

4 Linee guida per i sistemi sanitari a livello nazionale e subnazionale

La costituzione dell'OMS^[49] definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità". E prosegue dichiarando che il godimento del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale. La costituzione afferma, inoltre, che la salute di tutti i popoli è fondamentale per il conseguimento di pace e sicurezza e dipende dalla piena collaborazione di individui e stati. Analogamente, la carta di Ottawa^[50] mette in luce i rapporti tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali e politiche, evidenziando l'importanza di azioni nell'ambito del sistema sanitario.

Queste linee guida contengono due livelli di raccomandazioni volte a promuovere azioni nell'ambito del sistema sanitario classificate come: "minime" e "ottimali". Le raccomandazioni indicate come "minime" sono quelle la cui adozione viene suggerita in tutti i regimi come standard minimi; devono essere considerati come i requisiti minimi necessari per l'erogazione del trattamento della dipendenza da oppiacei. Le raccomandazioni indicate come "ottimali" rappresentano le migliori strategie di *best practice* per il conseguimento dei massimi benefici di salute pubblica nell'erogazione del trattamento della dipendenza da oppiacei.

4.1 Regolamenti internazionali

Le nazioni operano all'interno del quadro normativo internazionale; metadone e buprenorfina sono farmaci sottoposti a controlli internazionali. La Convenzione Unica sui Narcotici (*Single Convention on Narcotic Drugs*) del 1961 (emendata dal protocollo del 1972) e la Convenzione sulle Sostanze Psicotrope (*Convention on Psychotropic Substances*), risalente al 1971, sottolineano la necessità di attuare specifiche misure di controllo per queste sostanze (i dettagli delle richieste contenute in queste convenzioni sono illustrati nell'Allegato 7). Le convenzioni includono, inoltre, la richiesta di rendere disponibile il trattamento alle persone dipendenti dai narcotici o da sostanze psicotrope. I due principali obiettivi di queste convenzioni consistono nel rendere i narcotici e le sostanze psicotrope (compresi gli oppiacei) disponibili per scopi medici e scientifici e nel prevenire l'uso illecito di queste sostanze.

Le autorità competenti devono conformarsi ai regolamenti legali e internazionali relativi all'approvvigionamento, distribuzione, conservazione e prescrizione di oppiacei. In mancanza di norme che disciplinino la somministrazione dei farmaci agonisti di mantenimento e l'erogazione degli interventi, le nazioni hanno l'obbligo di stipularle nell'osservanza delle principali convenzioni. Le norme e i regolamenti devono autorizzare la somministrazione di metadone e buprenorfina sottoposti a prescrizione, sia dietro supervisione medica che in regime domiciliare, e che questa avvenga presso sedi di somministrazione accessibili, prevenendo, in tal modo, la diversione per uso non medico.

Gli operatori incaricati della somministrazione del trattamento devono conformarsi ai requisiti imposti a livello nazionale e subnazionale e garantire che il trattamento erogato sia conforme alle norme e ai regolamenti vigenti.

Gli accordi internazionali che indicano le responsabilità per la tutela dei diritti umani sono validi anche per il trattamento degli oppiacei (vedere i problemi di natura etica, illustrati più avanti).

4.2 La dipendenza da oppiacei come problema sanitario

La dipendenza da sostanze, di per sé, deve essere considerata come un problema sanitario e non di natura legale. In virtù dei numerosi problemi medici associati alla dipendenza da oppiacei e della natura del trattamento farmacologico, l'erogazione del trattamento farmacologico per la dipendenza da oppiacei deve costituire una priorità sanitario-assistenziale, come rimarcato nella Convenzione Unica sui Narcotici del 1961, che esorta le parti a porre particolare attenzione e ad attuare tutte le misure praticabili per la prevenzione e il trattamento dell'abuso di narcotici. La convenzione stabilisce, inoltre, che il trattamento può essere erogato anche in alternativa alla condanna o alla pena (o unitamente ad esse) a quei soggetti affetti da disturbi associati al consumo di sostanze, responsabili di reati punibili.

4.3 Politiche nazionali sul trattamento

Quando in una nazione si procede allo sviluppo di un sistema terapeutico, questo deve essere pianificato in

modo da essere incluso nell'insieme di risorse della comunità relative ai problemi sanitari e sociali (WHO Expert Committee 30th (13th) Report).^[10,50]

La pianificazione deve prevedere sia l'approccio preventivo che quello terapeutico ai problemi di dipendenza da oppiacei e deve basarsi sui dati epidemiologici, sulle prove scientifiche di efficacia degli interventi, sulle risorse nazionali e sui valori fondanti della società.

La valutazione delle necessità di trattamento è essenziale nella pianificazione dei servizi terapeutici e nella valutazione dell'accessibilità dei servizi a diversi gruppi di popolazione. È difficile stimare il numero complessivo di persone dipendenti da oppiacei all'interno di una popolazione sulla base di sondaggi, perché questi soggetti, nei sondaggi epidemiologici condotti su larga scala, sono sottorappresentati. Tecniche alternative, presumibilmente più efficaci, sono rappresentate dal metodo di cattura-ricattura, dal metodo retrospettivo e dal metodo dei moltiplicatori^[51]. L'OMS ha prodotto una guida utile per la stima del numero di soggetti dipendenti da oppiacei^[52].

La necessità di trattamento può essere valutata anche ricorrendo a sistemi di monitoraggio del trattamento, compresa la domanda di trattamento presentata per la prima volta. Alcune popolazioni, però, possono essere sottorappresentate nelle stime di chi richiede il trattamento; tali gruppi includono donne, giovani, bambini di strada, rifugiati, indigenti, minoranze etniche e gruppi religiosi.

Può essere utile operare una raccolta dei dati sul numero di pazienti trattati per ciascuna tipologia di trattamento. I dati che si riferiscono al numero di soggetti sottoposti a trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei possono essere ottenuti presso i centri di trattamento o presso le farmacie autorizzate alla dispensazione di metadone e buprenorfina, in tempo reale o su base periodica. Ottenere i dati relativi al numero di persone trattate per la disintossicazione è più difficile ed implica un'attività di coordinamento dei dati tra le strutture ospedaliere, i servizi specialistici ambulatoriali e le cure primarie. Un metodo relativamente economico per valutare i risultati a lungo termine consiste nel collegare le registrazioni dei dati ai registri della popolazione (mortalità).

La valutazione dei bisogni di trattamento deve rappresentare uno sforzo continuo e sistematico al fine di individuare le lacune tra ciò di cui i servizi avrebbero bisogno e ciò di cui sono forniti in realtà.

Quando si procede alla pianificazione e allo sviluppo del trattamento farmacologico per soggetti dipendenti da oppiacei, deve essere considerata l'entità dei problemi sanitari presenti e potenziali associati alla dipendenza dagli oppiacei e l'effettiva copertura terapeutica.

Raccomandazione (*Best practice*)

Deve essere stilato un documento strategico che illustri la politica governativa sul trattamento della dipendenza da oppiacei. La strategia deve essere finalizzata a fornire adeguata copertura, qualità e sicurezza di trattamento.

4.4 Problemi di natura etica

4.4.1 TRATTAMENTO FORZATO E COATTO

Rispettando il principio di autonomia, i pazienti devono essere liberi di scegliere se sottoporsi a un trattamento, a meno che non prevalga un altro principio etico. Il principio di autonomia può non valere, ad esempio, in caso di incapacità del soggetto per malattia mentale, quando non è in grado di badare a se stesso, o quando un soggetto rappresenta un pericolo per gli altri. Nella maggior parte delle nazioni vige una legislazione sulla salute mentale che, se necessario, può essere applicata a pazienti con dipendenza da oppiacei. Nella maggior parte dei casi, comunque, non si ritiene che chi ha perso il controllo a seguito del consumo di oppiacei abbia necessariamente perduto la capacità di provvedere a se stesso in altri modi.

Nei casi in cui i soggetti siano detenuti per reati connessi all'uso di oppiacei, tali soggetti possono ricevere il trattamento per la dipendenza da oppiacei in alternativa alla sanzione penale. Tale trattamento non andrebbe considerato forzato, a meno che la pena per rifiuto o insuccesso del trattamento sia peggiore della sanzione penale che va a sostituire. Analogamente, procedimenti legali possono essere rinviati a un periodo successivo al trattamento, in modo che possano essere presi in considerazione gli effetti della terapia. Tali programmi, che sottraggono i pazienti dipendenti da oppiacei al sistema giudiziario penale, possono essere attuati anche al momento dell'arresto o prima del giudizio.

Le valutazioni condotte sui programmi di diversione mostrano alti tassi di successo terapeutico e bassi tassi di recidiva^[53,54].

Raccomandazione (*Requisito minimo*)

Il trattamento farmacologico e psicosociale, non deve essere forzato.

4.4.2 REGISTRAZIONE CENTRALE DEI PAZIENTI

I pazienti devono godere del diritto alla privacy. Deve essere rispettato il principio di riservatezza quando si preveda l'istituzione di sistemi di registrazione centrale dei pazienti. Quest'ultima presenta alcuni vantaggi, nel senso che:

- evita che i pazienti ricevano metadone o buprenorfina da più di una fonte
- può essere applicata per limitare l'accesso ad altri farmaci controllati che sono soggetti all'approvazione centrale, come altri oppiacei
- può fornire dati più accurati sul numero di pazienti in trattamento rispetto alle situazioni che non prevedono la registrazione centrale.

La registrazione centrale, comunque, può favorire atti di violazione della privacy, e questo può dissuadere alcuni pazienti dall'iniziare il trattamento. Può anche ritardare l'inizio del trattamento.

Un trattamento sicuro ed efficace della dipendenza da oppiacei può essere raggiunto senza la registrazione centrale. Dato che la registrazione potrebbe causare danni ai fini della violazione della privacy, questa deve essere applicata solo nel caso in cui le agenzie governative dispongano di sistemi efficaci per il mantenimento della privacy.

4.5 Finanziamenti

In ciascuna situazione nazionale, il finanziamento e l'accesso equo al trattamento devono essere garantiti per gli approcci terapeutici considerati appropriati. In generale, questo significa fare in modo che il trattamento più conveniente in termini di costi-benefici sia disponibile ed accessibile.

Anche il costo del trattamento per la dipendenza da oppiacei, che grava sui pazienti, influenza i risultati terapeutici. In caso di costi eccessivi, il trattamento non sarà accessibile alle popolazioni svantaggiate. Molti pazienti dipendenti da oppiacei hanno difficoltà a sostenere i costi terapeutici e sono sprovvisti di assicurazione sanitaria. Quando i pazienti devono provvedere al pagamento del trattamento, i tassi di durata e i risultati terapeutici peggiorano rispetto all'erogazione gratuita del trattamento^[55]. Anche lievi oneri economici per il trattamento possono rappresentare un significativo fattore disincentivante.

I meccanismi di determinazione dei costi terapeutici possono avere conseguenze indesiderate. Se, ad esem-

pio, dosi più alte di metadone e buprenorfina costano più delle dosi più basse, i pazienti possono preferire una dose troppo bassa, con conseguenti scarsi risultati terapeutici. Al contrario, se il costo del trattamento non varia, qualunque sia il dosaggio, i pazienti possono eccedere nelle quantità di dose oltre i propri bisogni e rivendere la quantità di dose eccedente, il che, a sua volta, può rendere il personale sanitario meno incline ad incrementare la dose farmacologica, quando il paziente lo richieda.

Anche il costo di erogazione del farmaco è rilevante. Se i pazienti pagano una quota di dispensazione al farmacista o alla clinica ogni volta che ritirano il farmaco, il ritiro del farmaco può avvenire con minore frequenza.

Benché sia impossibile evitare tutti gli inconvenienti (quelli, cioè, che hanno effetti inattesi e indesiderabili), rendere il trattamento gratuito e accessibile può contribuire a minimizzarli.

Quando una nazione gode di un sistema sanitario completamente pubblico, questo deve includere l'accesso al trattamento per la dipendenza da oppiacei. Quando una nazione dispone di un sistema assicurativo, anche questo deve includere l'accesso al trattamento per la dipendenza da oppiacei, riconoscendo che in molti casi sarà necessario un trattamento a lungo termine.

Un altro aspetto relativo al finanziamento del trattamento è la sostenibilità. In molti casi, per promuovere il trattamento per la dipendenza da oppiacei vengono istituiti finanziamenti pilota. Non è appropriato, comunque, utilizzare finanziamenti a breve termine per trattamenti di mantenimento con agonisti a lungo termine senza una prospettiva realistica del numero di persone in trattamento che potranno continuare ad accedere al trattamento farmacologico al termine della fase pilota.

L'istituzione e il mantenimento dei servizi di trattamento per l'abuso/dipendenza da oppiacei devono evidentemente trovare un proprio spazio all'interno del più ampio sistema di erogazione e finanziamento sanitario in una data nazione. Comprendere il modo in cui incrementare e allocare fondi sanitari in una nazione, quindi, è importante al fine di pianificare in modo appropriato i servizi di trattamento per gli oppiacei. Un potenziale ostacolo al trattamento, particolarmente importante in molte nazioni che dispongono di risorse relativamente esigue, è la dipendenza dai privati, la spesa "out of pocket", ossia interamente a carico dei cittadini, come meccanismo primario per sostenere i servizi sanitari. Piani assicurativi sanitari pubblici costituiscono un meccanismo più equo

per sostenere i servizi sanitari, nonché una base più idonea per lo sviluppo e il mantenimento dei servizi per il trattamento degli oppiacei a livello pubblico.

La determinazione delle risorse complessive e dei costi associati occorrenti per intraprendere e mantenere un servizio terapeutico per la dipendenza da oppiacei deve costituire un elemento chiave della pianificazione strategica. Benché siano state elaborate stime di costi per diverse tipologie di programmi terapeutici per la dipendenza da oppiacei [56,57,58,59,60,61,62,63], queste sono fortemente limitate al contesto di nazioni ad alto reddito, dove costi e livelli di finanziamento per la sanità possono differire notevolmente da quelli osservati in nazioni a medio e basso reddito. Ad esempio, benché le cifre relative al personale sanitario richiesto figureranno in modo preminente in qualsiasi pianificazione delle risorse, i costi di questa attività possono non rappresentare una componente così ampia dei costi totali nelle nazioni a medio e basso reddito (dati i salari più ridotti). Al contrario, i costi di acquisto e distribuzione dei farmaci, di carburante, di servizi e strumentazione, possono costituire una porzione relativamente ampia dei costi in tali nazioni. L'OMS dispone di metodi e strumenti che possono essere utilizzati per contribuire alla pianificazione di tali risorse e alla determinazione del costo del programma a livello nazionale [64].

Raccomandazione (*Requisito minimo*)

Il trattamento deve essere accessibile alle popolazioni svantaggiate.

Raccomandazione (*Requisito minimo*)

Nel momento in cui vengono avviati servizi terapeutici, deve esservi una prospettiva realistica che quel servizio sia finanziariamente sostenibile.

Raccomandazione (*Best practice*)

Per ottenere una copertura ottimale e buoni risultati terapeutici, il trattamento della dipendenza da oppiacei deve essere erogato senza aggravio fiscale o coperto da assicurazione sanitaria pubblica.

4.6 Copertura

Il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei deve essere accessibile a tutti coloro che ne abbiano necessità, compresi i detenuti (l'efficacia del trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei è ben documentata in questo contesto) e i reclusi [65,66,67]. Devono essere evitate le interruzioni del trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei quando i pazienti entrano ed escono dai regimi di custodia.

I programmi di trattamento devono essere concepiti in modo da essere quanto più accessibili possibile; ad esempio, i servizi erogatori devono essere fisicamente accessibili, aperti ad orari convenienti, non presentare eccessive restrizioni all'accessibilità ed avere la capacità di espandersi in caso di crescita della domanda. Il servizio addetto al trattamento terapeutico deve fornire strutture adeguate e deve avere orari di apertura che permettano al personale e al paziente riservatezza e sicurezza, strutture di erogazione accessibili e adeguate e scorte sicure di farmaci.

Raccomandazione (*Requisito minimo*)

Il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei deve essere ampiamente accessibile; a tale scopo, potrebbe essere prevista l'erogazione del trattamento in regimi di cura primaria. I pazienti affetti da comorbidità possono essere trattati in luoghi di primo intervento se è garantito l'accesso al consulto specialistico, in caso di necessità.

Raccomandazione (*Best practice*)

Il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei deve essere accessibile a tutti coloro che ne abbiano necessità, compresi i detenuti e i reclusi.

4.6.1 CURE PRIMARIE

L'integrazione del trattamento per la dipendenza da oppiacei nei luoghi di primo intervento favorisce l'accessibilità alle terapie, benché non possa essere attuata in tutti i regimi di cura. Gli operatori sanitari che esercitano nell'assistenza di base si appoggeranno, in genere, al sistema specialistico per la formazione, l'addestramento, la consulenza e il deferimento del paziente. Godendo di tale supporto, i pazienti affetti da comorbidità piuttosto complesse possono essere trattati in sicurezza all'interno del sistema di cure di primo intervento.

Il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei, i servizi rivolti al trattamento dell'astinenza da oppiacei e la prevenzione delle ricadute possono essere tutti erogati nei regimi di cure primarie, purché sussistano le condizioni adeguate.

Sono stati svolti numerosi studi sperimentali sul trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei praticato in luoghi di primo intervento [68,69,70]. L'impiego di medici generici nel trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei incrementa significativamente la qualità del servizio; nelle nazioni che hanno adottato questo approccio il numero di trattamenti ha subito un rapido incremento [71].

Il trattamento praticato nell'ambito delle cure primarie presenta, inoltre, il vantaggio di integrare i servizi medici e psichiatrici per la tossicodipendenza nei servizi principali, per cui il marchio spregiativo di tossicodipendenza va sbiadendo e l'isolamento professionale dello staff medico è meno stringente. L'integrazione riduce, inoltre, alcuni dei problemi che possono insorgere all'interno delle cliniche, quando al loro interno vengono riuniti pazienti in trattamento con agonisti degli oppiacei in numero elevato. All'interno delle cliniche, l'interazione tra i pazienti può favorire lo spaccio di droga e creare un ambiente anti-terapeutico. All'esterno di queste strutture, l'aggregazione di tossicodipendenti può divenire un bersaglio visibile per i membri della collettività che non approvano il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei.

Le cure primarie possono offrire, inoltre, servizi per la gestione dell'astinenza da oppiacei e di prevenzione delle ricadute, con efficacia analoga a quella ottenuta presso le cliniche specialistiche, ma a costi più contenuti^[72,73].

4.6.2 CARCERI

Ai detenuti non deve essere negata un'assistenza sanitaria adeguata in virtù dello stato detentivo. Questo normalmente implicherebbe che le opzioni terapeutiche disponibili al di fuori degli ambienti carcerari fossero accessibili anche all'interno. La disintossicazione da oppiacei, il mantenimento con agonisti e il trattamento con naltrexone devono essere tutti disponibili all'interno delle carceri e i detenuti non devono essere obbligati a sottoporsi ad un particolare trattamento.

Il trattamento con agonisti degli oppiacei nelle carceri

I benefici derivanti dal mantenimento con agonisti degli oppiacei all'interno delle carceri sta nel minor consumo di droghe per via iniettiva, nell'aumento dell'utilizzo del trattamento all'uscita dal carcere e nella riduzione dei tassi di re-incarcerazione. I danni potenziali includono la diversione del farmaco e la diffusione di HIV attraverso l'iniezione del farmaco in diversione utilizzando siringhe o materiale iniettivo contaminato. Proprio a causa di questi danni potenziali, la somministrazione non supervisionata delle dosi non risulta generalmente appropriata all'interno delle carceri. I tassi di diversione di metadone sono bassi, anche in contesti detentivi, e possono essere ulteriormente ridotti diluendo il metadone e tenendo i pazienti in trattamento metadonico isolati dagli altri detenuti per 30 minuti dopo la somministrazione della dose.

Dato che una compressa sublinguale impiega fino a 15 minuti per dissolversi, è difficile supervisionare la somministrazione di buprenorfina nelle carceri e talvolta i pazienti subiscono la pressione di altri detenuti per l'utilizzo del farmaco per via iniettiva^[74]. I metodi adottati per incrementare l'efficacia del processo di supervisione comprendono lo schiacciamento della compressa, la registrazione di filmati che documentino l'assunzione della dose e l'ispezione della bocca dopo l'assunzione. In caso di difficoltà nella supervisione della somministrazione di buprenorfina, può essere preferibile il ricorso al metadone.

I dirigenti e gli amministratori carcerari devono garantire interazioni adeguate tra i servizi sanitari interni alla prigione e i servizi per il trattamento di mantenimento con oppiacei all'esterno della prigione. Anche minime lacune nella continuità delle cure sono nocive per il paziente e determinano il rischio di ricaduta nell'uso di oppiacei illeciti. Ne consegue che il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei deve continuare anche dopo il rilascio. Questo implica un'azione coordinata: il giorno del rilascio deve coincidere con il giorno in cui viene intrapreso il trattamento con agonisti degli oppiacei all'esterno del carcere.

Ai pazienti non in trattamento in carcere deve essere concessa l'opportunità di intraprendere l'assunzione di metadone o di buprenorfina all'interno del carcere, anche nel caso in cui il periodo di attesa di pronunciamento della sentenza sia breve. Intraprendere il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei all'interno del carcere significa ridurre l'alto rischio di overdose e di morte al rilascio nonché ridurre i tassi di re-incarcerazione.

4.7 Quali trattamenti rendere disponibili?

Se le nazioni sono in grado di offrirli, l'ideale sarebbe rendere disponibili sia il metadone che la buprenorfina per il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei. Disporre di entrambi i trattamenti significa che i pazienti che sperimentano effetti indesiderati dovuti all'assunzione di uno dei farmaci, o che non rispondono ad uno di essi, possano tentare con il farmaco alternativo. Questa situazione può incrementare la percentuale di soggetti dipendenti da oppiacei in trattamento con agonisti degli oppiacei; può incrementare anche l'efficacia del trattamento, indirizzando il paziente al trattamento più adeguato. L'ulteriore disponibilità di agonisti alfa-2-adrenergici per il trattamento dell'astinenza da oppiacei aumenta le opzioni per chi desidera interrom-

per la dipendenza il più rapidamente possibile o per chi intenda iniziare l'assunzione di naltrexone dopo la fase di disintossicazione. La disponibilità di naltrexone dopo il periodo di disintossicazione costituisce, inoltre, un'ulteriore preziosa opzione terapeutica, perché da essa deriva una riduzione del tasso di ricadute.

Raccomandazione (*Requisito minimo*)

Opzioni essenziali di trattamento farmacologico devono consistere nel trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei e nei servizi per la gestione dell'astinenza da oppiacei. Come minimo, ci dovrebbe essere disponibilità di metadone o buprenorfina per il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei e la gestione dell'astinenza in regime ambulatoriale.

Raccomandazione (*Best practice*)

Le opzioni di trattamento farmacologico devono includere sia metadone che buprenorfina per il mantenimento con agonisti e per la disintossicazione, agonisti alfa-2-adrenergici per la disintossicazione, naltrexone per la prevenzione delle ricadute e naloxone per il trattamento dell'overdose.

4.8 Supervisione della somministrazione di dose per il mantenimento con metadone e buprenorfina

La lettura di questo paragrafo deve essere accompagnata dalla lettura del paragrafo dedicato al trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei (Paragrafo 6.4). In assenza di supervisione del dosaggio, è probabile che metadone e buprenorfina vengano dirottati per uso illecito, generando problemi di overdose, pratiche

iniettive e diffusione di virus per via ematica. La supervisione di ogni somministrazione di dose, comunque, è gravemente restrittiva per i pazienti e rappresenta un fattore limitante l'accettazione del trattamento. La supervisione della maggior parte delle somministrazioni, inoltre, è onerosa per i pazienti, ma non necessariamente dannosa per l'individuo in trattamento; al contrario, può essere di beneficio nelle fasi iniziali di trattamento.

Regolamenti e norme che disciplinano il grado di supervisione di somministrazione di metadone e buprenorfina per il mantenimento devono attenersi ai principali trattati internazionali e riflettere l'equilibrio tra l'accettabilità del trattamento e il rischio di diversione accettabile per la comunità. Programmi in cui il farmaco viene dirottato al mercato di strada non costituiscono un beneficio per i pazienti e spesso non sono tollerati all'esterno del settore sanitario. Con opportuna guida, il personale terapeutico può selezionare i pazienti a minor rischio di diversione, che sono più indicati a ricevere un livello più basso di supervisione della somministrazione (Paragrafo 4.6).

Nella maggior parte dei casi, un adeguato addestramento del personale, adeguate politiche di "take home" e restrizioni legali sui farmaci procurati illecitamente possono minimizzare la diversione, senza necessitare di un ordinamento specifico. I programmi saranno più sostenibili se esistono sistemi che prevengano o minimizzino la diversione della terapia farmacologica e che monitorino i benefici terapeutici. Come minimo, dovrebbero essere previsti sistemi di monitoraggio adeguati alla portata della diversione (Paragrafo 5.7).