

Dopo parecchi decenni di esperienza con il trattamento di mantenimento con metadone per la tossicodipendenza, applicato a più di 100.000 pazienti nel mondo, continuano a esistere opinioni ampiamente divergenti sulla sua efficacia. Prevalentemente, questo è il risultato di differenti prospettive su definizione e misura del "successo" del trattamento per la tossicodipendenza in generale e di questo trattamento in particolare.

Traguardi in conflitto con la filosofia del trattamento. Indipendentemente da obiettivi e filosofia di base dichiarati in un programma di trattamento della tossicodipendenza, la consueta misura di efficacia è l'astinenza da sostanze illecite a conclusione del trattamento. E' chiara l'inadeguatezza di questo tipo di misura nel caso di mantenimento con metadone, come è stato originariamente descritto da Dole e Nyswander (1). Sebbene il metadone sia utilizzato in molti modi differenti, l'ipotesi di questi Autori consisteva nella possibilità che per molti (se non per la maggior parte) dei tossicodipendenti esistessero fattori fisiologici che precludono una vita normale in assenza del farmaco e che richiedono il trattamento continuato con metadone per un periodo indeterminato.

Nessuno è stato capace di identificare questi fattori fisiologici. Tuttavia consistenti risultati nel mondo rivelano che, attraverso il trattamento di mantenimento con metadone, ex eroinodipendenti possono riprendere una vita normale, autosufficiente e socialmente produttiva, senza uso di eroina. L'esperienza insegna inoltre che la tendenza alla recidività, la caratteristica patognomica della tossicodipendenza (2), rimane un rischio a vita per gli ex eroinodipendenti.

Esperti nel campo possono cavillare su dimensione del rischio e grado di riduzione con vari interventi terapeutici. Tuttavia l'affermazione che questo possa essere eliminato in un individuo o in un gruppo (il *sine qua non* della guarigione) non è sostenibile. A questo proposito è di aiuto considerare l'opinione prevalente nell'area limitrofa dell'alcolismo. Alcolisti Anonimi trae un giustificato orgoglio dalle innumerevoli persone con problemi di alcolismo che sono state aiutate a raggiungere e mantenere la sobrietà. Ma se qualcuno domandasse a un sostenitore di Alcolisti Anonimi quale sia il "tasso di guarigione", la risposta sarebbe un enfatico "zero". Alcolisti Anonimi considera l'alcolismo una malattia incurabile in medicina, anche se può essere arrestata e contenuta. Anche un individuo che si trovi da decenni in astinenza da alcol è indicato come alcolista recuperato o astinente, ma come ex-alcolista mai.

Esattamente dalla stessa premessa, applicata agli eroinodipendenti, partono i sostenitori del trattamento di mantenimento con metadone. La premessa può essere accettata o respinta, ma giudicare il trattamento dal grado di raggiungimento di un obiettivo che i sostenitori considerano irraggiungibile è un non-senso. Anche per i più

"L'astinenza da sostanze illecite a conclusione della terapia è l'indice dell'efficacia di un programma di trattamento per le tossicodipendenze"

Metadone, una risposta medica a un problema prevalentemente sanitario

entusiastici sostenitori del trattamento con metadone (anzi, soprattutto per loro), non è sorprendente che gli studi sul decorso dopo il trattamento documentino una percentuale molto alta di recidività per i narcotici (3,4).

Tuttora la stima dell'efficacia del metadone nel trattamento dei tossicodipendenti è focalizzata sullo studio di ex pazienti non più trattati, una focalizzazione non più logica che stimare l'efficacia dei farmaci contraccettivi valutando il numero di gravidanze che si verificano dopo l'interruzione della somministrazione. Infatti rilevare se un ex eroinodipendente attualmente riceve o no il metadone (o qualunque altra prescrizione medica correlata) non dà alcuna informazione sullo stato dell'individuo.

Per quanto una completa disintossicazione da metadone sia ormai il criterio dominante per giudicare l'efficacia del trattamento, è da tener presente che esiste una diretta correlazione tra la quantità di metadone prescritta e il grado di disprezzo con cui il paziente è percepito. Un paziente trattato con dose quotidiana di 100 mg è generalmente considerato "più malato" e meno "riabilitato" di uno che riceve 30 mg. Negli Stati Uniti, per decreto governativo, i pazienti che ricevono più di 100 mg al giorno sono considerati così "malati", e quindi così privi di credibilità, che il medico deve avere l'approvazione delle autorità federali per poter prescrivere la medicazione a domicilio (5).

Obiettivi sociali pretesi dal trattamento medico. Oltre al dosaggio prescritto, esistono altri criteri di valutazione del "successo" (o, a seconda del punto di vista, del "fallimento") relativo tra pazienti in trattamento con metadone. Questi criteri riflettono obiettivi sociali, contrapposti a quelli clinici, che sarebbero assurdi in altri campi della medicina. L'abilità terapeutica è valutata generalmente in funzione della risposta della condizione sanitaria del paziente. Per esempio, il successo del medico nel trattamento dell'epilessia non è misurato rispetto a stato lavorativo, criminalità o carriera scolastica del paziente, ma valutando il livello di controllo delle convulsioni.



*Litografia di Eugène-Samuel Grasset,
Morphinomanie, 1897*

Tutti questi aspetti sociali, accanto al problema più generale della discriminazione sociale contro le persone etichettate come “epilettico”, sono rilevanti per il medico implicato e partecipe, ma non hanno e non potrebbero avere peso nella valutazione dell'efficacia della fenitoina, del primidone o di altri trattamenti farmacologici.

Analogo è il caso del trattamento delle malattie veneree. L'obiettivo terapeutico di un medico di fronte a un paziente con gonorrea è l'eliminazione dell'infezione. E' ovvio che un “buon” medico offrirà terapia di gruppo o colloqui per identificare e controllare quei fattori che sostengono la tendenza del paziente alla promiscuità sessuale, integrerà la terapia antibiotica con l'educazione ai contraccettivi e, per ottimizzare la sua cura, controllerà l'esito di un recente Pap test, dell'analisi fecale o l'esistenza di episodi di tetano, e così via. Ma sarebbe folle che il governo ordinasse questi servizi e negasse il trattamento antibiotico a quei pazienti restii ad accettarli. L'effetto di un tale provvedimento sarebbe la comparsa di un mercato nero per la penicillina, a imitazione di quello già esistente per il metadone in molte parti del mondo, e esattamente per le stesse ragioni.

E tra i medici e tra i pazienti, i limiti, anche se frustranti, degli sforzi terapeutici in altre forme di malattia, sono riconosciuti e accettati. La penicillina non è stata giudicata inefficace perché, dopo decenni di disponibilità sul mercato e di uso clinico, le malattie veneree continuano a essere una piaga dell'umanità come lo sono state per millenni. Il litio è stato accettato nella gestione delle sindromi maniaco-depressive, come la dopamina nel trattamento del morbo di Parkinson, sebbene questi medicinali non risolvano la condizione patologica di base. Nel trattare pazienti terminali colpiti da cancro, l'obiettivo dominante è spesso l'apparentemente modesto, ma importante, effetto di una “morte con dignità”, priva di dolore. Anche nel regno della dipendenza chimica non narcotica, gli scopi di un trattamento sono in generale definiti in modo

molto limitato: l'eliminazione del consumo di alcol definisce il successo di un programma per il trattamento dell'alcolismo, indipendentemente dal verificarsi di un miglioramento nello stato e nella funzioni sociali.

Tuttavia il mantenimento con metadone è respinto da molti e condannato da altri perché non “guarisce” i pazienti né li rende immuni da malattie sociali quali disoccupazione, alcolismo, marijuana, fumo e criminalità. In altre parole, per il mantenimento con metadone la valutazione è basata virtualmente su tutti i criteri, eccetto quello di una diminuzione nell'uso di eroina.

L'origine di un'unica prospettiva sul trattamento con metadone.

L'origine di un'unica prospettiva sull'efficacia del trattamento con metadone può essere tracciata negli anni immediatamente successivi all'introduzione del mantenimento con metadone, quando era in dubbio la reale sopravvivenza del nuovo trattamento. Dopo tutto, il lavoro di Nyswander e Dole seguiva vari decenni durante i quali la somministrazione di un narcotico a un tossicodipendente era non solo contro la legge ma anche contro l'etica, condannata molto più severamente dalla classe medica che dagli addetti al controllo narcotici (6).

Il quadro è mutato sensibilmente nei primi anni '70, quando è avvenuta una crescita esponenziale del numero di programmi di trattamento con metadone negli Stati Uniti e in molti altri paesi. Questi programmi, sostanzialmente malsopportati, non sono stati in genere estesi ai medici privati: la loro diffusione è stata realizzata quasi interamente con finanziamenti pubblici. Inoltre, negli Stati Uniti e altrove, i programmi sono stati autorizzati soltanto grazie a regolamentazioni governative che comportavano vincoli senza precedenti nella pratica medica.

Chiaramente, la diffusione del mantenimento con metadone riflette una drastica inversione di tendenza nella politica pubblica. Il corollario è conforme: nelle città e negli stati, in America, dove il trattamento con metadone era fuorilegge e nei paesi, in Europa e Asia, dove era proibito il

trattamento di mantenimento, la situazione riflette una decisione politica dei burocrati governativi e non l'opinione competente dei professionisti della medicina. Basta questo a collocare il trattamento con metadone lontano da tutti gli altri regimi clinici, che sono stati valutati, e quindi accettati o respinti, dalla classe sanitaria sulla base di un'efficacia significativa del trattamento. In retrospettiva, appare chiaro che il repentino sostegno ottenuto dal trattamento con metadone da parte dei governi in molti paesi è stato motivato dal suo potenziale effetto sulla criminalità e su altri problemi della comunità (compreso l'abuso di sostanze) piuttosto che dalla prospettiva di verificare un regime terapeutico di successo per singoli pazienti. Questo non significa che esista necessariamente un conflitto tra essenziali scopi sociali e traguardi clinici, o che un tale conflitto sussista in particolare rispetto al trattamento con metadone. Ma nel caso del mantenimento con metadone i traguardi clinici sembravano certamente costituire una considerazione secondaria.

Tutto questo non ha granché preoccupato i sostenitori del programma metadone, fiduciosi che servire i bisogni dei loro pazienti avrebbe anche favorito il raggiungimento degli scopi sociali: presupposto che è stato infatti rapidamente confermato (7,8). Ma clinici e amministratori del programma hanno inglobato questi scopi sociali nella personale visione di ciò che esigono dal programma e di come valutarlo. Infatti, studio dopo studio, è descritto il risultato del programma in termini di drastica riduzione della percentuale di arresti, di attenuazione della dipendenza dall'assistenza pubblica e di incremento della “produttività sociale”, definita come occupazione, scolarizzazione, istruzione professionale, e così via. Contemporaneamente l'attenzione prestata agli effetti sul disturbo clinico è stata minima.

La focalizzazione sulla “riabilitazione” sociale, con virtuale esclusione di considerazioni mediche, ha generato interessanti paradossi. In che modo, di fronte a tale orientamento, può essere preparato un

piano di trattamento (o valutato il risultato del piano), quando il paziente è occupato, conduce una vita priva di reati e il suo quadro complessivo è in contrasto con lo stereotipo del tossicodipendente da strada? Coerentemente con l'iniziale richiamo esercitato dal trattamento con metadone come mezzo di controllo della devianza sociale, gli enti governativi, le fonti di finanziamento e gli stessi programmi non appaiono in grado di accettare l'obiettivo di trattare semplicemente problemi medici, l'uso di eroina e la tendenza persistente alla recidività che segue all'astinenza. Di conseguenza, per ogni paziente, sono richieste consulenze, incontri con gruppi interdisciplinari e una serie di "servizi di supporto"; le regolamentazioni federali rendono offensiva la prescrizione di metadone in assenza di un intervento dei servizi sociali, anche se non vi sono problemi sociali per i quali intervenire⁽⁹⁾. Data la comprovata capacità del trattamento di mantenimento con metadone di raggiungere gli obiettivi sia sociali che clinici, ci si può domandare che differenza faccia preoccuparsi dei primi. Fa differenza, poiché questa preoccupazione distingue il trattamento con metadone da tutti gli altri regimi medicinali e ha creato la base per ingerenze senza precedenti da parte dei pubblici poteri. Inoltre, poiché il trattamento con metadone è visto anzitutto come un rimedio per la criminalità e altre malattie sociali, piuttosto che come una terapia clinica per una condizione medica, la sua disponibilità è costantemente minacciata e la minaccia è proprio reale. Nel 1976 l'unico programma metadone operativo a Bakersfield, in California, è stato bloccato dai funzionari governativi locali. Gli inquirenti, che hanno esaminato l'impatto devastante sulle vite (e morti) dei pazienti lasciati privi di trattamento alternativo, attribuiscono la significatività dei dati raccolti "a una politica di sospensione coatta del mantenimento con metadone dopo un periodo prefissato, senza alcuna previsione di riammissione"⁽¹⁰⁾. Una politica inconcepibile? In ogni altro campo della medicina, certamente. Ma, nel caso del manteni-

mento con metadone, un altro ente governativo locale, in California, ha recentemente usato lo stesso approccio. La Contea di Alameda ha stabilito che i pazienti devono essere disintossicati dopo due anni oppure pagare fino a duecento dollari al mese per rimanere iscritti al programma locale di mantenimento con metadone⁽¹¹⁾.

L'organizzazione medica che procura ai pazienti la capacità di condurre vite sane, libere dalla dipendenza di eroina, non dovrebbe avere il cardine di sopravvivenza nei giudizi di politici o di funzionari della comunità o di enti di finanziamento pubblico.

Ma questa condizione persisterà finché i medici del programma-metadone saranno visti come strumenti di politica pubblica e non come clinici. Considerare il mantenimento con metadone un programma sociale

piuttosto che medico genera altre conseguenze. I professionisti e le istituzioni della sanità sono stati in genere riluttanti a riconoscere nel mantenimento con metadone un regime medico *bona fide* da mettere a disposizione dei pazienti nei tradizionali binari dei servizi specialistici ambulatoriali. I pazienti che prendono il metadone sono ulteriormente penalizzati. Poiché sono catalogati come devianti sociali, piuttosto che come pazienti trattati efficacemente per un problema medico cronico, sono esposti a marchiatura e discriminazione da parte di datori di lavoro, padroni di casa, enti governativi, scuole e comunità in genere.

Individuazione di criteri per un futuro successo. Vent'anni fa la approvazione qualificata del trattamento delle tossicodipendenze con metadone è stato il risultato diretto dell'interesse pubblico per la crimi-



Arte psichedelica: Isaac Abrams, *Flying Leaps*, 1966
Collezione Stanley K. Sheinbaum, San Francisco

nalità. Oggi questo interesse è stato in gran parte sostituito dalla paura indotta dallo sviluppo epidemico della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Ancora una volta un problema grave correlato alla, ma distinto dalla, dipendenza di eroina offre insieme un'opportunità e un rischio.

Coloro che assumono sostanze d'abuso per via endovenosa rappresentano il secondo gruppo a più alto rischio nel contrarre AIDS, e sono considerati la fonte primaria di trasmissione della malattia a neonati e alla popolazione eterosessuale non tossicodipendente. E' chiaramente assurdo cercare di contenere la diffusione di questa malattia senza dare a ogni "tossicodipendente per via endovenosa" la possibilità di un trattamento alternativo immediato. In verità l'associazione tra eroinodipendenza e AIDS ha generato recentemente una forte adesione della stampa laica all'espansione dei programmi per il trattamento delle tossicodipendenze, particolarmente di quelli con il metadone (12).

D'altra parte il pragmatismo impone che il sostegno per l'espansione del trattamento con metadone, indipendentemente da fonte e motivazione, sia dimensionato in funzione della possibilità di eliminare liste d'attesa di tossicodipendenti che cercano disperatamente aiuto per abbandonare la dipendenza da eroina. Contemporaneamente, tuttavia, si deve tentare di evitare le conseguenze negative derivanti dall'accettazione di questo regime medicinale in cambio soprattutto di benefici per la società anticipati. Ironicamente, il più arduo ostacolo che il mantenimento con metadone ha dovuto superare, per essere accettato come trattamento clinico di alta efficacia, è stata la sua straordinaria potenzialità di influire su mali medici e sociali correlati. Il mantenimento con metadone ha ridotto sostanzialmente la criminalità correlata alla tossicodipendenza, ha ampiamente elevato la probabilità di impiego e la stabilità sociale degli ex eroinodipendenti, ha ridotto la loro dipendenza dall'assistenza pubblica, ha salvato vite che sarebbero andate perdute per over-

dose, epatiti ed endocarditi, e sicuramente potrebbe ridurre la diffusione di AIDS. Ma nonostante questi straordinari contributi alla società, resta il fatto che il mantenimento con metadone è un trattamento per l'eroinodipendenza. E' anzitutto una risposta medica a un problema medico. Se non è accettato come tale, rimarrà dominato da politici e burocrati, mentre ai medici sarà permesso dire poco o niente per determinare il protocollo di trattamento, i traguardi clinici, la valutazione dell'efficacia e la reale sopravvivenza di questo trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Dole, V.P. and Nyswander, M.E. Heroin addiction: a metabolic disease. *Archives of Internal Medicine* 120:19-24, 1967.
2. Newman, R.G. The need to redefine "addiction". *New England Journal of Medicine* 308: 1096- 1098, 1983.
3. Newman, R.G. Methadone treatment in narcotic addiction: program management, findings, and prospects for the future. *Academic Press, New York* 1977:236-239.
4. Dole, V.P. and Joseph, H. Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311:181-196, 1978.
5. FDA and NIDA, FDA and NIDA methadone regulations. *Fed. Regist. September 19, 1980; 45:62716.*
6. Council on Mental Health, Narcotics and medical practice: medical use of morphine and morphine-like drugs and management of persons dependent on them. *Journal of the American Medical Association* 12: 202-209, 1967.
7. Gearing, F.R. Successes and failures in methadone maintenance treatment of heroin addiction in New York City. In: *Proceedings. Third National Conference on Methadone Treatment, November 14-16, 1970, New York City. Rockville, Md.: Public Health Service, 1970:2-16. (publication no.(PHS) 2172).*
8. Gearing, F.R. A road back from heroin addiction. In: *Fourth National Conference on Methadone Treatment, New York: National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics, 157-158, 1972.*
9. FDA and NIDA, FDA and NIDA methadone regulation. *Fed. Regist. September 19, 1980; 45:62714.*
10. McGlothlin, W.H. and Anglin, D.

Shutting off methadone costs and benefits. Archives of General Psychiatry 38:885-892, 1981.

11. Rosenbaum, M., Murphy, S., and Beck, J. Money for methadone: preliminary findings from a study of Alameda County's new maintenance policy. *Journal of Psychoactive Drugs* 19: 13- 19, 1987.

12. *Fight AIDS now, with methadone. New York Times, June 10:A30, 1987.*

Traduzione di Luciana Garau da:
Newman, R.G. Methadone treatment. *New England Journal of Medicine* 317(7):447-450, 1987. Autorizzazione concessa dall'Autore e da N.Engl.J.Med.



Robert G. Newman

Presidente del Beth Israel Medical Center di New York.

Negli anni '70 ha messo a punto i programmi di assistenza ai tossicodipendenti tramite il metadone, trattando trentamila pazienti all'anno.

