

Un Metodo Semplificato per
IL MONITORAGGIO
COSTANTE DEI RISULTATI
dopo un Trattamento per Abuso
di Sostanze Stupefacenti

16 settembre 2013

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist
e dottor **Alfonso Paredes**



Un Metodo Semplificato per
IL MONITORAGGIO
COSTANTE DEI RISULTATI
dopo un Trattamento per Abuso
di Sostanze Stupefacenti



16 settembre 2013

Richard D. Lennox
Chestnut Health Systems
2404 Western Park Lane, Hillsborough, NC 27278, USA

Marie A. Sternquist
Consulente Indipendente sulla Ricerca
14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA

Alfonso Paredes
Professore Emerito di Psichiatria
Università della California a Los Angeles

Un Metodo Semplificato per **IL MONITORAGGIO** **COSTANTE DEI RISULTATI** dopo un Trattamento per Abuso di Sostanze Stupefacenti

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist e Dr. Alfonso Paredes
Revisione paritaria e pubblicazione a cura di Libertas Academica

RIEPILOGO

La raccolta di routine dei risultati dei trattamenti per abuso di stupefacenti per gestire la qualità delle cure, migliorare il livello di soddisfazione del paziente e stanziare risorse per tale trattamento è attualmente ostacolata da due difficoltà chiave: (1) problemi nel localizzare i clienti dopo che hanno terminato il trattamento; e (2) i costi proibitivi legati alla raccolta di dati significativi e affidabili dopo i trattamenti. Questo studio ha indagato su metodi precisi al fine di ottenere un sistema economico di Routine Outcome Monitoring (ROM) [monitoraggio costante dei risultati] da parte degli operatori tramite un sondaggio telefonico composto da 18 voci fondamentali e rappresentative. Quando è stato attuato presso il Narconon dell'Oklahoma, un programma in pensione completa di recupero dei tossicodipendenti basato sulle abilità comportamentali e sociali, questo sistema si è dimostrato psicometricamente adeguato per quanto riguarda i rapporti complessivi e ha fornito informazioni cliniche utili.

Tale studio ha analizzato la procedura sviluppata e attuata dal Narconon dell'Oklahoma ("Narconon") al fine di monitorare i risultati a lungo termine conseguiti dai diplomati di questo programma di recupero da droghe e alcol. Questo documento descrive i metodi precisi per un sistema economico di monitoraggio costante dei risultati da parte degli operatori tramite sondaggio telefonico, composto da 18 voci fondamentali, come usato nel programma Narconon, nonché gli esiti del processo di monitoraggio dei risultati.

Gli obiettivi del monitoraggio costante dei risultati sono chiari: garantire la ripetibilità dell'efficacia del trattamento, la sua uniformità e il rapporto tra efficacia e costo; migliorare la qualità complessiva del trattamento; garantire l'affidabilità di coloro che offrono servizi sanitari ai finanziatori, monitorando i loro risultati e la qualità del trattamento.

Seguire i clienti in maniera sistematica dopo un intervento completo, quando stanno operando come membri della loro famiglia, gruppo di lavoro o comunità, sotto una supervisione minima, è uno dei

metodi più convincenti per dimostrare l'efficacia dei programmi sanitari a livello comportamentale nel mondo reale. Nonostante qualsiasi scopo dichiarato di raccogliere ogni dato post dimissione rilevante, la maggior parte dei tentativi di monitoraggio delle performance è ancora in fase di sviluppo. Le limitazioni alla raccolta di dati includono: (1) difficoltà nel seguire i clienti dopo che hanno lasciato la sede del trattamento; (2) utilizzo di operatori addetti al trattamento per raccogliere dati sul monitoraggio, quando la loro principale funzione sarebbe quella di fornire servizi relativi alla dipendenza da sostanze chimiche; (3) fare affidamento su interviste personali e altri protocolli che richiedono molto tempo, sono costosi, richiedono una considerevole formazione per gli operatori e che potrebbero risultare in un'alterazione dei dati o una loro perdita per via della complessità del monitoraggio.

Il Narconon ha sviluppato un processo semplificato per il monitoraggio costante dei risultati per via telefonica, che viene condotto all'interno di una struttura sanitaria permanente. L'impiego di un'indagine breve sui risultati, è abbastanza semplice da potersi inserire nella routine degli operatori e di una piccola struttura e ha il vantaggio di poter essere posta in essere da individui che non siano stati formati sui metodi di ricerca. La procedura permette al programma di ottenere dei feedback rapidi e, in tal modo, individuare e lavorare con i clienti che hanno avuto delle difficoltà dopo aver lasciato il programma e, allo stesso tempo, permette di ottenere i dati, il che è utile per il monitoraggio dell'efficacia generale del programma di recupero, poiché permette ai responsabili di apportare modifiche che potrebbero essere necessarie per incrementare l'efficacia del programma.

Lo scopo di questo studio era quello di valutare l'efficacia di un sistema di monitoraggio costante dei risultati (ROM), postrattamento, quale strumento per misurare e migliorare i risultati dei servizi di recupero dei tossicodipendenti. Per raggiungere questo risultato, Narconon International e Psychometric Technologies Incorporated hanno sviluppato una metodologia scientifica per ottenere dati di monitoraggio utili e implementarli con i sistemi di iscrizione, gestione dei casi e monitoraggio dei clienti che erano già in essere nel Narconon. Inizialmente era stato sviluppato un questionario a 10 voci, ma questo è stato ampliato nel corso dello studio, seguendo le raccomandazioni degli operatori di assistenza postrattamento e gestione dei casi. Alla fine è stata realizzata un'indagine che consiste in sei voci relative all'uso, riportato dal paziente stesso, di droghe e alcol negli ultimi 30 giorni, due voci relative all'uso generico di droghe dopo aver completato il trattamento, cinque voci relative alle questioni riguardanti la qualità della vita negli ultimi 30 giorni e varie altre domande utili per valutare il successo del reintegro del soggetto nella comunità.

Ai fini dello sviluppo e della valutazione di questo strumento e della metodologia ROM, questo progetto è stato limitato ai soggetti che hanno completato il programma Narconon (chiamati "diplomati"). Gli operatori Narconon hanno compilato una lista di soggetti che hanno completato il programma tra il 2004 e il 2007.

Gli specialisti dell'assistenza postrattamento hanno condotto i sondaggi ROM per via telefonica. Inizialmente, congiuntamente ai sondaggi telefonici per i diplomati, sono stati fatti sondaggi ai parenti stretti dei diplomati per valutare l'affidabilità dei dati forniti dai diplomati stessi. Una volta rilevato che c'era un'alta correlazione statistica tra i dati forniti dai diplomati e quelli forniti dai loro parenti stretti, i parenti venivano intervistati per ottenere dati solo quando, dopo tre tentativi, i diplomati non fossero stati direttamente raggiungibili.

Dai dati ottenuti venivano rimossi i dati relativi all'identità personale, in conformità con le norme federali e locali sulla riservatezza, e successivamente questi ultimi venivano forniti alla Psychometric Technologies Incorporated per l'analisi.

I dati sono stati ottenuti da 323 dei 419 soggetti che hanno fatto ritorno alle proprie comunità, per il restante 22,9% i dati sono mancanti. Il primo punto di campionamento aveva un tasso inadeguato di monitoraggio. Riesaminando le azioni di successo di altri ricercatori in questo campo sono stati apportati miglioramenti come segue: (1) Gli operatori sono stati formati per usare un semplice modulo di iscrizione per raccogliere molteplici recapiti telefonici e email dal cliente, nonché per ottenere vari dati relativi a numeri di telefono e indirizzo; (2) Tutti i recapiti sono stati verificati e aggiornati al momento della dimissione e (3) Una lista di verifica scritta è stata implementata per organizzare ogni passo del processo di monitoraggio. Quale risultato di questi miglioramenti, la percentuale di contatto posttrattamento è aumentata considerevolmente, oltre l'80%.

I dati ottenuti da diplomati e parenti (fonti collaterali) sono stati analizzati a livello statistico e si sono dimostrati altamente coerenti. Questo ha permesso di stabilire la validità delle misure di riferimento dei dati da parte dei diplomati impiegate nella ROM. Nel set totale di dati, il 72,1% dei dati utilizzati sono stati riferiti dai diplomati stessi.

I dati sono stati analizzati per determinare il grado di ricorrenza dei problemi di droga tra i diplomati del programma Narconon. I seguenti risultati sono stati ottenuti quando è stato chiesto ai diplomati (o ai loro parenti) dell'uso di droghe nei 30 giorni precedenti all'intervista per il sondaggio:

Tavola 5. Ricorrenza dei problemi legati alle droghe.

Uso di droghe e problemi	Uso di droghe nel processo di monitoraggio			
	Diplomato (N = 238)		Parente (N = 94)	
	Nessuno	1 o più giorni	Nessuno	1 o più giorni
1. 30 giorni: nessun uso di alcol	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 giorni: uso di alcol fino all'ubriachezza	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 giorni: cocaina	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 giorni: marijuana/hashish	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 giorni: eroina	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 giorni: altre droghe illegali	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Dopo il diploma: uso di alcol fino all'ubriachezza	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Dopo il diploma: uso di altre droghe illegali	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 giorni: arresto per crimini relativi alle droghe	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 giorni: notte passata in cella	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 giorni: stress dovuto all'uso di droghe da parte tua	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 giorni: riduzione o rinuncia ad attività importanti	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 giorni: sono stati sperimentati problemi emozionali	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Nota: I numeri tra parentesi sono la percentuale di risposte valide

Va sottolineata in particolare la capacità di monitorare, su 30 giorni, il tasso d'uso di droghe e alcol da parte degli ex partecipanti, al fine di stabilire l'efficacia delle procedure del programma. In questo caso, come mostrato sopra dalla Tavola 5, i dati hanno mostrato:

Nessun uso di cocaina	92%
Nessun uso di marijuana/hashish	94%
Nessun uso di eroina	95%
Nessun uso di altre droghe	93%
Nessun uso di alcol fino all'ubriachezza	90%
Nessun uso di alcol	76%

Uno degli ulteriori scopi dell'istituzione della procedura ROM era determinare la sua praticabilità nel monitoraggio dei diplomati del programma al fine di essere in grado di aiutarli nel caso in cui dovessero avere ulteriori difficoltà con l'uso di droghe o alcol. A questo fine, è stata inserita una domanda per determinare se al soggetto fossero necessari servizi di recupero dopo essersi diplomato al programma. Si è scoperto che solo il 12% di coloro che hanno completato il programma ha riferito di aver bisogno di ulteriori servizi di recupero.

Questo resoconto mostra la fattibilità di un sistema di monitoraggio costante dei risultati (ROM) per l'uso in strutture per il trattamento di chi ha fatto abuso di droghe. La gestione del recupero per via telefonica può indirizzarsi a vari fattori, inclusi:

(1) Stabilizzazione e sostegno del recupero rispondente ad una filosofia di cura individuale; (2) Qualsiasi stigma associato al ritorno alla struttura dopo aver completato il trattamento; (3) Raggiungere clienti che vivono distanti dalla struttura del trattamento; e (4) Potenziali oneri finanziari e relativi agli operatori.

I dati ottenuti attraverso il sistema ROM sembrano adeguati a soddisfare i requisiti di tutela dell'utilizzo corretto dei fondi. Ad eccezione del primo punto di monitoraggio, questo progetto ha prodotto uniformemente un campione rappresentativo superiore all'80% e ha richiesto una formazione davvero ridotta per gli operatori. Le verifiche collaterali nella fase iniziale del progetto hanno indicato una minima parzialità dovuta a "testimonianze di gratitudine" (nelle quali il cliente non voleva ferire i sentimenti del consulente riferendo una mancanza di successo³⁹), il che può essere dovuto all'aver impiegato operatori non addetti al trattamento per il monitoraggio.

Questo progetto è stato intrapreso in seguito alla richiesta di un programma mirante a migliorare continuamente i risultati del trattamento, inclusi quelli non attesi. Far partecipare gli operatori del programma di trattamento al processo di monitoraggio dei propri risultati e di inserimento dei dati ottenuti in decisioni gestionali, probabilmente condurrà ad una maggiore responsabilità verso il miglioramento dei risultati del trattamento. I calcoli relativi all'efficacia del trattamento per fini quali decisioni di finanziamento da parte di terzi potrebbero essere rafforzati includendo una verifica per via telefonica tramite ROM indipendente, su un campione casuale del 10%.

Questo progetto era focalizzato solo sui clienti che hanno completato il programma. I tassi di monitoraggio e soprattutto i dati relativi ai risultati possono essere generalizzati solo per coloro i quali completino l'intero corso del programma. I futuri progetti per rifinire ulteriormente questo

sistema ROM dovrebbero analizzare la fattibilità relativamente a tutte le categorie di dimissione. Per una garanzia di qualità e ai fini del miglioramento del programma, è importante ottenere dati dalle persone che lasciano il programma prima del completamento.

I trattamenti di qualità dovrebbero essere efficaci nel modificare l'atteggiamento verso l'uso di droghe dopo il termine del trattamento per il paziente. L'obiettivo primario di qualsiasi sistema ROM è di fornire un percorso in continua evoluzione di dati a lungo termine relativi ai risultati, con il quale valutare qualsiasi cambiamento nei risultati del trattamento che possa riflettere cambiamenti nella qualità o nella terapia.

È disponibile per il download una versione completa in PDF di questo studio al seguente indirizzo:
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

RIFERIMENTI:

1. Glasner-Edwards S, Rawson R. Pratiche basate su prove di efficacia nei trattamenti di dipendenze: esame e raccomandazioni per l'ordine pubblico. *Politica sanitaria*. Ott 2010; 97(2-3):93-104.
2. Rosa C, Ghitza U, Tai B. Selezione e utilizzo degli strumenti di valutazione negli esperimenti di trattamento di abuso di sostanze tossiche: l'esperienza del National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Abuso di sostanze tossiche e recupero*. 17 Lug 2012;3(1):81-9.
3. 111esimo Congresso degli Stati Uniti d'America. GPRA Modernization Act of 2010. Washington, DC; 2010 <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr2142enr/pdf/BILLS-111hr2142enr.pdf>. Accesso effettuato il 21 lug 2013.
4. Darby K, Kinnevy SC. GPRA e sviluppo di sistemi di misura delle performance. *Journal of evidence-based social work*. Gen 2010;7(1):5-14.
5. Centro per il trattamento di abuso di sostanze tossiche (CSAT) Strumenti di raccolta dati: servizi discrezionali. Disponibile a: <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Accesso effettuato il 22 lug 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Sviluppare sistemi di misura delle performance per servizi relativi ad alcol e altre droghe in piani di cura regolati. Washington Circle Group. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. Nov 2000;26(11):633-43.
7. Harrison PA, Asche SE. Monitoraggio dei risultati in Minnesota: implicazioni del trattamento e limitazioni pratiche. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Dic 2001;21(4):173-83.
8. Soldz S, Panas L, Rodriguez-Howard M. L'affidabilità del Massachusetts Substance Abuse Management Information System. *J. Clin, Psicologo*. Set 2002;58(9):1057-69.
9. Evans E, Hser YI. Test pilota di un sistema di monitoraggio dei risultati a livello statale: panoramica del California Treatment Outcome Project (CALTOP). *Journal of Psychoactive Drugs*. Mag 2004;Suppl 2:109-14.
10. Minnesota Department of Human Services. Manuale utente DAANES online per i programmi di trattamento della dipendenza da sostanze chimiche. Minnesota Department of Human Services, DAANES Data Processing Unit, Performance Measurement and Quality Improvement Division Saint Paul, Minnesota, 2013. http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business_partners/documents/pub/dhs16_152493.pdf. Accesso effettuato il 21 lug 2013.
11. Ditta. *Minnesota's Statewide Strategy for Drug and Violent Crime Control*. DIANE Publishing Company; 1995.

12. Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, Weisner CM. Risultati della cura continuativa e dell'uso a lungo termine di sostanze tossiche in terapia intensiva: prime prove per un modello basato su casi primari. *Servizi psichiatrici*. Ott 2011;62(10):1194–200.
13. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Standard orientati ai risultati e indicatori delle performance per i programmi di recupero da dipendenza da sostanze tossiche. *Usa e abuso di sostanze tossiche*. Ott–Dic 2000;35(12–14):1679–703.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Alcohol and Drug Services Study (ADSS): The National Substance Abuse Treatment System: Facilities, Clients, Services, and Staffing. Office of Applied Studies. Rockville, MD, 2003. <http://www.samhsa.gov/data/ADSS/ADSSOrg.pdf>. Accesso effettuato il 21 lug 2013.
15. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, et al. Un esperimento randomizzato di una cura continuativa estesa, per via telefonica, per la dipendenza da alcol: risultati dell'uso di sostanze tossiche durante il trattamento. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dic 2010;78(6):912–23.
16. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. L'efficacia della cura continuativa per via telefonica per la dipendenza da alcol e cocaina: risultati su 24 mesi. *Arch Gen Psychiatry*. Feb 2005;62(2):199–207.
17. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passetti LL. Risultati preliminari dell'esperimento assertivo di cura continuativa per gli adolescenti dimessi dal trattamento in pensione completa. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Lug 2002;23(1):21–32.
18. Paredes A. Il programma di recupero dalle droghe Narconon: una panoramica descrittiva. http://www.narconon.org/Narconon_program_overview_DrParedes.pdf. Accesso effettuato il 6 ago 2013.
19. Schnare DW, Denk G, Shields M, Brunton S. Valutazione di un regime di disintossicazione per gli xenobiotici accumulati nel tessuto adiposo. *Ipotesi Mediche*. Set 1982;9(3):265–82.
20. Cecchini M, LoPresti V. Residui di droghe accumulati nel corpo dopo la cessazione del loro uso: impatti sull'equilibrio neuroendocrino e il comportamento; uso del regime di sauna Hubbard per rimuovere le sostanze tossiche e ripristinare la salute. *Ipotesi Mediche*. 2007;68(4):868–79.
21. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1992;9(3):199–213.
22. Moos RH, King MJ. Partecipazione al trattamento in pensione completa in comunità e risultati dei pazienti che hanno abusato di sostanze tossiche alla dimissione. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Gen–Feb 1997;14(1):71–80.
23. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Fattori del programma e risultati del trattamento della dipendenza dalle droghe: un esame effettuato utilizzando meta-analisi. *Usa e abuso di sostanze tossiche*. Ott–Dic 2000;35(12–14):1931–65.

24. Moos RH. Procedimenti teorici che promuovono la riduzione dei disturbi relativi all'uso di sostanze tossiche. *Clin Psychol Rev.* Giu 2007;27(5):537-51.
25. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. Il laboratorio in rapporto alla clinica. Effetti della psicoterapia infantile e adolescenziale. *The American Psychologist.* Dic 1992;47(12):1578-85.
26. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). CSAT GPRA Client Outcome Measures for Discretionary Programs. http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT_GPRA_ClientOutcome2006.pdf. Accesso effettuato il 6 ago 2013.
27. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Riconsiderare la valutazione dei trattamenti delle dipendenze: da un monitoraggio retrospettivo a uno contemporaneo al recupero. *Dipendenza.* Apr 2005;100(4):447-58.
28. Laudet AB, White W. Quali sono le tue priorità, ora? Identificare le necessità di servizi durante le fasi del recupero per fornire le informazioni necessarie allo sviluppo del servizio. *Journal of Substance Abuse Treatment.* Gen 2010;38(1):51-9.
29. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. I problemi legati alle dipendenze di coloro che abusano di sostanze tossiche, sono davvero collegati? *J Nerv Ment Dis.* Apr 1981;169(4):232-9.
30. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions.* Mar-Apr 2006;15(2):113-24.
31. Desmond DP, Maddux JF, Johnson TH, Confer BA. Ottenere interviste di monitoraggio per la valutazione del trattamento. *Journal of Substance Abuse Treatment.* Mar-Apr 1995;12(2):95-102.
32. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. Estrapolare un modello per i fattori di rischio per l'abuso di nicotina e altre droghe nel laboratorio preclinico. *Dipendenza da alcol e droghe.* Ott 1, 2009;104 Suppl 1:S70-8.
33. Gerstein DR, Green LW, editori. *Prevenire l'abuso di droghe: cosa sappiamo?* Washington, DC: National Academy Press; 1993.
34. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Efficacia del trattamento in pensione completa, a lungo termine, dell'abuso di sostanze tossiche per le donne: dati emersi da tre studi nazionali. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* Aug 2004;30(3):537-50.
35. Oudejans SC, Schippers GM, Merckx MJ, Schramade MH, Koeter MW, van den Brink W. Fattibilità e validità di sondaggi telefonici di monitoraggio a basso budget nel monitoraggio costante dei risultati del trattamento dell'abuso di sostanze tossiche. *Dipendenza.* Lug 2009;104(7):1138-46.

36. Tiet QQ, Byrnes HF, Barnett P, Finney JW. Un sistema pratico per monitorare i risultati dei pazienti affetti da disturbi relativi all'uso di sostanze tossiche. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Giu 2006;30(4):337-347.
37. Stanford M, Banerjee K, Garner R. Trattamento di patologie croniche e dipendenze: uno studio di fattibilità sull'implementazione del monitoraggio continuativo, postrattamento, del recupero. *Journal of Psychoactive Drugs*. Set 2010;Suppl 6:295-302.
38. American Society for Addiction Medicine (ASAM). *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders, Second Edition Revised*. Second Edition, Revised ed. Chevy Chase, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
39. Campbell DT. Riforme come esperimenti. *Amer Psychol*. 1969;24:409-29.

