

