

FeDerSerD

informa

SPECIALE 1° PREMIO MOLTENI PER LA TOSSICODIPENDENZA

Ottobre 2004

Presentiamo i lavori scientifici pervenuti nel corso del 2002 per il Primo premio nazionale Molteni per la Tossicodipendenza promosso unitamente a FeDerSerD.

Nel corso del Congresso tematico nazionale di FeDerSerD "Le Forme della Integrazione" tenutosi a Milano l'8 e 9 marzo di quest'anno sono stati premiati tre lavori prodotti per le due sezioni del premio: "Metadone e reinserimento" e "Metadone e farmacoeconomia".

Questo sulla base delle risultanze della Commissione valutatrice composta dal Comitato Scientifico Nazionale e dall'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD.

Nelle motivazioni venne segnalato come questa iniziativa, positiva per gli operatori e tendente a stimolare la riflessione ed anche la ricerca nei Ser.T., meritasse approfondimenti e sviluppi.

Per quanto riguarda la qualità degli elaborati presentati la commissione giudicatrice fece notare la necessità di migliorare la metodologia di raccolta ed elaborazione del "dato", ma che la ricchezza di dati clinici che solo i Ser.T. hanno per il settore nel nostro Paese deve essere stimolo per andare in tal senso.

In questo corposo fascicolo sono riportati i testi di tutti i 15 lavori presentati, a riconoscimento delle equipe che hanno utilizzato parte del loro tempo in questo impegno.

FeDerSerD è organizzazione degli operatori al servizio degli operatori. E' una Federazione che cresce se crescono i professionisti dei Servizi, soprattutto per gli aspetti scientifici.

Nel corso del Secondo Congresso nazionale di Firenze verrà presentato il Secondo premio nazionale Molteni per la Dipendenza, sul tema "Il ruolo del metadone nel trattamento del paziente con doppia diagnosi", un tema attuale che certamente troverà interesse nei Servizi. Il Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD valuterà gli elaborati che potranno essere prodotti nel corso di tutto il 2005.

Voglio infine ringraziare la collega Cinzia Assi di Milano, membro del Comitato di Redazione di MISSION, che ha curato il report.

Milano, ottobre 2004

Alfio Lucchini

Segretario Esecutivo Nazionale FeDerSerD

- 1 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO A MANTENIMENTO CON METADONE RISPETTO AL TRATTAMENTO A MANTENIMENTO CON BUPRENORFINA IN TERMINI DI COSTO/EFFICACIA
- 2 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T Soverato
- 3 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T AUSL 7 Catanzaro
- 4 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T USL Valle D'Aosta
- 5 METADONE A MANTENIMENTO PROTRATTO IN REGIME DI AFFIDAMENTO AL PAZIENTE DELLA DOSE SETTIMANALE: CONTROLLO DELLA COMPLIANCE MEDIANTE DOSAGGIO DELLA METADONEMIA E VALUTAZIONE DI COSTI, RISCHI E BENEFICI
- 6 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T ASL 8 Cagliari
- 7 FATTI DI VITA QUOTIDIANA
- 8 VALUTAZIONE DELLA COMPATIBILITÀ DELLA TERAPIA CON METADONE CON L'ORGANIZZAZIONE DELLA VITA DEGLI UTENTI
- 9 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T ASL NA 1
- 10 FOLLOW-UP NATURALISTICO IN UN CAMPIONE DI 66 PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA DIPENDENZA DA SOSTANZE IN COMORBIDITÀ CON ALTRI DISTURBI DI ASSE I
- 11 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T Distretto 45 ASL NA 1
- 12 METADONE E INSERIMENTI TERAPEUTICO-LAVORATIVI
- 13 METADONE E LAVORO
- 14 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE - Ser.T ASL di Brescia
- 15 METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE NELL'ESPERIENZA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DEI SER.T DELLA ASL RM H

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO A MANTENIMENTO CON METADONE RISPETTO AL TRATTAMENTO A MANTENIMENTO CON BUPRENORFINA IN TERMINI DI COSTO/EFFICACIA

■ C. D'Ambra*, N. Caso **, A. Apicella **, A. Ciaramella*, A. Pizzirusso***

* U.O. Ser.T. di Somma Vesuviana (NA) A.S.L. NA/4;

** U.O. Ser.T. di Salerno A.S.L. SA/2;

* U.O. Ser.T. DS 46 A.S.L. NA/1;

*** U.O. Ser.T. di Mariglianese (CE) A.S.L. CE/1.

Introduzione

La farmacoeconomia è la descrizione e l'analisi dei costi di una terapia farmacologica sostenuti dal sistema sanitario e dalla società. Sotto il profilo operativo, la farmacoeconomia è la valutazione delle relazioni tra costi e conseguenze di uno o più programmi terapeutici: un programma terapeutico di tipo farmacologico richiede il consumo di risorse economiche (cioè determina dei costi) e dà luogo a dei prodotti cioè a dei risultati o *outcomes* (Drougalis, 1991). Ogni decisione comporta delle conseguenze dirette, indirette, reversibili, irreversibili, positive o negative che si manifestano a breve o a lunga distanza di tempo dalla scelta. La conoscenza delle conseguenze può condizionare la decisione in modo da renderla quanto mai razionale. In campo economico prevale la teoria utilitaristica e viene assunto come criterio di razionalità il raggiungimento del massimo beneficio per la popolazione a partire dai costi: la decisione viene assunta in base al rapporto costo/beneficio ed è ritenuta razionale e ragionevole la scelta che comporti il maggior beneficio per unità di costo sostenuto. Per quanto concerne l'Addiction Drug i problemi e le patologie ad essa correlati rivestono una notevole importanza nel campo socio-sanitario sia dal punto di vista della valutazione degli interventi che dell'analisi dei costi. Il trattamento farmacologico ha lo scopo fondamentale di stabilizzare la eroinopatia nei pazienti che afferiscono ai Centri delle Dipendenze, contenendo i comportamenti compulsivi, favorendo la riduzione del *craving* e un miglior adattamento psico-sociale.

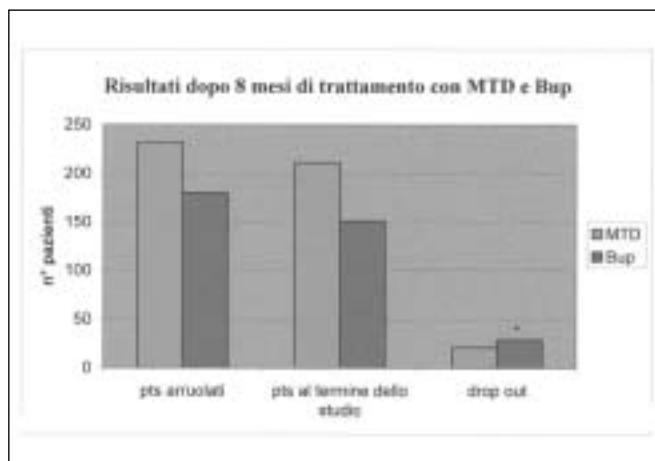
Attualmente, nel nostro paese due sono i farmaci registrati per il trattamento della eroinopatia: il metadone cloridrato e la buprenorfina cloridrato. Il metadone fu sintetizzato da un chimico tedesco durante la seconda guerra mondiale, quando gli Stati Uniti ed i loro alleati interruppero ai tedeschi i rifornimenti di oppio naturale. Il metadone (MTD), che si presenta in modo sorprendentemente diverso dagli altri oppioidi agonisti, ha delle forze steriche che producono una configurazione estremamente simile a quella degli altri oppioidi. In altre parole le forze steriche piegano la molecola di metadone nella corretta configurazione per legarsi al recettore degli oppiacei. Il metadone è un *full agonist* dei recettori μ , δ e κ . E' un farmaco a lunga emivita, usato per la prima volta in un trattamento a mantenimento a metà degli anni sessanta da Dole e Nyswander (1965) della Rockefeller University. Il metadone è ampiamente usato in tutto il mondo ed è

tra i trattamenti conosciuti il più efficace nella terapia della dipendenza da eroina (Dole, e Joseph, 1978). L'altro farmaco, registrato recentemente per il trattamento della dipendenza da oppiacei è la buprenorfina cloridrato, derivato fenantrenico potente e ad azione prolungata. La buprenorfina (Bup) è un agonista parziale dei recettori μ e antagonista dei recettori κ (Cowan e Lewis, 1995; Nutt, 1997). La sua lunga durata d'azione è imputabile alla lenta dissociazione dai recettori μ (Villiger, 1984). Scopo del presente lavoro è stato quello di confrontare l'efficacia e la sicurezza del MTD e della Bup in due gruppi di pazienti con dipendenza da oppiacei e in particolare verificare il rapporto costo/efficacia. Lo studio è stato condotto in quattro Ser.T. della Regione Campania e ha coinvolto 412 pazienti.

Materiali e Metodi

Sono stati osservati nell'arco di 8 mesi 412 pazienti (pts; 390 M e 22 F), con età media di anni 26 ± 9 scelti a *random*. L'arruolamento è stato fatto mediante il sorteggio dei pazienti già in trattamento con Metadone e Buprenorfina presso le rispettive UU.O.O. Ser.T., previa sottoscrizione del consenso informato. Gruppo con MTD 232 pts (177 M e 15 F); Gruppo con Bup 180 pts (173 M e 7 F). Sono stati esclusi pazienti con grave abuso di benzodiazepine e con gravi patologie psichiatriche. All'inizio dello studio osservazionale, i pazienti già valutati secondo i criteri del DSM IV, sono stati sottoposti, dopo il sorteggio, alla somministrazione dell'*Addiction Severity Index* (ASI). L'ASI è stato utilizzato per verificare che non vi fossero differenze significative tra i due gruppi dei pazienti arruolati. Durante lo studio, sono stati monitorati gli esami tossicologici (ricerca dei metaboliti degli oppiacei, cocaina, benzodiazepine e 09-tetraidrocannabinolo), alcuni parametri fisiologici (peso, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica e diastolica), parametri ematochimici (GR, GB, piastrine, Ht, proteine, fosfatasi alcalina, VES, ALT, AST, γ GT, glicemia, sideremia, colinesterasi, azotemia, bilirubina totale e diretta) Il profilo dei segni e sintomi (nausea, euforia, facile stancabilità, sonnolenza, freddo e/o brividi, diarrea, stipsi, sensazione di caldo, dolori diffusi, epigastralgia, orripilazione, irritabilità, cefalea, insonnia, depressione, eccitabilità, prurito, disturbi del ciclo e *craving vs oppiacei*). Essi sono stati valutati con una scala analogica da 0 a 4 (0 = assente; 1 = lieve 2 = medio; 3 = moderato e 4 = forte). Il *craving* valutato

Fig. 1 – Follow-up a otto mesi dei pazienti in trattamento a mantenimento con metadone (MTD; dose compresa tra 60 e 120 mg) e buprenorfina (Bup; dose compresa tra 16 e 30 mg)* $P < 0,05$



con tale scala è stato validato mediante il *Craving Score* (Weddington e Barry, 1990) comprendente 100 item di valutazione quali-quantitativa. I dosaggi di Bup utilizzati erano compresi tra 16 e 30 mg/die (Subutex cpr; Essex Italia S.p.A., Via Serio, 1 Milano). I dosaggi di MTD erano compresi tra 60 e 120 mg/die (Metadone Cloridrato Scir; Molteni & S.p.A. Scandicci, Firenze). A tutti i pazienti in terapia farmacologica è stato proposto un trattamento di sostegno psicossociale. È stato valutato il costo pro die per singolo paziente del gruppo MTD rispetto al gruppo BUP. Il costo economico del singolo paziente in termini di costo/efficacia è stato valutato rispetto alla *compliance*, agli esami tox, al *craving*, alla *safety*, agli effetti collaterali. I dati sono stati elaborati mediante l'analisi della varianza (ANOVA) e il test del chi quadro secondo Pearson quando appropriato con $p < 0,05$ e $0,01$.

Risultati

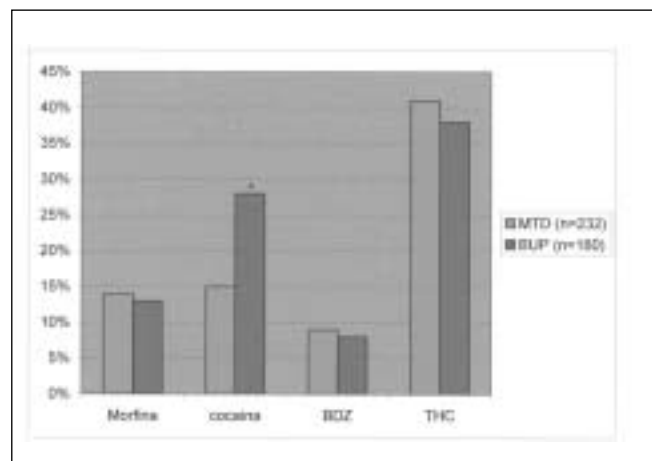
Al termine del periodo di osservazione di mesi otto, dei 232 pazienti (pts) arruolati nello studio e in trattamento a mantenimento con MTD (60-120 mg/die), risultavano ancora in terapia 211 pts mentre venivano segnalati 21 casi di *drop-out*. Dei 180 pazienti in trattamento con buprenorfina (16-30 mg/die), 151 hanno concluso lo studio e 29 son stati i casi di *drop-out* (fig. 1).

Lo studio dei parametri ematici dei due gruppi trattati con MTD e con Bup ha mostrato un significativo miglioramento degli indici funzionali epatici (transaminasi) (tab. 1 e 2).

Gli esami tossicologici dei pazienti trattati con Bup eseguiti durante lo studio, indicano una differenza non significativa rispetto al gruppo trattato con metadone per la positività agli oppiacei, benzodiazepine e Δ^9 -tetraidrocannabinolo; tuttavia il gruppo in trattamento metadonico mostra una minore positività alla cocaina, che risulta essere significativa rispetto al gruppo trattato con Bup (fig. 2).

Per quanto concerne la *safety*, nessuno dei parametri ematologici (tab. 1 e 2) e fisiologici ha mostrato variazioni significative per entrambi i farmaci (tab. 3 e 4).

Fig. 2 – Positività degli esami tossicologici dei gruppi trattati con Bup e MTD. * $P < 0,05$

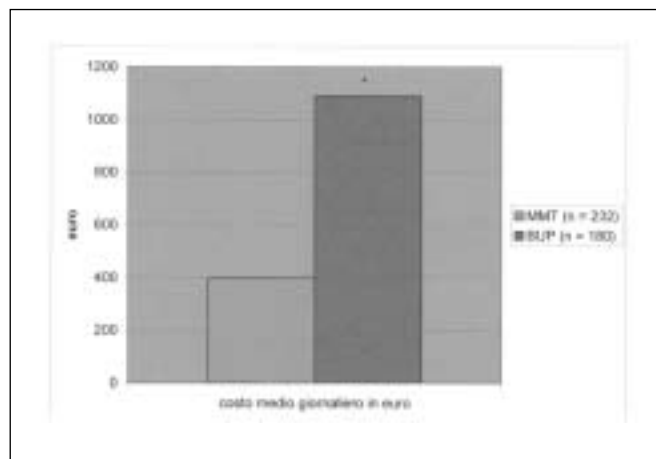


Il profilo dei segni e sintomi (nausea, euforia, facile stancabilità, sonnolenza, freddo e/o brividi, diarrea, stipsi, sensazione di caldo, dolori diffusi, epigastralgia, orripilazione, irritabilità, cefalea, insonnia, depressione, eccitabilità, prurito, disturbi del ciclo e craving vs oppiacei) non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi osservati tranne che per la cefalea, relativamente frequente nel gruppo trattato con buprenorfina (tab. 5). Il costo medio giornaliero per il gruppo trattato con MTD relativamente al solo farmaco è di 398,11 euro; per il gruppo trattato con Bup è di 1090,44 euro. Nonostante tra i due gruppi (MTD = 232 pts; Bup = 180 pts) ci sia una differenza di 52 pts il costo del metadone risulta essere notevolmente inferiore (fig. 3). Un dato molto interessante emerso durante lo studio osservazionale è stato rispetto alla *compliance*, dove il gruppo trattato con MTD ha mostrato più aderenza al trattamento rispetto al gruppo con Bup. Infatti, lo studio osservazionale ha mostrato che i *drop-out* del gruppo trattato con Bup sono stati significativamente maggiori e i relapses più lunghi rispetto al gruppo trattato con MTD (fig. 4).

Discussione

Il nostro studio conferma i dati presenti in letteratura sull'efficacia e sulla tollerabilità del MTD (Mattick e coll., 2002, a) e della Bup (Auriacombe e coll., 2001; Johnson e coll., 2000; Doran. e coll. 2003). Infatti, il presente lavoro indica che i due farmaci hanno un buon profilo farmacocinetico e farmacodinamico. Bisogna però, sottolineare che quando il metadone è somministrato a dosaggi adeguati è preferibile alla buprenorfina così come riportato in letteratura (Mattick e coll., 2002, b). Noi pensiamo che il dosaggio deve essere determinato individualmente a causa delle differenze di metabolizzazione, di peso corporeo e di tolleranza agli oppioidi (Lowinson e coll., 1992). Il dosaggio di mantenimento adeguato è quello in cui il "craving" (appetizione compulsiva) per gli oppiacei scompare, senza produrre euforia, sedazione o analgesia, per 24 - 36 ore (Ward e coll., 1992). Dosaggi di 60 - 100 mg, ed a volte superiori, sono necessari per la

Fig. 3 – Il costo medio giornaliero per tutto il gruppo MTD riferito al solo farmaco è di 398,11 euro, per la Bup è di 1090,44 euro. * $P < 0,01$



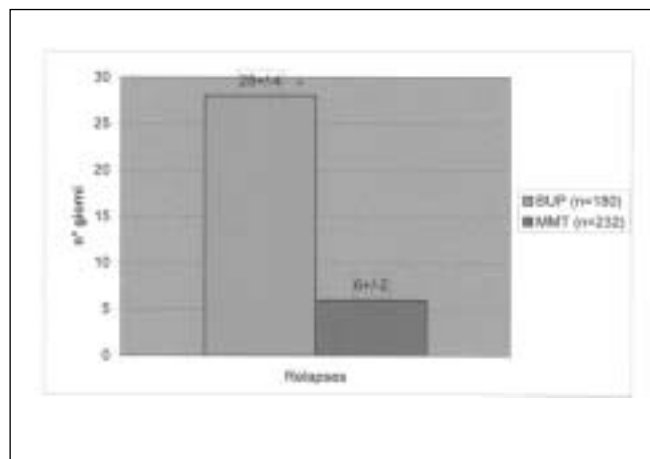
maggioranza dei pazienti (Payte e Khuri, 1993). Dosi inferiori a 60 mg risultano il più delle volte insufficienti per i pazienti che vogliono abbandonare del tutto l'uso di eroina (Institute of Medicine, Federal Regulation of Methadone Treatment).

Un interessante studio prospettico sui risultati dei trattamenti (Hubbard e coll., 1988), che rappresenta uno delle più grandi ricerche contemporanee sui trattamenti per la dipendenza, mette in evidenza che i pazienti riducono drasticamente l'uso di stupefacenti mentre sono in trattamento, e soltanto meno del 10% di essi continua ad usare eroina settimanalmente o giornalmente dopo appena tre mesi di permanenza in trattamento (Hubbard e coll., 1988) e spesso si registra la riduzione anche dell'uso di altre sostanze psicoattive, incluso la cocaina (Magura e coll., 1991), le benzodiazepine e l'alcool (Hartog e Tusen, 1987).

Anche il nostro studio ha evidenziato che il gruppo trattato con MTD ha una maggiore negatività delle urine per la cocaina. Il dato riportato in letteratura (Compton e coll., 1995; Mello e coll., 1989) che la Bup riduce il consumo di cocaina non viene confermato da questo studio.

Gli studi in vivo con microdialisi indicano che la somministrazione di (endorfine e di agonisti selettivi mu e delta degli oppioidi, a dosi che inducono fenomeni di rinforzo positivi, aumentano il rilascio di dopamina nell'Accumbens, mentre la somministrazione di k-agonisti (Collins e coll., 2001, a,b) che inducono un effetto aversivante riduce il rilascio di dopamina nell'Accumbens (Blum e coll., 1989). Si potrebbe ipotizzare che l'attivazione dei k e delta recettori possa attraverso un aumentato rilascio di dopamina, avviare i processi di rinforzo ed indurre la compulsione all'utilizzo di sostanze psicoattive, mentre la stimolazione dei k recettori sarebbe responsabile di un ridotto rilascio di dopamina e quindi di una riduzione dei consumi. La buprenorfina, possedendo un'azione antagonista sui k recettori, potrebbe non controllare il craving per la cocaina; al contrario il metadone essendo anche un agonista k, ridurrebbe la compulsione all'uso di cocaina, così come è stato dimostrato sperimentalmente con gli agonisti k (Collins e coll., 2001, ab).

Fig. 4 – Durata (giorni) dei relapses nei gruppi Bup e MTD. * $P < 0,05$



Lo studio ha altresì evidenziato che durante il trattamento con Bup vi è un moderata incidenza del sintomo cefalea.

Per ciò che attiene ai costi numerosissime ricerche dimostrano che il trattamento con metadone, è vantaggioso in considerazione del rapporto costo/efficacia. Infatti negli USA è stato dimostrato che il trattamento con MTD, che costa in media circa 4.000 dollari per paziente all'anno, riduce il comportamento criminale associato all'uso illegale di sostanze stupefacenti, promuove la salute, e migliora la produttività sociale, tutto quello che serve per ridurre i costi sociali della dipendenza da droga. La carcerazione, a confronto, costa circa 20.000 - 40.000 dollari per anno. 1 programmi residenziali costano da 13.000 a 20.000 dollari per anno (Institute of Medicine, Federal Regulation of Methadone Treatment). Se poi rapportato con l'impiego di un altro farmaco, come nel nostro caso la Bup è preferibile anche dal punto di vista economico utilizzare il metadone in termini di costo/efficacia.

In conclusione questi dati evidenziano efficacia e sicurezza per entrambi farmaci in termini di costo/efficacia, con una netta preferenza per il MTD, relativamente a: a) costo del farmaco; b) riduzione del consumo di altre sostanze; c) aderenza ad interventi psicosociali, d) riduzione del craving; e) miglioramento dello stato di salute.

Bibliografia

- Auriacombe M., Franques P., Tignol J. Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France (Research Letter). JAMA, 285, 2001.
- Blum K., Briggs AH, Trachtenberg MC. Ethanol ingestive behavior as a function of central neurotransmission. *Experientia*. 1989 15;45(5):444-52.
- Collins S.L., D'Addario C., Izenwasser S. (a) Effects of kappa-opioid receptor agonists on longterm cocaine use and dopamine neurotransmission *Eur. J. Pharmacol.* 426: 25-34, 2001.
- Collins S.L., Gerdes R.M., D'Addario C., Izenwasser S. (b) Kappa opioid agonists alter dopamine markers and cocaine-stimulated locomotor activity. *Behav Pharmacol.* 2001;12(4):237-45.
- Compton P.A., Ling W., Charuvastra V.C., Wesson D.R. Buprenorphine as a Pharmacotherapy for Cocaine Abuse: A Review

of the Evidence. *Journal of Addictive Diseases*. 14 (3), 1995.

- Cowan A., Lewis J. W., *Buprenorphine: combatting drug abuse with a unique opioid*. Wiley-Liss, New York, NY, 1995.
- *riminal Justice Institute, The Corrections Yearbook: Instant Answers to Key Questions in Corrections* (New York: Criminal Justice Institute, 1995).
- Dole, V.P. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association* 260(20): 3025-3029. 1988.
- Dole, V.P. and Joseph, H. Long term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Science* 311: 181-189. 1978.
- Dole, V.P. and Nyswander, M.E. A medical treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of the American Medical Association* 193: 646650. 1965.
- Doran C. M., Shanahan M., Mattick R.P., Ali R., White J., Bell J.: *Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost-effective analysis*. *Drug and Alcohol Dependence* 71: 295302. 2003.
- Drougalis J.L.R., Bootman J. L., Larson L.N., Mc Ghan W.F. "Farmacoeconomia: lo stato dell'arte". Edizione italiana a cura di Lucioni C., Centro Informazione Sanitaria (CIS), Milano, 1991.
- Hartog J. and Tusen D.J. Valium use and abuse by metadone maintenance clients. *International Journal of Addictions* 22, 1987.
- Harwood HJ, Hubbard RL, Collins JJ, Rachal JV: *The cost of crime and the benefits of drug abuse treatment: a cost-benefit analysis using TOPS data*. NIDA Res. Monogr. 86: 209-235, 1988. Institute of Medicine. *Federal Regulation of Methadone Treatment*, op. cit., 22.
- Johnson R.E., Pharm D., Chutuape M.A., Ph.D., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., and Bigelow G.E., "A comparison of levomethadyl

acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence". *The New England Journal of Medicine*. 18, 343. 2000.

- Lowinson J.H., Marion I.J., Joseph H., Dole V.P. *Methadone maintenance. In substance abuse: a comprehensive textbook*. 1992.
- Magura S., Siddiqi Q., Freeman R.C., and Lipton D.S., "Changes in Cocaine Use After Entry to Methadone Treatment," in *Cocaine, AIDS, and Intravenous Drug Use* (New York: Haworth Press, 1991).
- Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. "Terapia con metadone a mantenimento paragonata con terapie che non utilizzano gli oppiacei o con terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei". *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. 2002.
- Mattick R.P., Kimber J., Breen C., Davoli M. "Buprenorfina a mantenimento paragonata con il placebo o con il metadone a mantenimento per la dipendenza da oppiacei". *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. 2002.
- Mello N.K., Mendelson M.P., Bree M.P., Lukas S.E. *Buprenorphine suppresses cocaine selfadministration by rhesus monkeys*. *Science* 245: 859-862, 1989.
- Nutt DJ. *Receptor pharmacology of buprenorphine*. *Res. Clin. Forums* 19 (2): 9-15, 1997.
- Payte J.T., Khuri E.T. *Principles of Methadone dose determination*. In *State Methadone Treatment Guidelines*. (Rockville, M.D., U.S. Department of Health Human Services), 1993.
- Villiger JW. *Binding of buprenorphine to opiate receptors*. *Neuropharmacol.* 23 (3): 373-375, 1994.
- Ward J., Mattick R.P., Hall W. *Key issues in methadone maintenance treatment* (Sydney, New South Wales University Press) 1992.
- Weddington WW, Barry S.B. *Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts*. *Arch. Gentile Psychiatry*, 47: 861-868. 1990.

Tab. 1 – Parametri ematologici dei pazienti trattati con metadone (0 = inizio follow-up, dopo 120 giorni e dopo 240 giorni); *P < 0,05

Parametri ematologici di pazienti trattati con MTD

Parametri valutati	0	120 gg	240 gg
GR (milioni)	4,8 ± 0,3	4,6 ± 0,2	4,6 ± 0,4
GB (migliaia)	9 ± 0,9	7 ± 0,2	8 ± 0,7
Piastrine (migliaia)	195 ± 4,5	192 ± 2,3	194 ± 3,3
Hb (g/100)	14,8 ± 1,1	15,9 ± 0,5	15,8 ± 0,6
Ht (%)	47 ± 2,2	44 ± 3,0	46 ± 2,9
Proteine (g/100ml)	7,2 ± 0,9	6,9 ± 0,7	7,3 ± 0,3
Fosfatasi alcalina μU/ml)	80,9 ± 7,2	81 ± 6,1	82 ± 5,8
VES (mm/h))	5,2 ± 0,8	5,8 ± 0,4	5,6 ± 0,5
ALT (IU/L)	79 ± 10	68 ± 8	48 ± 9*
AST (IU/L)	58 ± 6	47 ± 7	39 ± 7*
γGT (IU/L)	50 ± 5	53 ± 4	46 ± 6
Glicemia mg (dL)	82,3 ± 3,4	92 ± 3,2	89 ± 3,0
Sideremia (μg/dL)	70 ± 8	78 ± 6	94 ± 7
Bilirubina totale (mg/dL)	0,89 ± 0,02	0,90 ± 0,02*	0,89 ± 0,03
Bilirubina diretta mg/dL)	0,21 ± 0,02	0,22 ± 0,01	0,22 ± 0,01
Colinesterasi U/L	8452 ± 120	8897 ± 151	8952 ± 161
Azotemia (mg/dL)	36 ± 4	32 ± 5	36 ± 3

Tab. 2 – Parametri ematologici dei pazienti trattati con buprenorfina (0 = inizio follow-up, dopo 120 giorni e dopo 240 giorni); *P < 0,05

Parametri ematologici di pazienti trattati con Bup

Parametri valutati	0	120 gg	240 gg
GR (milioni)	4,5 ± 0,3	4,5 ± 0,2	4,5 ± 0,4
GB (migliaia)	7 ± 0,9	8 ± 0,2	7 ± 0,7
Piastrine (migliaia)	190 ± 4,5	192 ± 2,3	191 ± 3,3
Hb (g/100)	15,5 ± 1,1	16,1 ± 0,5	15,8 ± 0,6
Ht (%)	45 ± 2,2	44 ± 3,0	45 ± 2,9
Proteine (g/100ml)	7,2 ± 0,9	6,7 ± 0,7	7,5 ± 0,3
Fosfatasi alcalina μU/ml)	80,2 ± 7,2	82 ± 6,1	81 ± 5,8
VES (mm/h))	6,2 ± 0,8	5,7 ± 0,4	5,8 ± 0,5
ALT (IU/L)	76 ± 10	60 ± 8	48 ± 9*
AST (IU/L)	50 ± 6	40 ± 7	35 ± 7*
γGT (IU/L)	54 ± 5	50 ± 4	44 ± 6
Glicemia mg (dL)	91,3 ± 3,4	92 ± 3,2	91 ± 3,0
Sideremia (μg/dL)	97 ± 8	98 ± 6	99 ± 7
Bilirubina totale (mg/dL)	0,99 ± 0,02	0,94 ± 0,03	0,91 ± 0,03
Bilirubina diretta mg/dL)	0,20 ± 0,02	0,21 ± 0,01	0,20 ± 0,01
Colinesterasi U/L	8546 ± 120	8619 ± 151	8599 ± 161
Azotemia (mg/dL)	38 ± 4	34 ± 5	37 ± 3

Tab. 3 Parametri fisiologici di pazienti trattati con Bup

Parametri valutati	Basale	120° giorno	240° giorno
Peso kg	61 ± 5	65 ± 9	66 ± 3
FC	73 ± 4	70 ± 6	69 ± 5
PAS	118 ± 8	115 ± 7	116 ± 7
PAD	78 ± 5	77 ± 6	79 ± 5
Temperatura °C	36,4 ± 0,5	36,3 ± 0,3	36,1 ± 0,4

Tab. 4 Parametri fisiologici di pazienti trattati con MTD

Parametri valutati	Basale	120° giorno	240° giorno
Peso kg	63 ± 6	68 ± 4	67 ± 3
FC	72 ± 3	71 ± 5	67 ± 4
PAS	119 ± 7	117 ± 6	120 ± 4
PAD	77 ± 4	76 ± 5	78 ± 4
Temperatura °C	36,3 ± 0,2	36,1 ± 0,4	36,2 ± 0,2

Tab. 5 Segni e sintomi dei pazienti trattati con Bup e MTD

	Metadone	Buprenorfina
Nausea	1	1
Ansia	1	1
Euforia/soddisfazione	2	2
Facile Stancabilità	1	1
Diarrea	0	0
Stipsi	3	2
Sensazione di caldo	1	1
Dolori diffusi	0	0
Sonnolenza	1	1
Instabilità	0	0
Cefalea	0	3
Freddo e/o brividi	1	1
Epigastralgia	1	1
Orripilazione	1	1
Irritabilità	1	1
Insonnia	1	1
Depressione	1	1
Eccitabilità	1	1
Prurito	1	1
Disturbi del ciclo	1	1
Craving Vs diacetilmorfina	1	1

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ Dr. F. Montesano (*Direttore Ser.T Soverato*)
E. Battaglia; F. Genco; V. Mellace (*Medici Ser.T Soverato*);
F. Geracitano (*Sociologo Ser.T Soverato*)

Introduzione

Il progetto d'inserimento lavorativo per utenti tossicodipendenti afferenti al Ser.T di Soverato, finanziato dal Fondo Nazionale per la lotta alla droga (L. 45/99), ha coinvolto soggetti in trattamento con metadone, ed ha interessato dieci Comuni del Versante Jonico.

Scopo

Il progetto ha inteso ottenere, così come indicato al Tavolo di Lavoro Nazionale per la lotta alla droga, una migliore integrazione degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti in trattamento con farmaco sostitutivo in modo da:

1. migliorare la qualità della vita
2. ridurre il danno
3. consolidare l'autonomia personale
4. favorire il reinserimento sociale e lavorativo. Il Ser.T di Soverato, collocato nel Distretto n. 3 della ASL 7- Catanzaro, è un'equipe multidisciplinare formata da 15 operatori, tra cui medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, e personale ausiliario.

È una struttura complessa, che nel 2002 ha avuto in carico 198 utenti. Di questi 118 erano in trattamento sostitutivo con Metadone Cloridrato.

Materiali e metodi

Ai 118 utenti in trattamento metadonico, è stato somministrato il test diagnostico TD-Eval per valutare il grado di gravità della loro patologia ed individuare tra gli stessi, un campione da inserire nel progetto di inserimento lavorativo.

Sono stati così selezionati 11/118 (12,98%) utenti (9 maschi e 2 femmine) che avevano avuto come risultato dal test loro somministrato, un alto indice nella valutazione del grado di gravità della loro patologia. L'età media era di 27 anni, con un'età tossicologica

compresa tra 5 e 10 anni. (fig. 1)

Per quanto riguarda il grado di istruzione, 6/11 (54.5%) utenti erano in possesso della licenza elementare; 3/11 (27.2%) del diploma di scuola media inferiore; 2/11 (1.1%) della licenza media superiore; nessuno di loro aveva mai esercitato una professione lavorativa, se non svolgendo lavori saltuari. (fig. 2)

Successivamente, per ognuno di loro, ed in base alla propria storia e al vissuto personale, l'équipe multidisciplinare del Ser.T, ha proposto un programma terapeutico individualizzato, integrato con:

- gruppo di sostegno settimanale (con un operatore esperto del Ser.T)
- controllo dei metaboliti urinari (2 volte/sett.)
- visita medica di controllo mensile
- counselling d'informazione

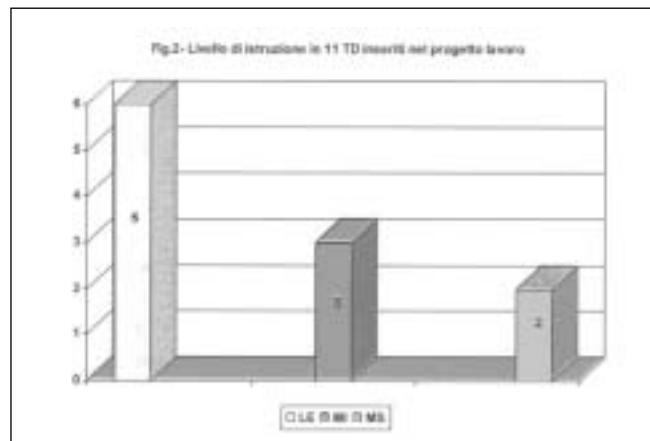
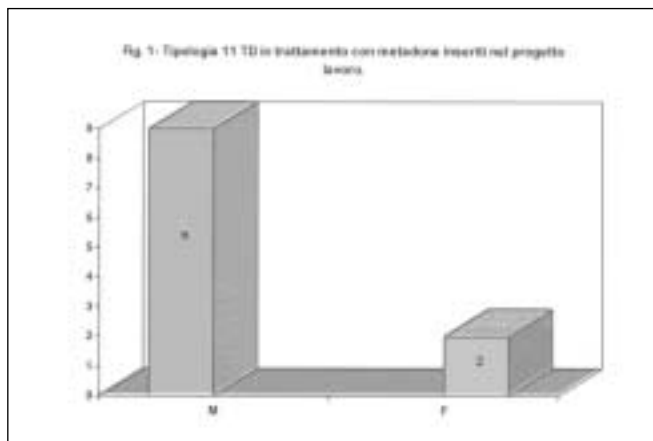
Il mantenimento con metadone è stato effettuato a dosaggi diversi: 60 mg/die in 4/11 (36.3%), 80mg/die in 5/11 (45.4%), 90mg/die in 2/11 (18.1%), (fig. 3).

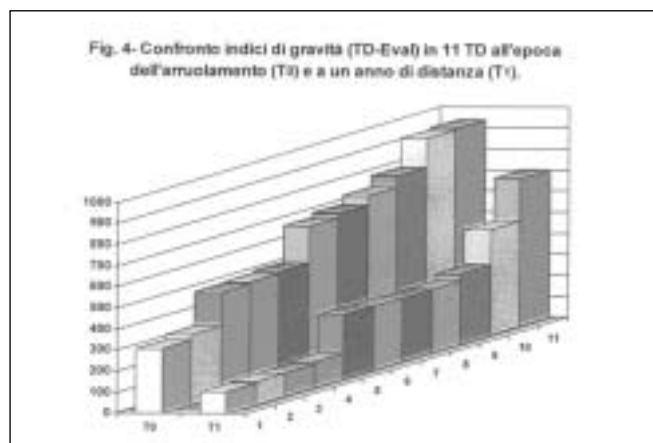
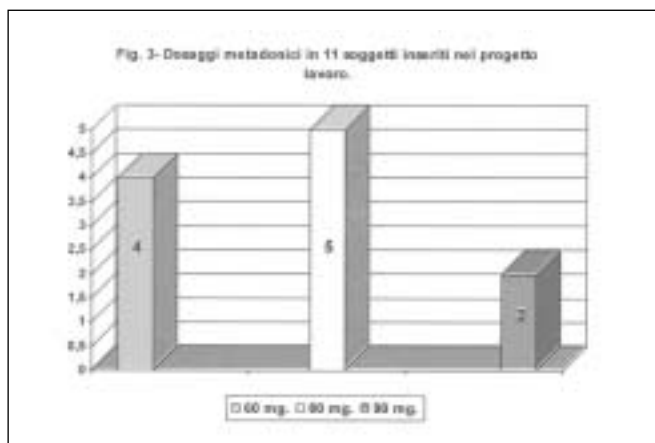
L'Equipe multidisciplinare del Servizio, nella riunione settimanale ha avuto cura di valutare gli 11 soggetti considerando i parametri di valutazione indicati nel programma. Gli utenti inseriti nei Comuni hanno svolto lavori di manutenzione ordinaria degli arredi urbani, lavori di giardinaggio e altri tipi di mansioni rientranti nella qualifica di operaio generico. A sei mesi, inoltre, veniva riformulato il test di pesatura del grado di gravità (Td Eval).

Agli 11 utenti inseriti è stato possibile corrispondere, per 48 ore lavorative settimanali, circa 300 Euro mensili, per la durata di un anno.

Risultati

Il test di pesatura del grado di gravità (Td Eval) a 6 mesi ha dimostrato un generale miglioramento degli indici di gravità. (fig. 4)





Il lungo periodo di trattamento ad alto dosaggio ha permesso a molti di questi soggetti inseriti di raggiungere alcuni obiettivi precedentemente indicati quali il miglioramento della qualità della vita e la riduzione di utilizzo di sostanze stupefacenti.

La valutazione psicologica ha evidenziato un tendenziale miglioramento nell'area cognitiva e relazionale. Nell'area sociale è emersa una maggiore evoluzione comportamentale positiva.

L'osservazione del gruppo di sostegno, durante le sedute settimanali, ha confermato un sostanziale miglioramento del contenimento del craving.

Buona è stata la compliance con il Ser.T. Per 3/11 (27.2%) soggetti, a causa della ricaduta nell'uso di oppiacei durante il secondo mese, è stato necessario recidere il contratto e ricorrere alla sostituzione con altri 3 utenti.

La ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze drogastiche ha dimostrato una pressoché costante negativizzazione della ricerca degli oppiacei, tranne in 3 casi. Con tutti gli 11 pazienti, si sono effettuati dei Focus Group, così come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità, traendo da questi interessanti informazioni, grazie alle quali si possono ipotizzare nuovi e più adeguati percorsi riabilitativi.

Conclusioni

Il progetto di inserimento lavorativo di 11 unità negli Enti Comunali, integrato al trattamento metadonico, si può considerare a tutti gli effetti come una valida esperienza e come stimolo a riflettere sulla metodologia adoperata per eventuali correzioni ed aggiustamenti.

BIBLIOGRAFIA

- R. Humeniuk, R Ali, J Withe, W Hall and Farrell (2000)
- RE Johnson, EC Strain (199). *Other medications for Opioid Dependence: In: Methadone Treatment for Opioid Dependence*, EC Strain, ML Stizer. Johns Hopkins University Press, USA.
- B Lebeau (1997). *Methadone in France: the big Change*. Euro - Methwork Newsletter, Issue 10.
- J Lomans (1998). *Do practice guidelines guide practice ?* New England Journal of Medicine 321: 1306 - 1310.
- C Loth 8 1998). *Nursing care in out patient methadone maintenance clinics in the Netherlands*. Euro - Methwork Newsletter, Issue 14.
- I Maremmani, M Shinderman (1999). *Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication?* Heroin Addictions & Related Clinical Problems 1 (2): 7 - 13.
- I Maremmani, O Zolesi, M Aglietti, G Marini, A Tagliamonte, M Shinderman, S Maxwell (2000). *Metadone Dose and Retention in Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity*. Journal of Addictive Diseases 19 (2): 29 - 41.
- LA Marsch (1998). *The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta analysis*. Addiction. Apr, 93 "4": 515-32.
- AT McLellan et al. (1993). *The effect of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment*. DAMA 269 "15": 1953-1959

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ a cura di

Dr.ssa Maria Giulia Audino (*Medico*)

Dott. Eugenio Nisticò (*Sociologo*)

SERT AUSL 7 CATANZARO

Introduzione

Tra le politiche connesse alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza il **reinsediamento sociale** costituisce uno dei punti nodali dell'azione del Ser.T. di Catanzaro, in questa ottica un'importante supporto è rappresentato dalla terapia farmacologica con metadone idro-cloridrato sciroppo.

Esistono ormai numerose evidenze scientifiche che il metadone a mantenimento è un trattamento efficiente per la dipendenza da eroina. Infatti, riduce efficacemente l'utilizzo di oppiacei illegali e le morti per overdose, diminuisce la frequenza di pratiche iniettive, lo scambio di siringhe e la trasmissione di HIV. Il ruolo svolto dai programmi metadonici ai fini della riduzione del rischio di infezione da HIV è oggi universalmente riconosciuto anche in sede di organismi sovranazionali e comunitari, che includono sempre più spesso, nelle loro risoluzioni, messaggi finalizzati ad incentivare l'organizzazione di questi programmi da parte degli stati membri. Basta ricordare la Delibera dell'OMS a Ginevra del 18/20 Gennaio 1988 o quelle del Consiglio dei Ministri CEE a Bruxelles del 16 Maggio e del 13 Novembre 1989.

Per quanto riguarda lo stato della ricerca, su questo argomento, al di fuori degli Stati Uniti, vale la pena di citare il gruppo di ricercatori e clinici come Blix, Gronbladh e Gunne in Svezia, Dèglon in Svizzera, Mason in Inghilterra, Vossenbergh in Olanda, Loimer in Austria, Caplehorn e Bell in Australia, Lauzon in Canada, Hannifin in Nuova Zelanda, Heical in Israele, che insieme ad altri colleghi in Europa e nel mondo stanno conducendo esperienze e studi sui programmi metadonici nei loro rispettivi paesi.

Dalla collaborazione internazionale di questi ricercatori e di quelli degli Stati Uniti è nato nel 1989 a Newport l'International Methadone Advisory Group che ha sede a New York al quale possono riferirsi gli operatori di tutto il mondo che intendono impiantare e condurre questo genere di programmi. Con l'aiuto e la consulenza dell'IMAG è possibile mettere a frutto le migliori esperienze, utilizzare la dovizia di materiali scientifici accumulati per oltre un quarto di secolo, e rifuggire così dalle improvvisazioni evitando esperienze negative il cui prezzo è destinato a ricadere puntualmente sulle spalle dei tossicodipendenti e, di riflesso, sull'intera collettività.

Nonostante l'oppio sia impiegato da diversi secoli, il suo meccanismo d'azione è stato individuato nel 1973, le scoperte e la dimostrazione di siti di legame altamente specifici per le sostanze oppiacee nel SNC e a livello intestinale. (Pert e Snyder 1973; Simon et al., 1973; Terenius, 1973). La presenza di questi recettori

nel SNC ha fatto ritenere che in condizioni naturali fossero presenti nel cervello sostanze capaci di fissarsi elettivamente ad essi. Indagini condotte in tali direzioni sia in Inghilterra che in Svezia hanno dimostrato l'esistenza a livello del SNC di peptidi oppioidi endogeni (Hughes et al., 1975; Terenius, 1973). Si tratta di peptidi a catena lunga (endorfine) o a catena breve (enkefaline). Dopo circa cinque anni è stato individuato un fattore ipofisario provvisto di potente attività oppioide, cioè la dinorfina. Allo stato attuale si conoscono numerosi peptidi che sono provvisti della medesima attività e possono comportarsi come neurotrasmettitori, neuro-ormoni o come ormoni.

Il metadone è stato studiato per oltre 25 anni ed il suo uso terapeutico è risultato essere completamente innocuo, "perfectly safe", così come ormai viene definito anche dagli organismi pubblici americani quali il U.S. Office of Drug Abuse Policy, il Domestic Council of the White House, la New York State Division for Substance Abuse Services, dopo aver preso atto dei risultati di ricerche condotte in modo rigoroso su campioni rilevanti di pazienti sottoposti a terapia per anni e, attualmente, anche sui loro figli. È stato anche riferito che la beta-endorfina ed il metadone possono accentuare il comportamento autistico in soggetti schizofrenici; tuttavia, in questi soggetti non è stato documentato un incremento di peptidi oppioidi e/o di beta-endorfine e, secondo alcuni autori in seguito alla somministrazione di peptidi oppioidi si verificherebbe un miglioramento della sintomatologia.

Il trattamento di mantenimento con metadone migliora evidentemente la qualità della vita, compresa la cura che il tossicodipendente ha per la propria salute e aumenta la possibilità di reinserimento nella realtà produttiva.

Quindi i trattamenti a metadone offrono quale valore aggiunto in termini di benefici, al di là del livello strettamente terapeutico, anche una continuità di rapporto con i Servizi favorendo quindi anche il reinserimento sociale, con specifici programmi integrati, dei soggetti in cura.

Tutti gli effetti delle sostanze oppioidi e oppiacei dipendono dall'interazione con recettori di membrana il cui ruolo fisiologico è correlato a quello di specifici peptidi endogeni. Recettori e peptidi costituiscono un sistema complesso, implicato nel controllo di comportamenti, quali risposta allo stress, motivazione, termoregolazione o respirazione, essenziali per la sopravvivenza dell'individuo e della specie. In accordo con il modello recettoriale a due stati, che prevede per ciascun recettore l'equilibrio fra una forma costituzionalmente attivata ed una inattiva ma attivabile, i farma-

Trattamenti a metadone nell'anno 2002

Trattamento	nel Servizio	in strut. riabilitativa	in carcere	TOTALE
Breve termine	104	75	3	182
Medio termine	13	6	10	29
Lungo termine	108	6		114
TOTALE	225	87	13	325

ci oppiodidi si distinguono in agonisti, agonisti parziali, antagonisti, agonisti inversi parziali ed agonisti inversi.

Per quanto premesso, questo lavoro si è posto l'obiettivo, in un Ser.T. calabrese, di valutare l'efficacia del trattamento metadonico attraverso i risultati ottenuti in termini di reinserimento sociale mediante la modulazione dell'inserimento lavorativo. La valutazione si riferisce nella fattispecie agli utenti in carico nell'anno 2002, e per la scelta dei soggetti analizzati si è scelto il sistema random applicato solo a quelli in trattamento presso l'ambulatorio sito in Via Schipani in Catanzaro.

Alcune caratteristiche dell'utenza del Ser. T.

Nel corso dell'anno 2002 sono stati presi in carico dal Ser.T. di Catanzaro 756 soggetti tossicodipendenti con un incremento pari al 10,9% rispetto all'anno 2001. Distinguendo l'utenza per sesso, si rilevano 689 maschi e 67 femmine con un rapporto "maschi/femmine" pari a 10,3 - tale valore conferma ancora una volta che la tossicodipendenza trova maggiore diffusione tra il sesso maschile.

Si osserva come fra gli utenti nuovi la fascia d'età maggiormente rappresentata è compresa tra 25/29 anni (24,6%) subito seguita da quella compresa tra 30/34 anni (21,8%).

Simile la situazione degli utenti già in carico, comunque sempre più numerosi nella fascia d'età compresa tra 25/29 anni (24,2%).

Metodologia e presentazione dei risultati

Il campione, estratto tra quanti sono stati o si trovavano in trattamento metadonico e reinseriti nel mondo del lavoro, è composto da 25 elementi di cui 19 maschi e 6 femmine, al momento dello studio di età compresa tra 19 e 44 anni, dei quali 18 residenti nella città di Catanzaro e 7 di alcuni centri della Provincia.

I dati - rilevati dalle cartelle cliniche - sono presentati attraverso tabelle esplicative e riassuntive; la prima è composta da 8 colonne con: numero d'ordine, sesso, codice cartella, l'età in anni al momento della rilevazione, il trattamento a metadone, il titolo di studio posseduto e il tipo di reinserimento sociale attraverso l'attività lavorativa. La seconda si presenta con il numero d'ordine correlato alla tabella precedente, con l'eventuale consulenza infettivologica, il trattamento se esistente, e per una verifica della continuità dei risultati anche con la condizione lavorativa aggiornata all'anno in corso. Le righe evidenziate si riferiscono alle utenti di sesso femminile.

Dalla tabella precedente si evidenzia in 31 anni l'età media del campione di cui i componenti risultano per il 60% essere in possesso della licenza di scuola media

N°	Sex	Codice cartella	Età anni	Resid.	Met.	Titolo di studio	Reins. sociale
1	M	1479/0001 metà a 17 anni	40	Catanzaro	L.a.40	Lic. Media	Borsa lavoro
2	M	1420/014 metà a 19 anni	33	Catanzaro	L.a.40	Diploma	Borsa lavoro
3	M	1130/017 metà a 21 anni	30	Trovo	L.a.34	Lic. Media	Mancato
4	F	1478/0001 metà a 21 anni	31	Catanzaro	L.a.33	Diploma	Corsi universitari professionali
5	M	1540/017 metà a 19 anni	19	Catanzaro	L.a.35	Lic. Media	Borsa lavoro
6	M	1463/0001 metà a 19 anni	38	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Operato ASAS
7	M	1210/017 metà a 19 anni	24	Catanzaro	L.a.25	Diploma	Cont. tempo detent. Reg. Cal. per pulizia dei fiumi
8	M	1519/017 metà a 20 anni	31	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Borsa lavoro
9	M	1420/014 metà a 19 anni	30	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Borsa lavoro
10	M	1533/014 metà a 30 anni	42	Catanzaro	L.a.40	Diploma	Borsa lavoro - servizio Servizi Anon. Università GZ
11	M	1870/017 metà a 21 anni	27	Sella Mar	Drug free	Lic. Media	Azienda sanitaria in città privata
12	F	1163/017 metà a 17 anni	22	Catanzaro	L.	Lic. Media	Corsi informativi per Borsa lavoro
13	M	171/0001 metà a 19 anni	23	Arivola Mar	Drug free	Diploma	Istituto Universitario in Lettere Moderne
14	M	1163/017 metà a 22 anni	25	Catanzaro	L.a.40	Lic. Media	Mancato
15	F	1509/0001 metà a 19 anni	24	Soverato Mar	Drug free	Diploma	Lavoro in Comp. Sociale
16	M	1518/014 metà a 22 anni	42	Catanzaro	L.a.20	Diploma	Esercizio in proprio
17	F	1278/017 metà a 30 anni	21	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Catanzaro in trattamento
18	M	1280/017 metà a 31 anni	29	Catanzaro	L.a.40 a G	Lic. Media	Co. Civ. Co. per Telegrafazione
19	M	1420/014 metà a 19 anni	41	Zigabico	L.a.40	Lic. Media	Catanzaro
20	M	2118/017 metà a 31 anni	44	Catanzaro	Drug free	Diploma	Dipendente Ragioniere
21	M	1009/017 metà a 17 anni	28	Catanzaro	L.a.27	Lic. Media	Borsa lavoro
22	M	1116/017 metà a 17 anni	28	Catanzaro	L.	Lic. Media	Operato FCSI a Torino
23	F	1400/017 metà a 17 anni	36	Catanzaro	Da 40 a studiare	Lic. Media	Progettazione di Bar in proprio
24	M	1463/017 metà a 20 anni	24	Bovalino	Da 40 a studiare	Diploma	Azienda agricola familiare
25	F	1479/017 metà a 19 anni	24	Catanzaro	L.a.41	Diploma	Ragioniera in collaborazione partner

e il rimanente 40% del diploma di scuola media superiore. Di 18 anni e mezzo è invece l'età media di inizio dell'uso di sostanze. Gli operatori del Servizio hanno inserito in "Borsa lavoro" sette utenti pari al 28% del totale, mentre alcuni altri hanno trovato occupazione temporanea o definitiva con l'aiuto degli stessi operatori e altri ancora in maniera autonoma. Ben due (8%) si sono iscritti a corsi universitari e una (4%) a laurea breve. In alcuni casi è stata utile la rete strutturata con il medico di medicina generale e/o i datori di lavoro. In altre occasioni sono state invece coinvolti direttamente familiari. Per queste figure onde consentire un migliore approccio con la problematica, il Servizio ha predisposto dei gruppi di informazione e formazione. La tabella evidenzia come per la maggior parte dei casi il reinserimento sociale stia continuando anche nell'anno 2003 e che pochi sono stati i fallimenti relativi all'inserimento lavorativo.

N.B. quelli che rifiutano il trattamento si sottopongono comunque al protocollo clinico che prevede esami ematochimici e virologici ogni 6 mesi.

Trattamenti			
N	Condizione infettivologica	Trattamento	Prospetto attività lavorativa nel 2003
1	SI	Farmacologia HCV - vaccinato	continua
2	SI	Non necessita - vaccinato	interrotta
3	SI	Farmacologia HCV - vaccinato	continua
4	SI	Non necessita - vaccinato	continua
5	Non necessita		continua
6	SI	Rifiuta - vaccinato	continua
7	Non necessita	vaccinato	continua
8	Non necessita		continua
9	SI	Rifiuta - rifiuta vaccinazione	continua
10	SI	Interrotta per effetti collaterali - vaccinato	continua
11	SI	Rifiuta - vaccinato	continua
12	SI	Progetto sperimentale IS5 a valde: tratt. vaccinato	continua
13	SI	Farmacologia HCV - vaccinato	continua
14	SI	Rifiuta (la decisione della CT è stata adottata dall'esperto per la paura del soggetto che senza il rischio di tornare a farsi vaccinato	interrotta Crisi C.T
15	SI	Farmacologia - Studio Nocchiero - vaccinato	continua
16	SI	Rifiuta	continua
17	SI	vaccinato	continua
18	SI	Farmacologia - vaccinato	interrotta
19	Non necessita	vaccinato	continua
20	SI	Farmacologia HCV - HIV	continua
21	Non necessita	vaccinato	Lavoro occasionale
22	SI	Tranf. a Tutto - vaccinato	continua
23	SI	Studio Nocchiero	Alto lavoro
24	SI	Studio Nocchiero - vaccinato	interrotta
25	SI	Studio Nocchiero - vaccinato	interrotta

Lo Studio Nocchiero consiste in una somministrazione farmacologica per la cura dell'epatite C in soggetti tossicodipendenti in trattamento con metadone cloridrato sciroppo (in collaborazione con la Cattedra di Malattie Infettive dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro).

Conclusioni

Dal presente lavoro si deduce che il trattamento a metadone a mantenimento favorisce la riduzione dell'uso di eroina e di altre sostanze illegali e previene l'infezione da HCV, (HBV) e HIV, migliorando la qualità della vita relativamente alla salute nel suo complesso, riducendo il coinvolgimento in attività criminali e le carcerazioni. A differenza di eroina o morfina, che hanno un'azione farmacologica short-acting, la lunga emivita del metadone ne favorisce, in modo particolare, l'azione terapeutica, riequilibrante sul piano umico, qualora sia stata indotta una adeguata tolleranza farmacologica. Il metadone non interferisce ne' con l'attività motoria, né con quella cognitiva del paziente, ciò significa che il farmaco non funziona come "droga". Non essendo, inoltre, dannoso per la salute fisica e mentale dei pazienti, può essere usato, ai dosaggi adeguati per periodi anche molto lunghi, quelli che, normalmente sono necessari per determinare significativi cambiamenti nel comportamento dei tossicodipendenti e, in ultima analisi, per risolvere una

tossicodipendenza da eroina. Inoltre, la somministrazione del farmaco crea le condizioni per un auspicabile inserimento sociale attraverso il conseguente inserimento nel mondo produttivo. L'attività lavorativa ricostruisce l'autostima aumentando il senso di responsabilità verso se stessi e la società della quale si è chiamati a far parte; l'indipendenza economica che ne scaturisce crea le condizioni per avviare un processo di affrancamento dalla subordinazione dagli altri, sia che essa nasca dall'entourage familiare sia che dipenda dalla pubblica assistenza. I programmi di metadone a mantenimento o a scalare dimostrano dunque la loro efficacia quando supportati da counselling, corretto inquadramento diagnostico, interventi sociali e "contratti terapeutici" adeguati che, mirano a ricostruire per il soggetto la giusta rete di Servizi per l'importante obiettivo dell'inserimento sociale. Restituire un assistito al mondo con le sue potenzialità e capacità pronte ad essere spendibili è sicuramente il traguardo più importante che si possa raggiungere nell'ambito della propria attività professionale.

Bibliografia

- IL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO DELLA DIPENDENZA DA OPIACEI, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, IX,3,1992
- MANUALE DEL TRATTAMENTO AMBULATORIALE CON METADONE I. Maremmani - P. Castrogiovanni Edizioni S.I.M.S. / C.N. - M.P.C.
- HIV E COUNSELING, E. Bravi - G. Serpelloni, Edizioni "La Grafica" - Anno 1999
- FARMACOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE SINAPTICA, G. Nisticò, Edizioni Pythagora Press - Anno 1986
- GIORNALE ITALIANO DI MALATTIE INFETTIVE, *Guadagnino - Montesano - De Sarro - Antinori - Mellace - Audino - Biancolilli - Calabria Carloti - D'Alessio - De Santis - Grande - Guaglianone - Maio - Serino - Trotta, Supplemento 1 al Volume 9, Edizioni Medico Scientifiche - Pavia - Anno 2003*
- BEHAVIOURAL AND ELECTROCORTICAL POWER SPECTRUM AFFECTS AFTER INTRACEREBRAL MICROINFUSION OF INTERLEUKIN-2 IN RATS., G.B. De Sarro - C. Ascoti - M.G. Audino - Y. Masuda - G. Nisticò, *Congresso Internazionale Società Italiana di Farmacologia - Palermo - Aprile 6-7 1989. - Pharmacol. Res. 21, 45-46*
- SCHEDE RILEVAZIONE MINISTERIALI - SER.T. CATANZARO, Anno 2002
- LINEE GUIDA SUL METADONE, A. Vester, E. Buning, Edizioni, EuroMen - Anno 2000
- MEDICINA DELLE TOSSICODIPENDENZE, *Italian Journal Of The Addictions, Settembre 2001 anno IX numero 32*

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ GILLI Marcella, *Assistente Sociale USL Valle d'Aosta - Sert*

GIUGNO 2003

1. Definizione di reinserimento sociale
2. Tipologie di utenza e rappresentazioni del lavoro
3. Il Metadone a mantenimento, identità e accompagnamento
4. Metadone a mantenimento e aspetti legali
5. Metadone a mantenimento e problemi medico-legali

Riferimenti e note

1. Definizione di reinserimento sociale

Il tema del reinserimento sociale è oggetto di molte discussioni e approfondimenti. Questo oggetto di lavoro accomuna varie tipologie di servizi: il sert, la comunità terapeutica, i servizi socio-assistenziali...

Il reinserimento sociale del soggetto in situazione di disagio non riguarda solo la rete di relazioni, che dopo una condizione di crisi sono da rielaborare e ricostruire ma riguarda anche un altro elemento: il lavoro. Il reinserimento quindi è sociale perché ha caratteristiche relazionali, è lavorativo perché prende in considerazione tutti gli aspetti del lavoro.

Approfondiamo il significato di reinserimento sociale:

- inserire = includere, introdursi
- sociale = che riguarda la società umana o l'ambiente in cui si vive; che si riferisce alla struttura e all'organizzazione di una data società storica

Nella definizione della parola 'sociale' (tratta dal Dizionario Garzanti della Lingua Italiana) viene messa in risalto la storicità della società, considerata come elemento in continua evoluzione. Evoluzione delle relazioni sociali, della comunicazione, dei disagi e degli strumenti utilizzati per affrontarli, dell'integrazione dei servizi.

Il concetto evolucionistico che riguarda il sociale interessa anche tutta la sfera del lavoro (non solo inteso come manualità e professione, ma anche come relazioni lavorative): è l'idea di lavoro ad essere mutata nel tempo. Si è passati da una rappresentazione in cui il lavoro giungeva al termine di un percorso di riabilitazione e costituiva il punto di arrivo dello stesso, per giungere ad un'idea in cui il lavoro è solo uno dei componenti della riabilitazione, che può essere utilizzato all'avvio o durante il percorso di cura con valenze diverse, pertanto ne è il punto di partenza, "luogo di vita, di scambio, di proiezione di sé" (1).

2. Tipologie di utenza e rappresentazioni del lavoro

Per poter comprendere a fondo il cambiamento della rappresentazione del lavoro occorre far luce anche sulle modificazioni che l'utenza tossicodipendente ha avuto. Non solo sono cambiate le tipologie di sostan-

ze, ma è cambiato il modo di assumerle, sono cambiati gli assuntori. Dai classici tossicodipendenti destrutturati nell'organizzazione di vita ai quali era funzionale per esempio un intervento di comunità 'classico' con regole che ritmano la quotidianità, si è passati ad una popolazione tossicodipendente in cui la maggioranza delle persone ha una destrutturazione soprattutto psichica, per le quali è possibile prevedere un programma residenziale sostenuto da terapia metadonica, cure psichiatriche e psicoterapia: sono aumentate le diagnosi border-line, le problematiche in cui si possono osservare pazienti apparentemente adeguati, ma che non hanno ancora acquisito strumenti idonei a far fronte al quotidiano. Osservando questo tipo d'utenza possiamo evidenziare alcune particolarità: sono persone che hanno periodi di astensione dalle sostanze con ricadute cicliche, alcuni riescono a mantenere l'astensione dalle sostanze d'abuso grazie all'intervento farmacologico a mantenimento anche per lungo tempo, sono utenti che spesso mantengono il lavoro, ma che hanno scarse relazioni sociali.

Volendo costruire idealmente delle 'categorie' di utenti potremmo rappresentarli nel seguente modo:

- **l'utente-neonato**, questa è l'immagine più diffusa del tossicodipendente che, proprio come un neonato, non è capace di gestirsi, di relazionarsi, di distinguere la giusta misura e perciò tutto diventa suo. Questa è la classica immagine del 'tutto subito'. Con un utente così non si può far altro che sottoporre a verifica i comportamenti e non progettare. Occorre tenere bene in mente che, se riteniamo che l'utente abbia queste caratteristiche (o lavoriamo con colleghi che hanno questa immagine in mente) è escluso ogni tipo di progetto in quanto occorre assistere, proteggere, controllare, gestire...
- **l'utente-vittimista**, questa tipologia racchiude in sé un giudizio morale, verso il quale nulla è possibile e che ha vicinanza con il divino (il vittimista nulla può contro sé stesso e il mondo, è in balia delle tentazioni che sono dietro l'angolo, solo qualcosa di più grande può cambiare le cose), il comportamento vittimista esclude ogni tipo di responsabilità ("io non sono capace, non sarò mai capace...").
- **l'utente-disagio emotivo**: qui si parte dal concetto che la persona non sia qualcuno che si gioca un ruolo come quelli succitati, ma si parte dal dato che la persona tossicodipendente porta in sé un disagio originato da antichi traumi emotivi.
- **l'utente-100%** è invece una persona che, senza sostanze, è come tutte le altre e può dare dal punto di vista lavorativo il 100%. In questa categoria rientrano quei tossicodipendenti che riescono a dare buone performance (lavorative, relazionali...). Queste persone vedono il loro problema come passato e anche dall'e-

sterno vengono trattati come ex. Per esempio vi sono cooperative che accettano percorsi di reinserimento lavorativo solo a condizione della completa astensione dalle sostanze, in quanto pensano che con terapie farmacologiche o con saltuarie ricadute non si possa lavorare (2). Se per i datori da lavoro il 100% di produttività può essere data solo in assenza di sostanze, noi operatori vediamo che gli utenti tossicodipendenti riescono a dare buone 'performance' lavorative anche con un'adeguata terapia metadonica (o con farmaci similari) a mantenimento.

Come viene vissuto quindi il lavoro? Sicuramente l'aspetto primario è quello del lavoro-dignità: qui il lavoro è inteso come oggetto che dà dignità e fa acquisire uno status sociale, di conseguenza crea nella persona un'immagine di normalità.

Durante i colloqui (soprattutto di coloro che stanno progredendo nella cura), emerge un secondo tipo di idea di lavoro: il lavoro-creatività. Chi ha un problema di dipendenza elimina in partenza un tipo di lavoro routinario, proprio perché la routine è una delle vie che conduce all'isolamento, alla noia, all'uso di sostanze. Si incominciano ad immaginare quindi lavori creativi, che lascino spazio all'individuo nel proprio lavoro: le aree privilegiate sono il restauro, l'artigianato (legno, ceramica, poesia...) o ambiti in cui la relazione con l'altro è privilegiata; attività queste che permettono al soggetto di non essere chiusi in un 'contenitore' (come la fabbrica, la ditta con regole rigide), in parte questo consente di esprimere l'emotività, in parte risponde ad un bisogno di stabilità emotiva.

3. Il Metadone a mantenimento, identità e accompagnamento

Vorrei ora affrontare il tema della terapia con metadone a mantenimento. Come ogni farmaco, nel momento dell'assunzione e, forse ancor prima, nel momento della prescrizione, si forma un'identità circa quel tipo di assunzione (per es. se prendo un antiepilettico avrò un'identità che mi renderà consapevole del ritmo di vita che dovrò assumere a seconda delle condizioni sanitarie): possiamo dire che spesso quando si assume per lungo tempo il metadone a mantenimento si forma un'identità in cui vi sono delle parti dipendenti, in quanto la persona è consapevole che ha un legame col farmaco; e parti di normalità, in quanto la persona riesce a rientrare in un ritmo normale di vita dove il tempo viene scandito secondo un ordine (sveglia, pasti, lavoro, riposo...).

Mentre lo stato fisico riesce a compensarsi piuttosto velocemente se la persona è collaborante, il vuoto prodotto dall'assenza d'eroina, utilizzata come anestetico contro la sofferenza psico-fisica, finisce per scompensare il soggetto. La persona si trova da un lato a doversi confrontare con una vita con ritmi normali ma senza aver ancora trovato nuove risorse da attivare (relazioni amicali/affettive, lavoro adeguato alle aspettative, investimento nel tempo libero...) che possano riempire il vuoto lasciato dalla sostanza. Il lavoro più importante e più lungo è proprio questo: cercare di accompagnare la persona verso un'identità nuova. Solo sperimentando con un operatore queste varie sfere della vita è possibile per l'utente modifica-

re soprattutto il livello dell'autostima che aiuta ad aprirsi agli altri e conseguentemente a non cercare l'isolamento. Ma cosa significa realmente fare un lavoro di accompagnamento? Non si tratta di utilizzare il solito strumento dei colloqui per fare verifiche, ma occorre utilizzare maggiormente lo strumento educativo che passa attraverso la relazione agita. L'operatore - e mi verrebbe più da dire l'educatore/tutor - sarà quindi occupato a creare un legame con l'utente, occupato in attività ludiche, nella ricerca di ambiti lavorativi adeguati insieme alla persona. Le verifiche si faranno con le Agenzie per l'Occupazione, con i datori di lavoro, mediando i rapporti fra l'utente e l'esterno. Per portare avanti proficuamente un lavoro di questo tipo il tutor deve poter conoscere il mondo della tossicodipendenza, del mercato dell'impresa, dei servizi, in quanto questi tre 'mondi' devono essere in continuo dialogo: la lettura dell'evoluzione della tossicomania e delle relazioni con gli altri, del mondo dell'imprenditoria e del mercato del lavoro, del funzionamento dei servizi socio-sanitari (3). In una fase come questa, nella quale possono essere rilevati buoni esiti sia dall'operatore, sia dall'utente, è possibile che l'assunzione di farmaco venga interrotta dal paziente in modo inadeguato: la persona senza avvertire i medici non assume la terapia metadonica, che ancora serve di sostegno in un momento così delicato, in quanto l'acquisizione di un ritmo normale di vita induce spesso la persona a perdere di vista il problema che, magari affrontato solo in parte, non è ancora risolto. E' in questo momento allora, che il tutor può essere anche il traduttore del percorso di cambiamento: può aiutare la persona a leggere e interpretare le varie fasi del cambiamento, può accompagnare la persona nell'accettazione di una condizione di tossicodipendenza ancora non risolta del tutto, e che spesso viene rifiutata con conseguente ricaduta.

4. Metadone e aspetti legali

Con i nuovi trattamenti che integrano le terapie metadoniche a mantenimento con percorsi di comunità o comunque riabilitativi, si evidenziano sempre più problemi rispetto a chi ha riportato condanne penali e può chiedere di sottoporsi a misure in alternativa al carcere.

Molti magistrati, ancora oggi, non vedono di buon grado l'assunzione di una sostanza che crea dipendenza, da parte di una persona che si sottopone ad un programma riabilitativo. Si presume che la riabilitazione si traduca con la completa guarigione psico-fisica, ma in realtà, come possiamo vedere nel nostro lavoro quotidiano è così solo in parte. Inoltre, ciò che si pensa, è che questa sostanza sia esattamente come l'eroina, e quindi produca effetti per cui la mente non risulta comunque essere lucida o libera da influenze esterne. Spesso anche i genitori rifiutano l'idea che il loro figlio, pur avendo trovato un equilibrio, continui la terapia metadonica e spiegano tale rifiuto con il fatto che con il metadone il loro figlio è "un'altra persona, non è lui, perché lui è diverso".

Talvolta, quindi rimangono esclusi dai programmi riabilitativi con affidamento particolare ai Servizi Sociali (ex art. 47 bis) coloro che pur essendo all'interno di un

programma terapeutico stanno ancora assumendo metadone come sostegno.

Questa posizione obbliga gli utenti ad abbandonare precocemente la cura farmacologica con esiti fallimentari.

5. Metadone a mantenimento e problemi medico-legali

Vorrei ora affrontare il tema degli aspetti medico-legali che all'interno di un percorso di reinserimento non sono senz'altro secondari. Mi riferisco alle problematiche che si evidenziano quando una persona, sottoposta a terapia metadonica, deve rinnovare il permesso di guida. Qui la normativa e i percorsi di rinnovo paiono essere diversi: da un lato se il tossicodipendente non ha mai avuto alcun incidente e non è mai stato fermato riesce a rinnovare la patente con un iter normale, senza essere sottoposto ad alcun controllo delle urine. Se invece la persona si è trovata in quelle circostanze la segnalazione giunge fino alla medicina legale della zona di residenza, che convoca l'intestatario della patente al fine di sottoporlo a controlli urinari. Per esempio in Valle d'Aosta le urine prese in considerazione devono essere cinque, continuative,

devono essere negative per tutte le sostanze - metadone compreso - e gli interessati devono sopportare un costo di circa 50 euro l'una, teniamo poi conto di cosa significa non avere la patente in una regione come la Valle d'Aosta, in cui i luoghi di lavoro sono lontani, in zone di alta montagna.

Anche per tale metodo spesso i tossicodipendenti abbandonano i programmi metadonici, credendo di riuscire a rimanere disintossicati almeno per il tempo occorrente al rinnovo. In realtà questo non si realizza, molti rimangono senza patente - anche per l'elevato costo degli esami - molti guidano senza il permesso e col tempo abbandonano l'idea di poterlo rinnovare. Tutto questo contribuisce a costruire un'immagine cronica di sé stessi e il metadone invece di diventare un alleato nella cura, diventa sempre più il nemico da combattere.

Riferimenti e note

(1) George Tabacchi - Consorzio Abele Lavoro

(2) Dalla ricerca-intervento 'Ricerare per costruirsi', prodotta da Cooperativa Sociale 'La Svolta' e Sert Valle d'Aosta. Elaborato dell'A.S. Gilli Marcella

(3) George Tabacchi

METADONE A MANTENIMENTO PROTRATTO IN REGIME DI AFFIDAMENTO AL PAZIENTE DELLA DOSE SETTIMANALE: CONTROLLO DELLA COMPLIANCE MEDIANTE DOSAGGIO DELLA METADONEMIA E VALUTAZIONE DI COSTI, RISCHI E BENEFICI

■ Autori:

Dott. Scarlata Salvatore, *Sert. A.S.L. Roma F Via M. Villotti s.n.c. - Civitavecchia*

Prof. Chiarotti Marcello, *Ist. Med. Legale U.C.S.C. L.go F. Vito, 1 - Roma*

Dott.ssa Fucci Nadia, *Ist. Med. Legale U.C.S.C. L.go F. Vito, 1 - Roma*

Dott.ssa De Giovanni Nadia, *Ist. Med. Legale U.C.S.C. L.go F. Vito, 1 - Roma*

AZIENDA SANITARIA LOCALE RM/F
SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE

Civitavecchia, 13/11/2003

Due sono i pilastri fondamentali del trattamento farmacologico sostitutivo della tossicodipendenza da oppiacei: la ritenzione in trattamento per tempi prolungati a dosaggi efficaci e il reinserimento socio-lavorativo.

Accade tuttavia che in osservanza di normative ormai superate, vige in Italia l'usanza di effettuare quotidianamente in loco la somministrazione del farmaco sotto diretto controllo del personale sanitario.

Questo ad evitare la diversione del prodotto, con conseguente trattamento a dosi inadeguate da parte del paziente ed alimentazione del mercato grigio del farmaco, (prevalentemente utilizzato da pazienti tossicodipendenti che non accedono regolarmente ai servizi) con evidente rischio di misuse o incauta custodia con possibili gravi conseguenze.

Quanto sopra comporta pertanto la necessità da parte del paziente di afferire quotidianamente al servizio con grave perdita di tempo, spese di trasporto, ostacolo al conseguimento e al mantenimento di un lavoro, e soprattutto il permanere in continuo contatto con il gruppo dei pari ad alimentare una cultura della devianza e della trasgressione che tanta parte ha giocato nell'insorgere della malattia tossicomana.

Data la rilevante inconsistenza della normativa che attualmente regola il regime dell'affidamento (obsolete linee guida ministeriali successive al referendum abrogativo del D.L. 309/90 che precludeva al Ministero della Sanità la facoltà di regimentare le modalità dei trattamenti sostitutivi) rimane unico in vigore l'art. 43 della 309/90 che autorizza la prescrizione del farmaco (e quindi l'affidamento) per non più di otto giorni.

Dato l'aggravio dei costi gestionali che comportava siffatta modalità, nel nostro e in numerosi altri centri si è proceduto con pazienti ormai stabilizzati e lavorativamente reinseriti a concedere in affidamento al paziente stesso (e non a un familiare referente) la dose settimanale del farmaco previa assunzione in loco della dose del giorno di afferenza al servizio, a verifica della mantenuta tolleranza al farmaco.

Scopo del presente lavoro è quello di seguire per tempi

protratti il decorso clinico di un numero di tossicodipendenti in trattamento metadonico in regime di affidamento e valutare l'evolvere del decorso clinico della malattia mediante la variazione dell'indice di severità della dipendenza (EuropASI) tra due interviste applicate una all'inizio e una alla fine del periodo di osservazione, correlando tale variazione alla dose assunta al Sert (e quindi consegnata al paziente) e al tasso metadonemico a 24 ore dall'ultima somministrazione, in base al presupposto che in caso di diversione o misuse del farmaco, pur nella estrema variabilità degli indici di metabolizzazione del farmaco, alti dosaggi di affidamento e bassi livelli plasmatici di metadone dovessero comportare una evoluzione peggiorativa della malattia per insufficiente effetto di saturazione recettoriale sui recettori oppioidi.

MATERIALI E METODI

Nella popolazione di circa 460 utenti in trattamento al Sert si sono evidenziati 124 pazienti tossicodipendenti da oppiacei da almeno due anni, rispondenti agli standard prefissati dal DSM IV che erano stati a metadone a mantenimento protratto con una dose concordata tra medico e paziente stabile da almeno sei mesi, che avevano in affidamento, perché ormai compensati nel decorso, la dose settimanale assumendo al Sert il giorno in cui afferivano al servizio, a conferma della mantenuta tolleranza.

A questi 124 pazienti fu proposto di effettuare il dosaggio del metadone plasmatico a conferma della idoneità del dosaggio di metadone concordato.

Di questi 124 pazienti vi fu adesione al prelievo ematico da parte di 92 e di questi solo 61 mantennero le condizioni di trattamento per il tempo minimo utile al completamento dell'osservazione. (12 mesi).

I pazienti venivano visti dagli operatori medici e infermieri con cadenza settimanale valutando le loro condizioni generali e il loro stato di benessere. Controlli dei cataboliti urinari venivano effettuati a sorpresa con cadenza mediamente mensile e la frequenza di riscontri positivi fu utilizzata nel corso della valutazione di esito per determinare da parte dell'operatore

l'indice di gravità sull'asse dell'uso di sostanze. Lo studio si è protratto per 36 mesi.

A tutti i pazienti veniva applicato il test EuropASI dal momento dell'arruolamento e al termine del trattamento o della fase di osservazione sui parametri dell'abuso di sostanze, alcool, salute fisica, salute psichica, problemi di lavoro, problemi con la giustizia, stabilità di un nucleo familiare. Vennero valutati soltanto quelli che avevano mantenuto le condizioni per un periodo maggiore a 12 mesi. Fu valutata l'età dei pazienti in anni, la durata della malattia in anni, il valore della gravità della dipendenza all'arruolamento, la dose assunta e affidata e il tasso metadonemico a 24 ore dalla precedente assunzione. Tali dati a loro volta furono correlati alla variazione dell'indice di gravità EuropASI suddividendo l'utenza in due gruppi: un primo gruppo A con indice di gravità immutato o diminuito con evoluzione positiva del decorso e un secondo gruppo B con indice incrementato con evoluzione peggiorativa.

RISULTATI

RIDUZIONE DEI COSTI IN REGIME DI AFFIDAMENTO:

1. Risparmio di spese personale operativo:

Considerato il tempo medio giornaliero di assistenza infermieristica e medica della prescrizione e somministrazione del farmaco al paziente che affерisce quotidianamente al servizio di 5 m', il rapporto tra tempo impiegato nell'uno e nell'altro tipo di trattamento è di 5 a 35, che moltiplicato per i 61 pazienti seguiti sono 6 ore settimanali contro 33,3. Calcolando in 20,00 Euro/ora il costo medio di un operatore si valuta un risparmio di Euro 30.000,00 annui per 61 pazienti.

Non si rilevano tutti i risparmi connessi alle spese accessorie: spese di vigilanza armata, spese di pulizia locali, maggiore usura delle strutture, ecc.

2. Minor perdita lavorativa da parte del paziente:

Mediamente un paziente di un Sert metropolitano esteso su un ampio territorio risiede ad almeno 30 m' dal servizio: il che significa un mancato guadagno di un'ora nel paziente in affidamento contro le sette ore del paziente ad accesso quotidiano al servizio. Con un mancato guadagno di Euro 20,00 settimanali del paziente in affidamento contro i 140,00 del paziente ad accesso giornaliero si ha un risparmio di Euro 120,00 a paziente che per la società significa per 61 pazienti Euro 7200 settimanali pari a 374.400,00 annui.

Va calcolata a latere la minore spesa di trasporto: mediamente 1 cura a settimana contro sette cure pari a 6 cure a paziente per totali 366 cure settimanali per i 61 pazienti in carico e totali annui 19.032,00 cure.

Non si ritiene quantificabile e quindi non viene calcolato il fatto che affерire quotidianamente al Servizio significa non avere fisicamente il tempo di recarsi al lavoro né si calcola il danno derivante dalla quotidiana frequentazione del gruppo dei pari, né il danno dell'immagine all'Azienda Sanitaria derivante dall'afflusso continuo di utenti problematici al servizio.

Calcolato quanto sopra tuttavia, rimane aperto il pro-

blema se l'affidamento del farmaco per più giorni possa rappresentare occasione di diversione o eventuale misuso con conseguente inadeguato tasso plasmatico dello stesso ed insufficiente effetto recettoriale non tanto come anti-astinenziale, ma soprattutto come anticraving; effetto quest'ultimo raggiungibile soltanto con elevati dosaggi orali e correlati elevati tassi plasmatici ad esercitare una azione agonista sui recettori k esplicanti effetto disforizzante ed avverso.

	N° paz	%	coeff k	dose assunta	tasso ematico	ASI 1	ASI 2	D
Gruppo A	53	86,8	0,98	77,05	462	28,57	23,23	-3,34
Gruppo B	6	13,12	1,56	59,87	401	37,90	41,2	+3,37

Coeff k: età in anni x anni di dipendenza x indice ASI x 10⁻⁴

Nella tabella 1 si prospetta la differenza tra indice di gravità della dipendenza iniziale e finale e si evidenziano due gruppi: uno con indice di gravità immutato o diminuito e quindi con stabilizzazione o decorso migliorativo (gruppo A) e uno con indice di gravità aumentato e con evoluzione peggiorativa (gruppo B). Il gruppo A comprende 53 pazienti pari al 86,8 % del totale.

Il coefficiente k dato dal prodotto di età del paziente, per durata di dipendenza per il valore iniziale di indice di gravità per 10-4 è di 1,56 nel gruppo B e 0,98 nel gruppo A e superiore del 59,2%.

La dose giornaliera di metadone assunta al Sert e affidata fu di mg 77,05 per il gruppo A e di 59,87 per il gruppo B, superiore pertanto la prima del 28%.

Il tasso ematico a 24 ore dalla somministrazione è di 462 ng/ml per il gruppo A e di 401 ng/ml per il gruppo B, superiore la prima del 15,21%.

DISCUSSIONE

Non si ritiene possibile in base ai dati desunti dalla letteratura stabilire una precisa relazione applicabile a ogni individuo tra dose orale di metadone e tasso plasmatico di esso a causa della ampia variabilità e genetica della metabolizzazione del farmaco e indotta da alimenti o sostanze (alcool) o farmaci (antibiotici o antiretrovirali), ma è possibile in un gruppo anche se ristretto valutare se nell'ambito della programmazione sanitaria a largo campo sussistano significativi segni di dannosità o pericolosità della procedura a seguito di misuso o diversione del farmaco.

Riscontrare nel gruppo sia pur minimamente peggiorativo una dose media assunta inferiore a quella del gruppo migliorativo è conforme a quanto riscontrato nei pazienti ad assunzione controllata; con valori ematici proporzionalmente inferiori fa ritenere minimale l'effetto di diversione o di misuso. La peggiore evoluzione del decorso va maggiormente correlata alla maggiore età dei pazienti, alla maggior durata della dipendenza e al più alto indice di gravità all'atto dell'arruolamento.

Ovviamente particolare attenzione va rivolta al controllo clinico del paziente settimanale e ai controlli dei cataboliti urinari a valutare all'insorgere l'eventualità di fasi di scompenso e la presenza di segni di abuso o di astinenza da sostanze.

Letteratura

1. Cooper JR. Editor: *Research On the Treatment Of Narcotic Addiction* N.I.D.A. 1982
2. Inturrisi C.E.: *Estimation Of Methadone In Patients With Chronic Pain.* (Clin Pharmacol Ther 1987.41 392-401)
3. Plummer John L.: *Estimation Of Methadone Clearance: Application In The Management Of Cancer Pain.* (Pain, 1988. 33 313-322)
4. Gourlay Geoffrey K.: *A Comparative Study Of The Efficacy And Pharmacokinetics Of Oral Methadone And Morphine In The Treatment Of Severe Pain In Patients With Cancer.* (Pain 1986.25 297-312).
5. Anggard Erik: *Disposition Of Methadone In Methadone Maintenance.* (Clinical Pharmacology And Therapeutics 1974. 17.3. 258-266).
6. Inturrisi C. E.: *Pharmacokinetics Of Methadone* (Adv Pain Res Ther 1986.8. 191199)
7. Baselt Randall C. : *Urinary Excretion Of Methadone In Man.* (Clinical Pharmacology And Therapeutics) 1971.13 .164.70)
8. Eap Chin B.: *Pharmacokinetics And Pharmacogenetics Of Methadone: Clinical Relevance* (Her Adict & Rel Clini Probl 1999 1 19-34)
9. Inturrisi C.E. *Levels Of Methadone In Plasma During Methadone Maintenance* (Clin Pharmacol Ther 1972.13: 633-7)
10. Wolff K. *Methadone Concentrations In Plasma And Their Relationship To Drug Dosage.* (Clip Chem 1991. 37/2: 205/209).
11. Horns William H. : *Plasma Levels And Symptom Complaints In Patients Maintained On Daily Dosage Of Methadone Hydrochloride.* (Clin Pharm & Therapeutics 1975.17/6. 636-649)
12. Loimer Norbert: *The Use Of Plasma Levels To Optimize Methadone Maintenance Treatment.* (Drug Alc Dep 1992. 30. 241-6)
13. Torrens Marta: *Plasma Methadone Concentrations As An Indicator Of Opioid Withdrawal Symptoms And Heroin Use In A Methadone Maintenance Program.* (Drug Alc Dep 1998. 52. 193-200).
14. Dole V.P. *Addictive Behaviour.* Sci Am. 1980.243.136-143.
15. Bell James: *The Use Of Serum Methadone Levels In Patients Receiving Methadone Maintenance.* (Clin Pharmacol Ther 1988. 33. 623-629)
16. Holmstrand Jan.: *Methadone Maintenance; Plasma Levels And Therapeutic Outcome.* (Clin Pharmacol Ther 1978.23/2 175-180)
17. Kell Michael John: *Utilization Of Plasma And Urine Methadone Measurement.* (Journ Addict Diseas. 1995.14/1.85-108)
18. Europasi. *Adattamento Europeo Dell'addiction Severity Index.* Ediz. Ital. Pozzi Gino Ist. Psich. U.C.S.C. Roma. 1995.
19. Chipkin Richard E. *Aversiveness Of Oral Methadone In Rats.* Psychopharmacology 1978. 57. 303-310).
20. Babbini M. *Le proprietà di stimolo dei farmaci (1992) da Nencini P.ed II controllo farmacologico del comportamento Utet. Torino 1 7-37*
21. Johanson C.E. *1 Modelli animali di autosomministrazione 1992 da Nencini P. ed II controllo farmacologico del comportamento Utet. Torino 39-71*
22. Scarlata S., Chiarotti M., Fucci N. e De Giovanni N. *Haematic concentrations versus oral doses of methadone. Comparative assessment of two reference systems during substitute therapy in opiate addiction.* Heroin Add IRel Clin Probl 2001; 3(1): x-x.

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ Franca Billa* - Daniela De Fabritiis*
* *Psicologa Psicoterapeuta Ser.T. Via Liguria*

SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE - A.S.L. N. 8 CAGLIARI
Responsabile: Dott.ssa Loi Anna

Secondo i criteri diagnostici del DSM IV la tossicodipendenza può produrre una significativa interruzione o riduzione nell'area delle attività sociali, lavorative e/o ricreative e questo fa sì che mediamente la qualità della vita della persona tossicodipendente sia scadente.

L'operatore delle dipendenze deve orientare l'intervento terapeutico ponendo una continua attenzione alla "progettazione" delle varie fasi al fine di consentire all'individuo di riappropriarsi di un ruolo nel contesto di vita quotidiana: all'interno della famiglia, nel gruppo di appartenenza c/o nel luogo di lavoro.

Va comunque precisato che una persona in trattamento al Ser.T. non sempre risulta completamente avulsa dal tessuto sociale e quindi il termine reinserimento va contestualizzato alla storia del soggetto per meglio aiutarlo a individuare obiettivi per lui raggiungibili.

Generalmente gli operatori, sia del pubblico che del privato, tendono a prendere in considerazione singoli aspetti del reinserimento - familiare o lavorativo -, perdendo di vista la globalità del processo, o confondono il reinserimento con interventi di tipo assistenziale.

L'ambito lavorativo è uno dei percorsi possibili da praticare, ma non il solo, e va quindi in questo senso specificato che le condizioni professionali di "occupato" o "non occupato" non possono essere considerate tout court come segno di inserimento o non inserimento nel contesto sociale. D'altra parte una condizione professionale non può garantire che la persona sia realmente inserita in altri ambiti sociali, come non si può affermare che un "non occupato" sia estraneo da processi socializzanti.

Un percorso di reinserimento deve quindi avere obiettivi specifici che vanno definiti con l'utente, in base alle sue caratteristiche, ai suoi bisogni e alle sue risorse.

IPOTESI PER LA RICERCA

Si vuole verificare se, all'interno del Ser.T., le possibilità di inserimento sociale intrinseche ai trattamenti riabilitativi siano percepite e utilizzate dai pazienti in terapia metadonica, a mantenimento o a scalare, in eguale misura rispetto a quelli che effettuano altre terapie farmacologiche e non.

Ci aspettiamo che emergano differenze della percezione relative all'area della socializzazione e del reinserimento lavorativo nei due diversi gruppi, e che il processo di reinserimento sociale risulti più favorevole per i pazienti del gruppo "altre terapie".

METODOLOGIA

Al fine di verificare sul campo l'ipotesi enunciata, abbiamo proceduto all'arruolamento degli utenti in trattamento al 15 settembre 2003 - da almeno 6 (sei) mesi - con metadone, confrontandoli con gli utenti in trattamento con altre terapie, farmacologiche e non (buprenorfina, naltrexone, antidepressivi, alcover, terapia di gruppo) (fig. 23).

Il limite di sei mesi è stato ritenuto indispensabile per verificare se i cambiamenti percepiti dai pazienti nelle diverse aree indagate fossero casuali o connessi al trattamento in atto.

Sono stati intervistati 155 utenti in trattamento metadonico e altrettanti in trattamento con "altre terapie" su un totale di 316 utenti, 6 dei quali hanno rifiutato l'arruolamento.

Tutti gli utenti erano inseriti in un percorso terapeutico con trattamento integrato (fig. 6).

Il 78% degli utenti del gruppo "altre terapie" provenivano da un precedente trattamento con farmaco metadone.

Il campione intervistato è rappresentativo della popolazione tossicodipendente che accetta un trattamento presso il Ser.T.

STRUMENTI UTILIZZATI

Con gli utenti dei due gruppi è stata condotta una intervista utilizzando:

- una scheda socioanagrafica;
- un questionario semistrutturato per la rilevazione dei dati del trattamento - terapia svolta, tempo di ritenzione, dosaggio, trattamento integrato - in particolare teso alla conoscenza dei cambiamenti percepiti, e dell'influenza della terapia sull'inserimento e rendimento lavorativo. Il questionario prevedeva inoltre due items a risposta aperta: percezione del cambiamento e tipologia di vantaggio e svantaggio della terapia svolta. Le risposte ai due items sono state da noi ricodificate utilizzando le categorie: stile di vita, socialità, stabilità, cambiamento di carattere e sicurezza per il primo item e stile di vita, aiuto psicoemotivo e sicurezza sociale per il secondo (figg. 8, 10, 12, 25, 27, 29).
- il questionario SF-36, strumento standardizzato per la misurazione dello stato di salute relativo alle quattro settimane precedenti l'intervista.

DATI SOCIOANAGRAFICI

Il gruppo "metadonici" risultava costituito in prevalenza da maschi (fig. 1), in possesso di licenza media

(fig. 2) "sottoccupati" (fig. 3), in trattamento mediamente da 1771 giorni (fig. 4) con un dosaggio medio giornaliero di 55 mg. di metadone (fig. 5).

Il gruppo "altre terapie" presentava le stesse caratteristiche per quanto concerne la distribuzione per sesso (fig. 19), ma un maggior livello di scolarizzazione (fig. 20) e una percentuale di "occupati stabilmente" (fig. 21) superiore rispetto all'altro gruppo.

DISCUSSIONE

Intervista semistrutturata gruppo terapia metadonica
Dei soggetti intervistati l'83% ha dichiarato una percezione del cambiamento (fig. 7) nello "stile di vita" riferendo una "maggiore socialità" e "stabilità" nelle relazioni interpersonali (fig. 8).

Queste categorie comprendono:

- ampliamento delle relazioni amicali;
- miglioramento nei rapporti affettivi - di coppia e familiari.

Infatti seguire un programma terapeutico integrato consente alla persona di recuperare risorse che può così utilizzare in percorsi risocializzanti, come la ripresa della frequenza scolastica, di una attività lavorativa, di altre attività del tempo libero quali sport o volontariato.

Nella fig. 10 è riportata la distribuzione percentuale dei vantaggi prodotti dalla percezione della terapia. Si riconferma come vantaggio il cambiamento rilevato nello stile di vita, inteso questo come allontanamento dalla "piazza", diminuzione o abbandono delle condotte devianti, e la terapia viene indicata come valido sostegno psicoemotivo; la persona riferisce di ritrovare una stabilità che le consente di gestire in modo più adeguato comportamenti ed emozioni.

Per contro, gli intervistati evidenziano anche l'esistenza di svantaggi legati alla terapia prevalentemente attribuiti alla dipendenza dal farmaco e alla paura che questa possa protrarsi per un tempo indefinito (figg. 11 e 12).

Complessivamente gli utenti si ritengono soddisfatti della terapia in corso (fig. 13) tanto da consigliarla ad altri (fig. 14). Il 14% degli intervistati dichiara che non la consiglierebbe soprattutto perché la terapia va individuata in base alla necessità del paziente e discussa con il proprio medico.

Il 75% degli intervistati (fig. 15) riferisce che grazie alla terapia è riuscito ad inserirsi nel mondo del lavoro come sottoccupato/occupato saltuariamente o in modo stabile.

Il 79% (fig. 16) sostiene di aver avuto un cambiamento nel rendimento lavorativo riferendo un miglioramento nell'espletamento delle prestazioni professionali (fig. 17).

Intervista semistrutturata gruppo "altre terapie"

L'80% degli intervistati riferisce un cambiamento favorevole relativamente alle proprie condizioni psicofisiche (figg. 24 e 25).

Anche per questi pazienti l'area di cambiamento più rilevante è "lo stile di vita" e la tipologia di vantaggio più rappresentativa, prodotto dalla terapia, è "l'aiuto psicoemotivo" (fig. 27).

Il 50% dei soggetti riferisce la presenza di disagi deri-

vanti dalla terapia (fig. 28) sia per il timore di una dipendenza dal Ser.T., che dal farmaco (fig. 29).

Anche per questo gruppo risulta rilevante la soddisfazione per il trattamento in corso (figg. 30 e 31).

Il 59% degli intervistati (fig. 32) dichiara che la terapia in corso ha permesso loro un inserimento nel mondo del lavoro con un netto miglioramento nell'espletamento delle prestazioni professionali (fig. 34).

RISULTATI

La comparazione dei risultati relativi ai due gruppi ha evidenziato alcune differenze significative, riportate nelle tabelle.

Risulta che i pazienti in trattamento metadonico hanno una percezione di maggiore coscienza relativamente al processo di "normalizzazione" nella gestione della quotidianità rispetto all'altro gruppo (Aree del cambiamento: X² 22.814 -P .0001).

Nell'area relativa all'inserimento nel mondo del lavoro emerge con chiarezza la percezione da parte dei pazienti che la terapia metadonica può riavvicinarli al contesto produttivo, in quanto il farmaco restituisce loro tempo, energie e risorse precedentemente investite in altre attività spesso devianti (inserimento nel mondo del lavoro X² 12.391 - P .0062; Cambiamento nel rendimento lavorativo X² 4.8410 - P .0278).

Tali considerazioni sono confermati anche dai risultati del questionario SF-36 dai quali si evince una maggiore correlazione tra benessere psico-fisico e integrazione sociale a favore dei pazienti con trattamento metadonico (risposte item 6 + 10, X² 18.096 - P .0028), (figg. 18 e 35).

Probabilmente la differente percezione può essere ricondotta alle condizioni psicofisiche e sociali, spesso scadenti, in cui si trova il paziente tossicodipendente all'inizio del trattamento con metadone. Tale condizione non è difatti riscontrata nei soggetti che iniziano un trattamento con farmaco antagonista o una terapia di gruppo.

Non possiamo con certezza affermare che la percezione di una maggiore coscienza del processo di "normalizzazione" rilevata nel gruppo metadonici sia totalmente attribuibile alla terapia, ma sicuramente non si può non tenere conto delle indicazioni derivanti dalla letteratura scientifica che afferma che un programma metadonico integrato contribuisce alla sicurezza sociale, riduce la criminalità, il consumo di eroina, la mortalità e ristabilisce un equilibrio nelle relazioni interpersonali.

CONCLUSIONI

Il lavoro realizzato conferma che i tossicodipendenti inseriti in un trattamento a metadone percepiscono con chiarezza le possibilità sociali intrinseche al trattamento, al pari dei pazienti afferenti ad altre terapie. Ci aspettavamo che chi effettua terapie diverse da quelle con metadone mostrasse una maggiore capacità di percepire i vantaggi derivanti dalla terapia, per quanto concerne il reinserimento sociale, invece dall'indagine effettuata è emerso il risultato opposto. I pazienti in trattamento metadonico, non solo hanno consapevolezza dei benefici ma ne traggono un vantaggio superiore proprio perché inizialmente più svan-

taggiati.

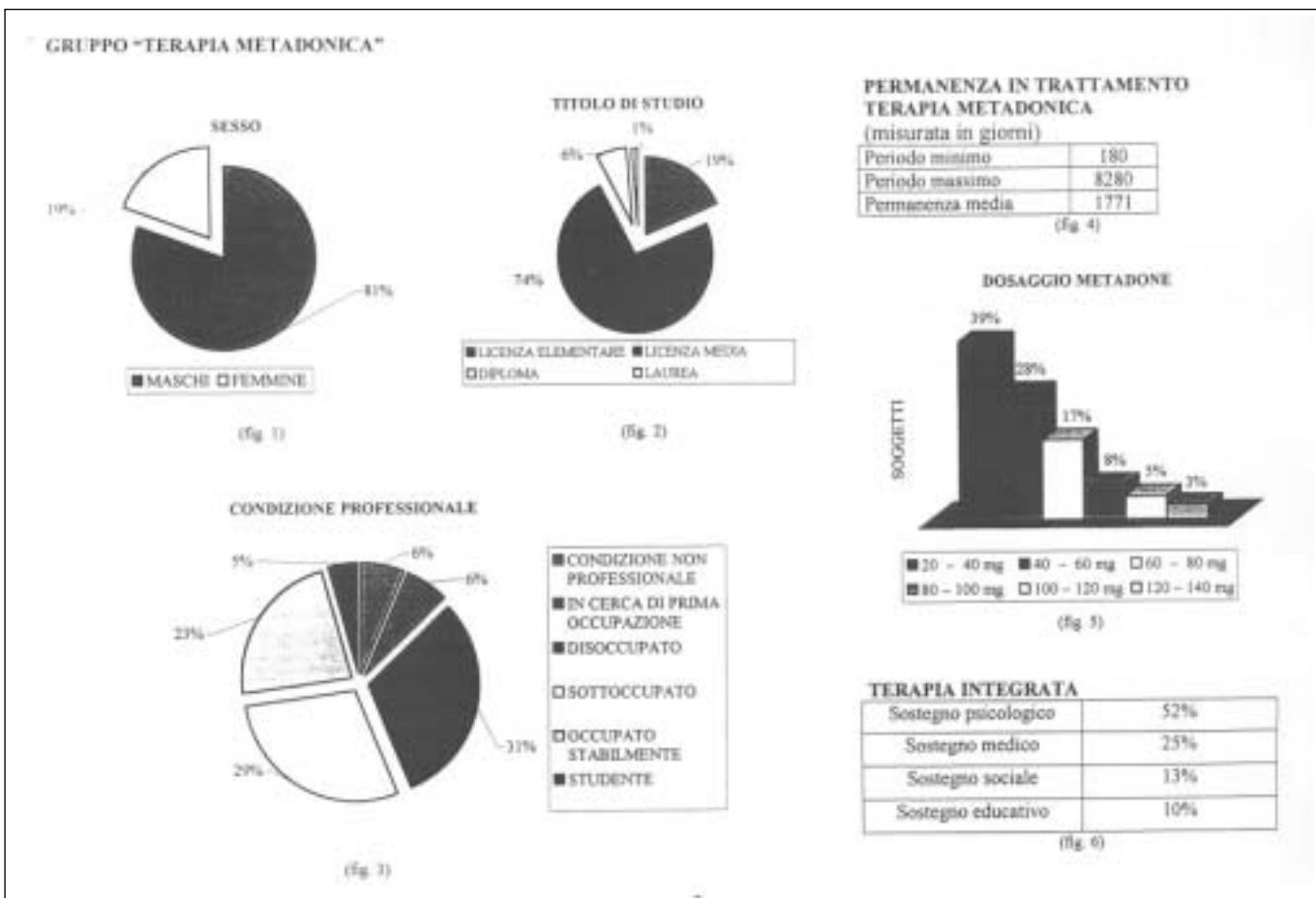
Queste riflessioni, basate sull'evidenza, dovrebbero orientare l'operatore delle dipendenze patologiche a non agire secondo ideologie preconcepite ma utilizzando i diversi strumenti farmacologici, psicologici, sociali ed educativi, ponendosi sempre come obiettivo il miglioramento della qualità della vita della persona che si rivolge al SER.T.

Bibliografia

- Apolone G., Mosconi P. e Ware J. E. (1997), *questionario sulla Stato di Salute SF-36*, Verona, Guerini e Associati.
- *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson 1996.
- Giannotti C. F. (a cura di), "La memoria del divenire" *La progettazione degli interventi per le tossicodipendenze nei Servizi Pubblici dell'Emilia Romagna*. Regione Emilia Romagna Dipartimento Sicurezza Sociale Studi e Documentazioni - Progetto regionale "Gli inserimenti lavorativi" presentato a Piacenza il 14 e 15 gennaio 1993.
- Guelfi G.P., *La qualità della vita, punto rilevante nella relazione con il tossicodipendente*, *Medicina delle Tossicodipendenze*, Anno IV, numero 4, Dicembre 1998.
- Grosso L., *Capacità di fare e reinserimento lavorativo*. ITACA Settembre/Dicembre 1999, Anno 3, numero 9.
- Kelley D., Welch R. and McKnelley W., *Methadone maintenance: An assessment of potential fluctuation in behaviour between doses*. *International Journal of the Addictions* 1978 13: 1061-1068.
- Yancovitz R. and Randell J. *Work adjustment of the methadone*

ne maintained Corporate employee. Rehabilitation Counseling Bulletin 1977 20: 191-197.

- Levin JD. *Psychotherapy in Later-Stage Recovery. In Psychotherapy and Substance Abuse. A Practitioner's Handbook*. A cura di Washton AM. New York-London, The Guilford Press, 1995.
- Lombardo W. K. *Moderate and low dosage methadone maintenance and cognitive functioning*. *Dissertation Abstracts International* 1974 35(6-A): 3544.
- Majani G., Callegari S., Giardini A., Pierobon A., Tiozzo M.: *La misurazione della qualità della vita*. *Psicologia e Psicologi*, numero 2, 2002, Erickson.
- Miller W., Rollinick: S., *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Erickson Ed., 1994.
- Pani PP. *L'affidamento domiciliare del metadone: vantaggi, benefici, rischi*. *Medicina delle Tossicodipendenze* 5, 26-30, 1997.
- Preston A. *Beyond the Basics*. DrugLink 9, 11, 1994.
- Spiller V., Guelfi GP. *La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E*. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, numero 2, 1998.
- Torrens M, San L, Martinez A, Castello C, Domingo-Salvany A, Alonso J. *Use of the Nottingham health Profile for measuring health status of patients in metadone maintenance treatment*. *Addiction* 92, 707 -716, 1997.
- Vester A., Buning E., *Linee guida sul metadone*, Euro Methwork, Giugno 2003.
- Zotta M., Suardi L., Zamarchi M., *L'accompagnamento al lavoro*. ITACA Settembre/dicembre 1999, Anno 3, numero 9.

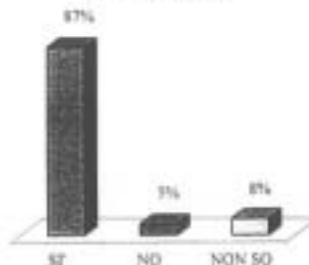


CAMBIAMENTO PERCEPTO IN SEGUITO ALLA TERAPIA METADONICA



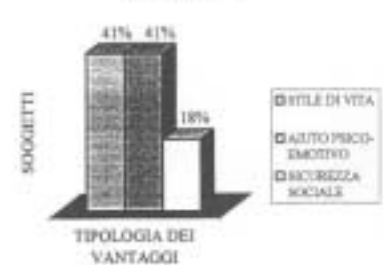
(fig. 7)

SEI IN GRADO DI EVIDENZIARE I VANTAGGI DELLA TERAPIA METADONICA?



(fig. 9)

TIPOLOGIA DEI VANTAGGI RELATIVI ALLA TERAPIA METADONICA



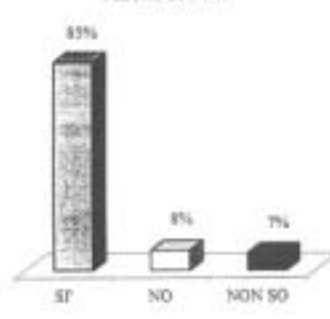
(fig. 10)

PRINCIPALI AREE DEL CAMBIAMENTO PERCEPTO



(fig. 8)

SEI IN GRADO DI EVIDENZIARE GLI SVANTAGGI DELLA TERAPIA METADONICA?



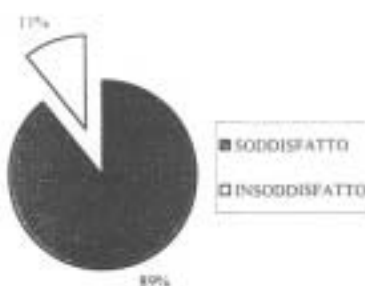
(fig. 11)

TIPOLOGIA DEGLI SVANTAGGI RELATIVI ALLA TERAPIA METADONICA



(fig. 12)

SODDISFAZIONE PERCEPTA RELATIVA ALLA TERAPIA METADONICA



(fig. 13)

LA TERAPIA METADONICA TI HA PERMESSO DI INSERIRTI NEL MONDO DEL LAVORO?



(fig. 15)

TIPOLOGIA DEL CAMBIAMENTO PERCEPTO



(fig. 17)

TERAPIA METADONICA: LA CONSIGLIERESTI AD ALTRI?



(fig. 14)

TERAPIA METADONICA: CAMBIAMENTO PERCEPTO NEL RENDIMENTO LAVORATIVO



(fig. 16)

SF-36: SCALA ATTIVITÀ SOCIALI

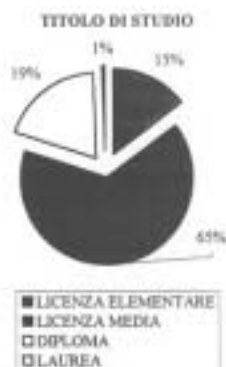
Punteggio	pazienti
100	1%
87,5	83%
62,5	10%
50,0	4%
25,0	2%

(fig. 18)

GRUPPO "ALTRE TERAPIE"



(fig. 19)



(fig. 20)

TERAPIA INTEGRATA

Sostegno psicologico	72%
Sostegno medico	10%
Sostegno sociale	10%
Sostegno educativo	8%

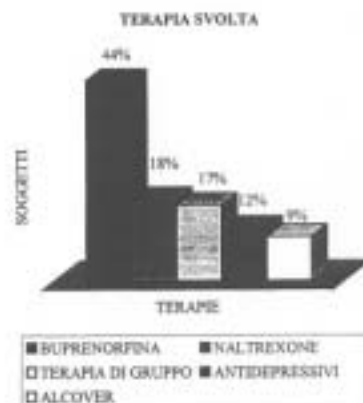
(fig. 22)

CONDIZIONE PROFESSIONALE



(fig. 21)

- CONDIZIONE NON PROFESSIONALE
- IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE
- DISOCCUPATO
- SOTTOCCUPATO
- OCCUPATO STABILMENTE
- STUDENTE



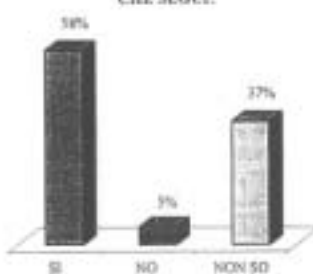
(fig. 23)

ALTRE TERAPIE: CAMBIAMENTO PERCEPTO



(fig. 24)

SEI IN GRADO DI EVIDENZIARE I VANTAGGI DELLA TERAPIA CHE SEGUI?



(fig. 26)

ALTRE TERAPIE: TIPOLOGIA DEI VANTAGGI



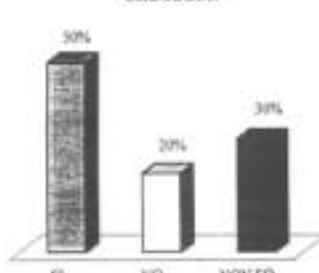
(fig. 27)

PRINCIPALI AREE DEL CAMBIAMENTO



(fig. 25)

SEI IN GRADO DI EVIDENZIARE GLI SVANTAGGI DELLA TERAPIA CHE SEGUI?



(fig. 28)

ALTRE TERAPIE: TIPOLOGIA DEGLI SVANTAGGI



(fig. 29)

ALTRE TERAPIE: SODDISFAZIONE PERCEPITA



(fig. 30)

ALTRE TERAPIE: INSERIMENTO NEL MONDO DEL LAVORO



(fig. 32)

TIPOLOGIA DEL CAMBIAMENTO



(fig. 34)

ALTRE TERAPIE: LE CONSIGLIERESTI AD ALTRI?



(fig. 31)

ALTRE TERAPIE: CAMBIAMENTO PERCEPITO NEL RENDIMENTO LAVORATIVO



(fig. 33)

SF-36: SCALA ATTIVITÀ SOCIALI

Punteggio	percent. pazienti
100	2%
87,5	64%
62,5	16%
50,0	8%
25,0	10%

(fig. 35)

	Treatment metadone	Treatment Altre terapie	X ²	P
Sexo	%	%		
Uomini	81%	81%	0000	1.0000
Femmine	19%	19%		
Scolarità	%	%	X ²	P
Licenza elementare	19%	15%		
Licenza media	74%	65%	12.391	0062
Diploma	6%	19%		
Laurea	1%	1%		
Condizione prof.	%	%	X ²	P
Condizione non professionale	6%	3%		
In cerca di prima occupazione	6%	6%		
Disoccupato	11%	23%	8.6562	1236
Sottooccupato	29%	24%		
Occupato stabilmente	23%	38%		
Studente	5%	4%		

(tabella 1)

	Treatment metadone	Treatment Altre terapie	X ²	P
Cambiamento dovuto Al trattamento	%	%		
Si	83%	80%	49880	4800
No	17%	20%		
Area del cambiamento	%	%	X ²	P
Sede di vita	45%	37%		
Maggiore socialità	34%	17%		
Maggiore stabilità	9%	19%	22.814	0001
Cambiamento carattere	7%	12%		
Maggiore sicurezza	5%	15%		
Vantaggi	%	%	X ²	P
Si	87%	58%		
No	5%	5%	2.3066	3156
Non so	8%	37%		
Svantaggi	%	%	X ²	P
Si	85%	50%		
No	8%	20%	50.300	0000
Non so	7%	30%		

(tabella 2)

	Treatment metadone	Treatment Altre terapie	X ²	P
Soddisfazione terapia	%	%		
Soddisfatto	89%	86%	48031	4883
Insoddisfatto	11%	14%		
Consiglio ad altre persone	%	%	X ²	P
Si, lo consiglierai	86%	83%	10006	3447
No, non lo consiglierai	14%	15%		
SF-36: risposte items 4+10			X ²	P
Livello di risposta	patienti	punteggio	patienti	punteggio
Ottima	1	100	2	100
Molto buona	129	87,5	99	87,5
Buona	15	62,5	25	62,5
Mediamente buona	7	50,0	12	50,0
Leggermente buona	3	25,0	15	25,0

(tabella 3)

	Treatment metadone	Treatment Altre terapie	X ²	P
Inserimento nel mondo del lavoro	%	%		
Si	75%	59%	12.391	0062
No	25%	41%		
Cambiamento nel rendimento lavorativo	%	%	X ²	P
Si	79%	68%	4.8410	0278
No	21%	32%		
Tipologia del cambiamento	%	%	X ²	P
Miglioramento	83%	83%		
Stabilità	12%	14%	26552	8757
Peggioramento	3%	3%		

(tabella 4)

FATTI DI VITA QUOTIDIANA

■ P. Gioè, *Psichiatra*
 M. Papa, *Psicologo*
 B. Rosa, *Pedagogista*
 M. Troia, *Assistente Sociale*
 F. Triolo, *Psichiatra*
 SERT DISTRETTO 12 PALERMO

La continua ricerca scientifica e le numerose evidenze cliniche acquisite negli ultimi anni sul trattamento metadonico nella cura della dipendenza da oppiacei indicano che il trattamento sostitutivo con metadone è efficace se prevede, nella cura dei pazienti, la somministrazione di dosi congrue di metadone per un periodo di mantenimento a medio-lungo termine.

Nella nostra esperienza questa indicazione spesso si è scontrata con i pregiudizi radicati tra gli utenti che spesso arrivano al trattamento sostitutivo perché spinti dalla necessità di superare rapidamente l'astinenza mostrando però una scarsa compliance a programmi terapeutici sostitutivi a lungo termine.

Partendo da questi presupposti gli autori si sono indirizzati verso la ricerca di una metodologia che si avvallesse, in uno con il trattamento farmacologico con metadone, anche di un intervento psicoeducativo. La scelta è caduta sulla tecnica del counseling di gruppo già da tempo utilizzato nel trattamento dei pazienti psichiatrici allo scopo, per esempio, di educare ad una corretta assunzione dei farmaci e, tenuto conto della specifica formazione di alcuni operatori.

Per tale motivo, nel corso del 1° semestre dell'anno 2000 è stata avviato un progetto con nove utenti volontari, tossicodipendenti da eroina e.v. da diversi anni, in trattamento sostitutivo metadonico da almeno un mese, ai quali è stato proposto un programma terapeutico che comprendeva la terapia farmacologica sostitutiva con metadone a lungo termine e un intervento di counseling di gruppo.

Sono stati costituiti così due piccoli gruppi di discussione, con finalità educativo-informative, costituiti rispettivamente da 4 e 5 partecipanti di cui 7 maschi e 2 femmine.

I due gruppi di pazienti si sono incontrati con cadenza settimanale per un periodo di sei mesi, in setting di gruppo, presso i locali del Sert.

Alle sedute di gruppo, della durata di due ore ciascuna, che si sono svolte settimanalmente dal mese di febbraio al mese di luglio dell'anno 2000, partecipavano 1 o 2 operatori del Sert a seduta.

Tra gli operatori hanno partecipato all'esperienza uno psichiatra, una psicologa, una pedagogista, una assistente sociale.

I risultati di questa esperienza e gli aspetti relativi all'efficacia della metodologia utilizzata sull'adesione

al trattamento e sulla modifica dell'atteggiamento culturale da parte dei pazienti nei confronti dei metadone sono stati oggetto di pubblicazione (8).

Con questo lavoro si vuole porre l'attenzione, invece, su alcuni altri aspetti della stessa esperienza che hanno riguardato i fattori trasformativi che il lavoro di gruppo ha operato sul singolo partecipante.

Il gruppo infatti, nato come gruppo di discussione attraverso il quale veicolare informazioni corrette sulla terapia metadonica è diventato anche il luogo e l'occasione per operare un cambiamento nell'assetto personale dei partecipanti favorendo la loro integrazione sociale.

Da quanto detto sopra è corretto paragonare questo progetto, per le sue caratteristiche pedagogiche, alle esperienze ormai ritenute classiche dei gruppi lewiniani sul cambiamento cognitivo degli atteggiamenti: anzi è proprio da tale ricerca, condotta negli anni '50', che per la prima volta si fece strada l'idea di una particolare efficacia del gruppo nell'indurre trasformazioni nell'assetto personale dei partecipanti: un grande potenziale che ben presto venne utilizzato nei più svariati campi, compreso quello clinico e psicoterapico oltre che pedagogico.

Oggi le acquisizioni sui gruppi identificano una serie di fattori trasformativi: uno dei più noti è la prevalenza situazionale dell'assetto paritario fraterno: Foulkes ha sostenuto, molto semplicemente, che una verità difficile viene più facilmente accettata se a proporla è un membro del gruppo, piuttosto che lo stesso conduttore. La connotazione paritaria data dall'assetto di gruppo ha consentito ai partecipanti di esaminare l'oggetto della loro "ricerca": il Metadone come dispositivo terapeutico, e di utilizzare le conoscenze che lo staff metteva loro a disposizione in direzione del superamento dei Luoghi Comuni legati al trattamento.

Il lavoro dei due gruppi ha portato alla elaborazione di un opuscolo informativo sul trattamento metadonico sotto forma di fumetto illustrativo.

In esso viene raccontata la giornata tipo di un *tossico da strada* che dall'incontro casuale con un vecchio amico, con cui ha condiviso esperienze e problemi, ha l'occasione per riflettere.

Per i dialoghi delle vignette è stato scelto il dialetto e per l'opuscolo un titolo che gioca volutamente sul doppio significato: " fatti di vita quotidiana ".

¹ Si ricorda in proposito lo studio, condotto dagli allievi di Lewin in America, sulla modifica degli atteggiamenti mediante gruppi di casalinghe orientati a promuovere il consumo di carni alternative, considerato in seguito il prototipo dei T-group

Ma in che modo, in quel gruppo, ha preso corpo ed è giunto a realizzazione il progetto del fumetto illustrativo? Una volta maturata una sufficiente consapevolezza nei partecipanti, la scelta metodologica dello staff dei conduttori è stata di innestare nel percorso un progetto dal risultato tangibile, per aumentare la coesione del gruppo, valorizzare maggiormente l'esperienza fatta e, elemento non trascurabile trattandosi di un gruppo con un termine stabilito, fornire una "restituzione" finale che rappresentasse simbolicamente gli obiettivi raggiunti, restituzione facilmente identificabile col prodotto "fumetto". La presenza fra i partecipanti di un soggetto in possesso di abilità grafiche ha ulteriormente indirizzato lo staff a utilizzare tale risorsa.

Un'ulteriore riflessione va fatta sul complesso fenomeno, squisitamente inerente alla psicodinamica dei gruppi, chiamato "personazione", fenomeno rilevato in primis nei gruppi terapeutici a matrice analitica, e che testimonia come, anche all'interno di un gruppo come quello in oggetto, improntato alla modifica degli atteggiamenti, si verificano fenomeni emozionali di notevole profondità. È un fatto molto comune in qualunque set che utilizzi il gruppo, osservare in un paziente la capacità di riassumere ed esprimere (ad esempio attraverso la scena rappresentata visivamente da un sogno) quanto sta avvenendo a livello emotivo nella rete di rapporti che in quel momento caratterizzano l'esperienza, non solo sua ma anche degli altri partecipanti. In questo senso egli si ritrova ad essere la "persona" che "parla" il gruppo.

Va detto però che nella situazione in questione il sogno, attivato da emozioni profonde e a sua volta attivante qualora venga usato in un set, non era utilizzabile, per i confini operativi e i parametri dell'esperienza in questione.

La proposta dello staff ("mettiamo insieme un opuscolo sul metadone illustrato a fumetti") era, coerentemente con i presupposti istitutivi del setting, finalizzata a sostituire l'attività immaginativa, visuale, tipica dell'onirismo di gruppo, con un lavoro comunque sostanzialmente centrato sulla componente espressiva grafica, fortemente suggestiva e capace di esprimere, per immagini dalla forma compiuta, il sentire condiviso dai partecipanti.

Ma in che direzione si muove questo processo multipersonale e al tempo stesso individuale?

Il paziente "funzionale", il fumettista, utilizza un'altra risorsa del set di gruppo, che è quella di rappresentare, ovvero produrre immagini a partire dai temi condivisi, passare dalle parole alle immagini e circolarmente accedere a nuove parole. Il paziente si mette a disposizione dei compagni per dare forma, disegnare a partire dai loro discorsi e dal contributo dello staff, e produce una copiosa quantità di bozzetti, inventando una storia di strada il cui finale suggerisce l'opportunità di accedere al trattamento come ipotesi razionale, come possibilità non già data ma, ma piuttosto come progetto dell'io: è chiaro che il prodotto definitivo, il fumetto, corrisponde a una fantasia "già montata", così come lo è, per intendersi, l'elaborazione secondaria di un sogno, intellegibile e condivisibile attraverso il racconto.

Ma nel raggiungere questo obiettivo egli si è lasciato permeare dalla cultura del gruppo di cui faceva parte, ed ha disegnato per settimane volti, posture, personaggi, maschere della commedia della vita esattamente come lui e i suoi compagni li percepiscono magari senza esserne consapevoli.

Nell'esaminare il materiale prodotto, compreso quello non utilizzato per l'opuscolo, si è colpiti dal potenziale suggestivo che emana da queste raffigurazioni: si può intravedere in esse l'universo delle angosce, dei miti, delle sconfitte vere e delle vittorie immaginarie di cui è costellata la condizione tossicodipendente; più di mille discorsi qualcosa ci arriva, ad esempio, dall'alone di indifferenza e di falsità attribuito al mondo sociale (si osservi la vistosa signora col cappello, o il commerciante), e ancora di più ci resta impresso quanto poco le figure parentali, in particolare la madre, si distacchino dall'estraneità velata di diffidenza con cui il gruppo degli "Eroi Malati" si rapporta al resto del sociale. Nel padre e nella madre nulla troviamo in questo materiale dell'angoscia acuta e impotente, dell'ambivalenza a volte estrema di una genitorialità ferita alle prese con il Problema per eccellenza e in genere di quelle dinamiche familiari tristemente note agli operatori del Sert, ma piuttosto trapela un'attitudine alla maschera, alfa recita vuota: padre e madre sono cristallizzati dalla penna del disegnatore in tutta la loro grottesca vocazione alla commedia emarginante, esattamente al pari del salumiere e della signora col passeggino, e nessuno si farà illusioni riguardo alla capacità di capire del padre travet insignificante e perdente, non superiore a quella del cini-co salumiere.

E c'è il protagonista, lui, il Tossico, lo sfigato per eccellenza, qui rispecchiato non senza affettuosa e consapevole auto-ironia, nel suo gergo, nelle sue posture, nel suo atteggiarsi depressivo, perfino nella sua proverbiale vocazione a ingannare e soprattutto a ingannarsi. Eroe malato, si è detto: il duplice aspetto di un sentirsi diverso e solo, al di sopra e al di sotto di tutto.

È chiara a questo punto la scelta fatta dall'équipe del Sert di produrre, oltre all'opuscolo, un cartellone che restituisse allo sguardo di chi osserva, al di là dei luoghi comuni sulla brutale semplicità quasi meccanica con cui viene vista la "vita da tossico".

Almeno una parte di questa dolorosa concezione di mondo centrata sulla solitudine che non ha impedito, in questo caso, ai partecipanti di "costruire".

L'opuscolo "fatti di vita quotidiana" è destinato agli altri utenti del Sert.

Bibliografia

1. Maremmani I., Castrogiovanni P. - 1992: "Manuale del trattamento ambulatoriale con metadone, linee di condotta e regolamenti", Ed. S.I.M.S. C.N. - M. P.C., Pisa.
2. Tagliamonte A. - 1992 "Trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi" - *Basi biologiche e farmacologiche della tossicodipendenza*, a cura di Gori E. - Pitagora press, Milano.
3. Tagliamonte A., Maremmani I. 1995 "Drug Addiction and Related Clinical Problems", Springer Verlag, Wien, New York.

4. Lewin K. - 1951 "Teoria e sperimentazione in psicologia sociale", Il Mulino - Bologna 1972.
 5. Lewin K. - 1964 "T-group theory and laboratory method". New York, John Wiley and sons Inc.
 6. Fouikes S. H. - 1964 "Analisi terapeutica di gruppo", Boringhieri, Torino 1967.

7. Foulkes S. H. - 1990 "Selected papers: Psychoanalysis and group-analysis" - Karnac book, London 1990
 8. Gioè P., Rosa B., Papa M., Troia M., Triolo F. "I luoghi comuni del metadone", Heroin Addiction and Related Clinical Problems, vol.4 - N.3.- December 2002.



Questo opuscolo è frutto dell'attività di un gruppo di discussione sul metadone cui hanno partecipato utenti del Sert Distretto 12 di Palermo.

Sparto per l'intervento è stata l'esigenza di fornire informazioni corrette sulla terapia sostitutiva con metadone allo scopo di migliorare l'adesione degli utenti al trattamento.

Nel corso dell'esperienza il lavoro in gruppo ha spinto i partecipanti alla ricerca di uno strumento utile per condividere, anche con gli altri, i risultati delle discussioni. E' venute fuori così l'idea di produrre un opuscolo informativo utilizzando il linguaggio del fumetto.

L'ambientazione originale delle immagini e il ricorso al linguaggio dialettale costituiscono, a nostro avviso, un veicolo efficace dei contenuti.

La realizzazione dei disegni e dei testi è stata curata dagli utenti.

Patrizia Gioè - Responsabile Sert Distretto 12 Palermo -





Pino sa che il metadone funziona se:
 - si usa alla giusta dose, capace di bloccare l'effetto dell'eroina.
 - Di solito questo avviene tra i 60 e i 120 mg.



Pino sa che:
 - il metadone è utile se fa parte di un programma terapeutico.



- Non va né interrotto né scalato di testa propria.



- Il metadone è un oppioide esterno. Usato correttamente evita la necessità di assumere eroina e, nel tempo, aiuta il Sistema Nervoso a produrre di nuovo i suoi oppioidi interni.



- Con l'eroina il cervello non può produrre più le sostanze del benessere (oppioidi interni) e diventa obbligato ad assumere continuamente sostanze esterne (eroina) per non stare male.



- Il metadone assunto alle giuste dosi non è tossico. Gli effetti collaterali sono transitori.

La corretta assunzione di metadone può permettere:
 - una vita normale, senza dover ricorrere ogni giorno all'eroina e cercare i soldi per procurarsela.
 - La possibilità di dedicarsi al lavoro, allo studio, all'amore, alla famiglia.



REGIONE SICILIA
 AZIENDA UNITA INTERCOMUNALE S. - IRIASICO
 Dipartimento Dipartimenti Psicopatologia
 dell'Adolescenza

A cura di
 P. Giò, M. Papa, S. Rana, F. Trillo, M. Trillo
 SERT Palermo 12
 Via Roccaforte n. 85 Palermo
 Tel./Fax 091/285224

Questo opuscolo è stato realizzato grazie al contributo degli utenti del SERT.

Progetto grafico e fumetti di:

Atagna Giuseppe

VALUTAZIONE DELLA COMPATIBILITÀ DELLA TERAPIA CON METADONE CON L'ORGANIZZAZIONE DELLA VITA DEGLI UTENTI

UNA RICERCA CONDOTTA NEL SERT DI FERRARA E COPPARO
D.ssa Luida Garofani Medico SerT Ferrara

Nel gennaio 2003 è stato avviato uno studio, che ha visto la somministrazione di un questionario anonimo, composto da 38 items a risposta multipla, ai pazienti ambulatoriali dei SerT (Centro di Farmacoterapia) a Ferrara e Copparo, che assumono la terapia con metadone a lungo termine.

Scopo dello studio: valutare l'influenza dell'organizzazione del Servizio (somministrazione del metadone con dispenser, orari di accesso al Servizio) sulla qualità di vita dell'utenza in trattamento, sulle condizioni economiche e sui livelli di adattamento sociale.

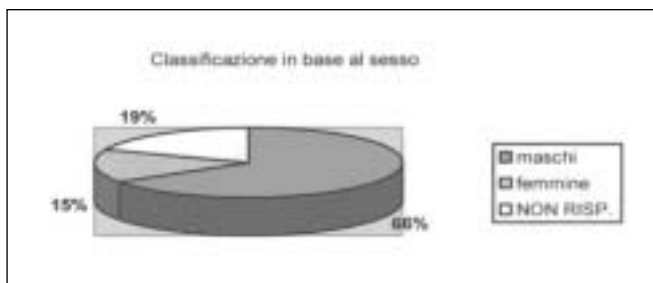
Il questionario utilizzato è composto da varie parti, che riguardano argomenti diversi:

- Durata della terapia; eventuali interruzioni
- Modalità di accesso al Sert e frequentazione del Servizio
- Utilità percepita della terapia con metadone
- Valutazione soggettiva della relazione instaurata con gli operatori del SerT
- Valutazione personale, su come sia modificato l'uso di sostanze (consumo di altre droghe, alcol) in relazione al trattamento con metadone.
- Percezione del futuro.
- Valutazione del servizio con indicazione delle criticità.
- Proposte migliorative.

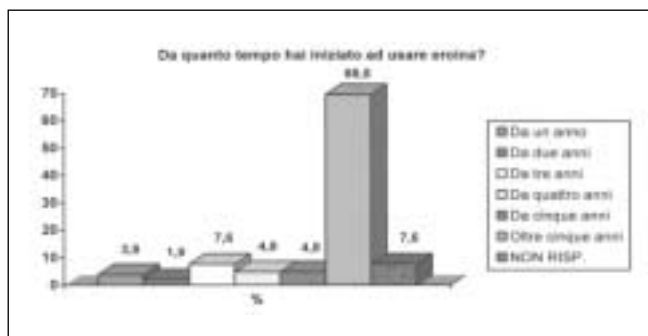
I dati raccolti al Sert di Ferrara

A Ferrara hanno dato la loro adesione all'iniziativa 105 pazienti.

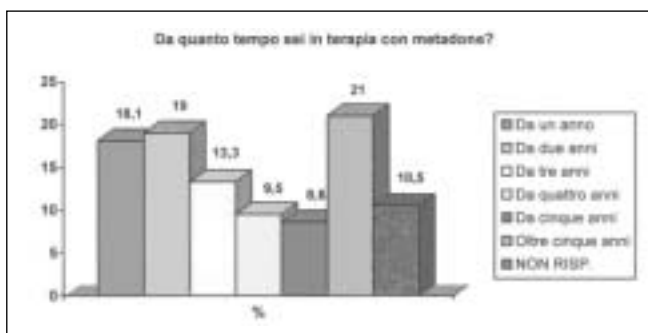
Classificazione per sesso. Si tratta di un campione composto di 69 maschi e 16 femmine (le rimanenti 20 persone non hanno risposto alla domanda).



Per quanto riguarda la durata della terapia al SerT fino al 69% dei componenti il gruppo dei pazienti, usa eroina da più di 5 anni e la maggior parte di loro si attesta su periodi da 11 a 15, e da 16 a 20 anni di uso. La terapia con metadone è in corso da uno a due anni consecutivi, con un decremento sensibile per i periodi da tre e quattro anni, ma con un ulteriore picco per chi



assume la terapia da cinque anni. E' come se, a fronte di una parte di pazienti che tende progressivamente ad uscire dal trattamento, di converso ne rimane un gruppo più "anziano", che è ben ancorato alla terapia.



Interessante notare una componente, non certo modesta, del 18%, fra coloro che assumono la terapia da più di 5 anni, che si attesta su 7 anni di trattamento. Si tratta perciò di un campione di persone seguite davvero per molto tempo e con le quali si è strutturato un rapporto, se pur fra varie difficoltà, ben duraturo.

Ti è successo di interrompere la terapia?		
	V.A.	%
SI	54	51,4
NO	47	44,8
NON RISP.	4	3,8
TOTALE	105	100,0

Almeno il 51% delle persone hanno dichiarato di aver interrotto la terapia: di questi il 15% una volta, il 10% e 8'6%, due e tre volte: un numero percentualmente molto più modesto riguarda numeri di volte superiori di interruzione.

Se sì quante volte l'hai interrotta?

	V.A.	%
Una volta	16	15,2
Due volte	11	10,5
Tre volte	9	8,6
Quattro volte	2	1,9
Cinque volte	4	3,8
Oltre cinque volte	5	4,8
NON RISP.	58	55,2
TOTALE	105	100,0

Se sono più di cinque volte, quante sono?

	V.A.	%
7	1	20,0
9	1	20,0
NON RISP.	3	60,0
TOTALE	5	100,0

Le interruzioni significative sembrano durare in media oltre i tre mesi: periodi più brevi non sembrano rilevanti.

Per quanto riguarda l'organizzazione degli spostamenti personali, per accedere al Ser.i i pazienti utilizzano soprattutto la bici-moto (39%) e l'auto (33%): una discreta parte utilizza il bus (15%).

Quanto tempo aspetti in ambulatorio per avere il metadone?

	V.A.	%
Fino a 5 minuti	33	31,4
Da 5 a 15 minuti	59	56,2
Oltre 15 minuti	11	10,5
NON RISP.	2	1,9
TOTALE	105	100,0

Il tempo di attesa per ricevere la terapia si attesta tra i 5 e i 15 minuti per l'87,6% degli utenti.

Quando vuoi parlare con un medico, quanto tempo devi aspettare.

	V.A.	%
Fino a 15 minuti	58	55,2
Da 15 a 30 minuti	34	32,4
Oltre 30 minuti	9	8,6
NON RISP.	4	3,8
TOTALE	105	100,0

Il tempo di attesa per parlare con il medico va dai "5 minuti" per il 55% degli utenti, ai "15 minuti" per il 32%: entro 15 minuti l'87,6% degli utenti è ricevuto dal medico.

In tutto dalla partenza al ritorno, a casa o alle tue attività, quanto tempo trascorre?

	V.A.	%
Fino a 30 minuti	38	36,2
Da 30 a 60 minuti	46	43,8
Oltre 60 minuti	20	19,0
NON RISP.	1	1,0
TOTALE	105	100,0

Il tempo complessivamente impiegato per tutta l'operazione oscilla fra i 30 e i 60 minuti per il 79% del campione, quota di tempo perciò non trascurabile nella giornata, anche se il 58,5% dei pazienti ritiene "abbastanza compatibile" tutto ciò con i suoi impegni personali.

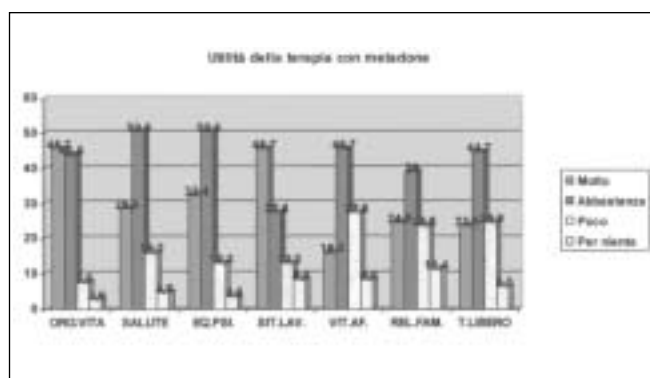
Ogni quanto tempo il medico del Ser.T ti vuole incontrare?

	V.A.	%
Più volte alla settimana	1	1,0
Ogni settimana	10	9,5
Ogni due settimane	8	7,6
Ogni tre settimane	13	12,4
Una volta al mese	36	34,3
Una volta ogni due mesi	14	13,3
Una volta oltre due mesi	13	12,4
NON RISP.	10	9,5
TOTALE	105	100,0

La frequenza di incontro con il medico va da una volta ogni tre settimane e una volta ogni due mesi, con una punta del 34% una volta al mese.

Utilità della terapia

La terapia con metadone è percepita come "molto" e "abbastanza importante" per quanto riguarda l'organizzazione di vita, la salute, l'equilibrio psicologico e la situazione di lavoro, mentre è un po' meno sentita nella vita affettiva, nelle relazioni familiari e nell'organizzazione del tempo libero. Per la salute e l'equilibrio psicofisico c'è la percezione soggettiva di più alta di utilità, che raggiunge il 50,5% delle risposte.



Conclusioni

Il trattamento con Metadone sciroppo, è fondamentalmente ben accettato dall'utenza e ha prodotto come terapia a lungo termine importanti investimenti in termini lavorativi e di attivazione delle risorse personali.

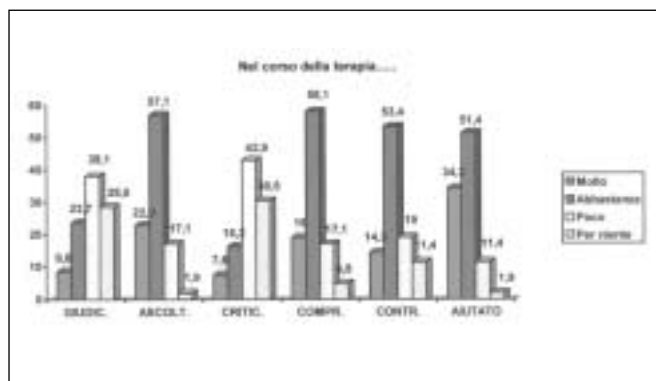
Nel merito della politica sanitaria del Servizio, l'utilizzo del farmaco ha permesso la stabilizzazione clinica, un sostanziale miglioramento della salute associato ad un sufficiente grado di integrazione sociale.

La relazione con gli operatori

Questo è un aspetto particolarmente interessante del rapporto con i pazienti dell'ambulatorio.

Dall'analisi dei dati raccolti sembra che la maggior parte dell'utenza si senta "molto" e "abbastanza" ascoltata, compresa e aiutata. Ci si chiede il motivo di questo risultato, vista la brevità della permanenza presso il servizio.

Di converso ci si sente poco giudicati e poco criticati. L'alto numero di persone che si sente controllato, si pensa dipenda da un fraintendimento della domanda: probabilmente infatti non si è riusciti a trasmettere la connotazione negativa che si era ipotizzata per cui i pazienti hanno interpretato l'"essere controllati" come essere "seguiti, accuditi".



Emerge un aumento del consumo di alcol, da "molto" a "poco", complessivamente nel 38,1% dei casi: questo risultato rivela che buona parte degli utenti, nonostante la compliance del trattamento con metadone, ricercano ancora uno stato alterato di coscienza.

Le prospettive per il futuro

Le risposte fornite dai pazienti del SerT di Ferrara sulla durata ottimale della terapia si polarizzano fondamentalmente in due gruppi.

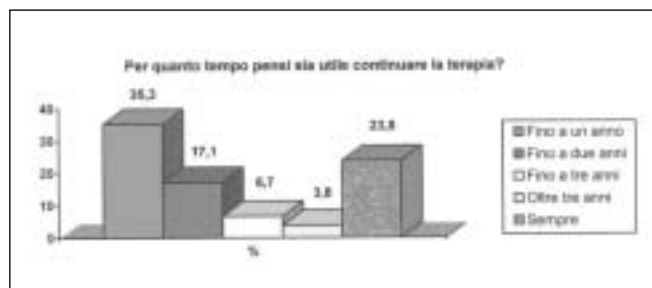
Il primo (35%) ritiene che sia utile una terapia breve, al massimo un anno, o due anni, 17%.

Un secondo gruppo (23%) ritiene sia importante continuare per tempi più lunghi, senza porsi limiti: "sempre", o comunque "finché ce n'è bisogno".

Queste due posizioni emergono anche dai discorsi che si svolgono nei colloqui con gli operatori dell'ambulatorio e le richieste di aggiustamento o modifica della terapia con metadone rivolte ai medici.

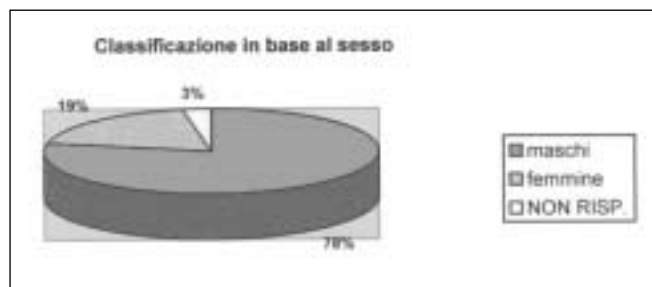
Il 60% dei pazienti è fiducioso che la situazione fra un anno sarà migliore, ma una certa quota, il 35%, ritiene che "le cose non cambieranno". Solo il 5% è

pessimista e pensa che fra un anno le cose andranno peggio.



I dati raccolti al SerT di Copparo

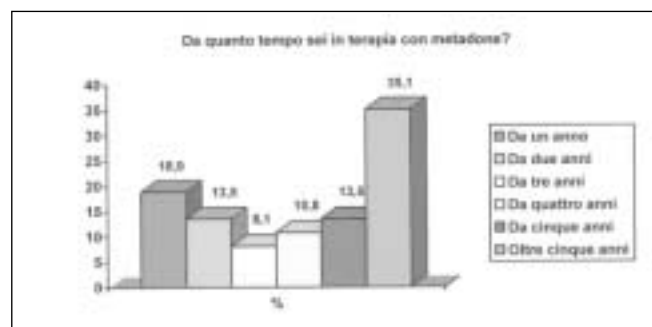
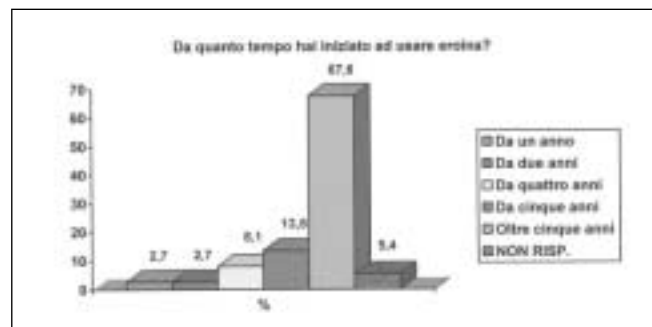
A Copparo hanno aderito all'iniziativa 37 pazienti. Si tratta di 29 maschi e 7 femmine (una persona non ha risposto alla classificazione per sesso).



Nel campione del SerT di Copparo ritroviamo una situazione in gran parte sovrapponibile.

Qui prevale la parte di popolazione che usa eroina da cinque anni e più. E questa parte di persone è quella che intrattiene un rapporto più lungo con la terapia.

Una percentuale un po' più bassa interrompe la terapia: il 51% contro il 60% di Ferrara: segno questo forse di una maggior attenzione dell'equipe nel seguire i propri pazienti.



Anche a Copparo le interruzioni sono significative e superano almeno i tre mesi.

In percentuale si riscontra un maggior numero di persone che si reca giornalmente per la somministrazione della terapia, mentre a Ferrara la percentuale maggiore è delle persone che la ricevono due volte alla settimana.

Rispetto all'organizzazione degli spostamenti prevale l'uso dell'auto (56%) e della bici-moto (29%).

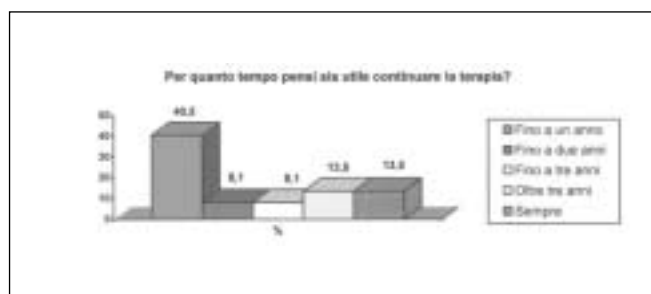
Il tempo di attesa per avere il metadone è fra i 5 e i 15 minuti nel 97,3% dei casi, entro i 15 minuti nel 75,7% dei casi per parlare con il medico.

Rispetto alla compatibilità di questo con i propri impegni, l'88% dei pazienti ritiene "molto" e "abbastanza compatibile".

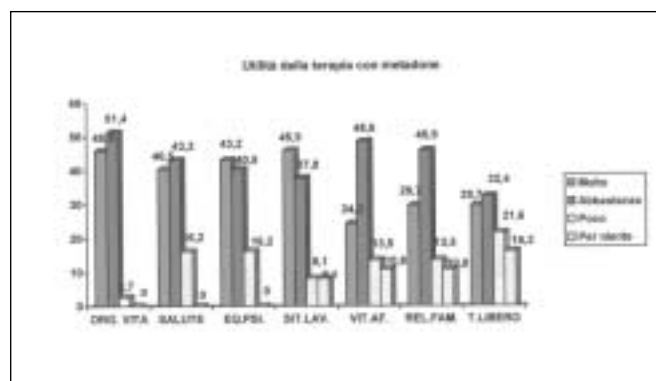
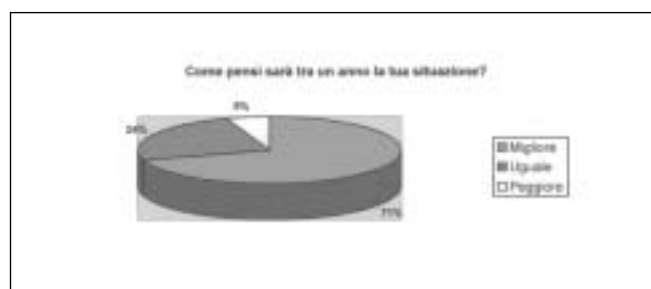
La frequenza di incontro con il medico è discretamente omogenea nel tempo fra "ogni due settimane" e "una volta ogni due mesi".

Utilità della terapia

Fra i pazienti del Sert di Copparo è più marcata la consapevolezza dell'utilità della terapia in tutti gli ambiti proposti.

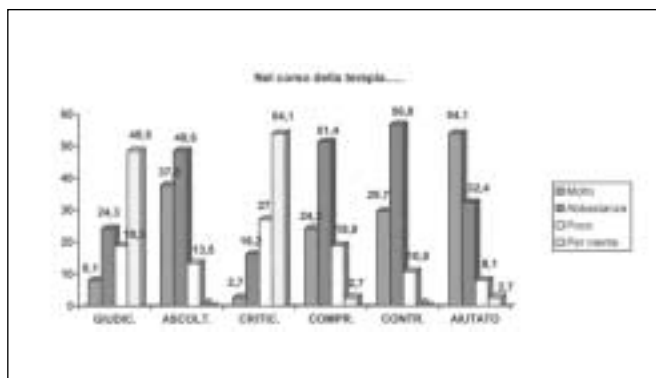


La situazione personale nel futuro è sentita sempre con ottimismo; e qui non manca proprio: il 71% ritiene che fra un anno la sua situazione sarà migliore.



La relazione con gli operatori

La situazione è sovrapponibile a quella descritta a Ferrara. Valgono le stesse considerazioni anche per la domanda: "... ti senti controllato?"



I pazienti di Copparo hanno aumentato da "poco" a "molto" il consumo di alcol nel 35,1% dei casi.

Quanto è utile continuare la terapia? I pazienti dichiarano che non bisognerebbe superare l'anno. Questa risposta offre degli spunti di riflessione agli operatori impegnati in interventi di riduzione del danno.

Risposte alla domanda

"Quali sono i tuoi punti di vista e le tue proposte per migliorare il servizio per la terapia col metadone?"

- mi piacerebbe poter avere la terapia senza dover andare al servizio
- propongo di anticipare l'orario di apertura alle 7,00
- il servizio è già positivo così com'è
- quello che ritengono giusto gli operatori è giusto anche per me
- non ho proposte, va bene così
- io sono soddisfatto con quello che mi viene dato, basta "che uno collabori con il servizio senza prendere per i fondelli" gli operatori
- va bene così
- bisognerebbe smettere di fare uso di sostanze e basta
- proporrei di estendere l'affido alla persona per tutta la settimana
- propongo di fare delle valutazioni individuali distinte caso per caso, e consentire l'affido con più facilità
- propongo di estendere l'affido per più giorni
- propongo più agevolazioni d'orario per chi lavora, l'affido per almeno tre giorni. Tutto sommato "questo SerT a confronto di altri è d'élite, ma so che tutto ciò l'ho voluto io"
- propongo di aumentare il controllo nei casi di affido, perché "lo spaccio danneggia chi si comporta bene"
- il metadone dovrebbe essere ufficializzato, sotto tutti gli aspetti e per le complicanze legali"
- secondo me la terapia è utile nei casi di uso prolungato
- bisognerebbe risolvere i problemi derivanti dal continuare la terapia anche all'estero
- propongo di scalare le dosi di metadone più velocemente
- bisognerebbe avere un atteggiamento più duro con

chi ha le urine positive, e a questi diminuire il metadone, non aumentarlo

- propongo di aumentare le occasioni di contatto con gli operatori, e di ricevere più aiuto per trovare lavoro
- mi piacerebbe avere più disponibilità da parte degli operatori, che non dovrebbero far sentire in colpa il paziente
- io sarei contraria alla terapia col metadone, ma riconosco che "i SerT piccoli sono più funzionali di quelli grandi".

Rispetto all'ultima domanda, quella in cui cioè si chiedeva di esprimere un giudizio complessivo sul servizio ed eventuali suggerimenti per migliorarlo, si può affermare che le risposte sono state più numerose: 27 su 142 rispondenti totali. Alcuni temi emergono come prioritari su cui eventualmente riflettere:

- affido del metadone: aumentarne i giorni e controllare che non subisca deviazioni di destinatario
- maggior numero di incontri con gli operatori
- anticipare l'orario di apertura del servizio
- prevedere una forma di somministrazione delle terapia che non obblighi a recarsi al servizio tutti i giorni.

Conclusioni della ricerca

Nel nostro Servizio, Sert di Ferrara e Copparo, circa l'ottanta per cento degli utenti è in terapia con metadone.

Il metadone nella percezione personale non è più uno sconosciuto temibile farmaco stupefacente, ma un alleato insostituibile per la cura della dipendenza e del craving da eroina.

Assistiamo negli ultimi anni di pratica clinica ad un enorme cambiamento di prospettiva, passando dall'obiettivo "disintossicazione", che era un tempo anche largamente condiviso fra le famiglie degli utenti, alla cura e al mantenimento della terapia come obiettivo per liberarsi dall'eroina.

Una enorme pressione sociale dei mass media sul tema delle risposte alla tossicodipendenza, non volendo approfondire scientificamente il tema della cura, si orienta ancor oggi verso una soluzione di riabilitazione socioeducativa.

Questa ricerca orientata alla verifica sul campo del lavoro con l'utenza conferma, nonostante la difficoltà e la complessità delle situazioni personali e della organizzazione del servizio, che la scelta del trattamento con metadone, per quantità e per durata, è al momento indispensabile per raggiungere l'autonomia realizzata dai nostri utenti.

Il bilancio costo-beneficio è a totale vantaggio del beneficio, sia dal punto di vista medicoclinico dell'operatore che dal punto di vista del paziente eroinomane, che raggiunge così nel suo contesto sociale la massima indipendenza possibile.

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ Dr. Vincenzo Ferraro - *Il Responsabile Ser.T.*, Dr. Giacomo Russo - *Dirigente Medico*, Dr. Mario Romano - *Dirigente Medico*, Dr.ssa Rosaria Dell'Aversana - *Psicologo Tirocinante*, Dr. ssa Maria Del Prete - *Psicologa Volontaria*, Dr. Goffredo Miano - *Dirigente Sociologo SERT ASL NA 1*

Intriduzione

Le evidenze scientifiche che sottolineano l'efficacia del trattamento con metadone a mantenimento, se somministrato nel rispetto di appropriati standard di cura, diventa uno strumento appropriato per la dipendenza da oppioidi. Esso viene di solito somministrato una volta al giorno con le finalità di prevenire o ridurre sostanzialmente il consumo di oppioidi illegali come l'eroina. La sua funzione è quella di migliorare lo stato di salute ed il benessere psicologico complessivo della persona dipendente da eroina. Il metadone è stato utilizzato per la prima volta nell'America del Nord da Halliday alla fine degli anni '50 e poco più di 40 anni fa da Dole e Nyswander, i quali dimostrarono che la dipendenza da oppioidi era "una malattia fisiologica caratterizzata da un deficit metabolico permanente" e che poteva essere curata se si somministrava alla persona dipendente "una quantità sufficiente di farmaco in modo tale da stabilizzare questo deficit metabolico" (Dole e Nyswander, 1962). Si dimostrò che dosi orali adeguate di metadone, somministrate quotidianamente facevano scomparire il craving per l'eroina e bloccavano il suo effetto euforizzante. Il metadone, introdotto in Italia negli anni 80, è un analgesico narcotico di sintesi a lunga emivita (24/36 ore) estremamente maneggevole (solo in casi eccezionali può provocare una over-dose), presenta effetti collaterali (stipsi, sudorazione, aumento ponderale e riduzione della libido) che sono particolarmente evidenti nella fase iniziale del trattamento, ma che tendono a scomparire nella fase della stabilizzazione terapeutica, e sono praticamente ovviabili (tranne la sudorazione che permane anche per lunghi periodi di tempo) con idonei interventi terapeutici.

Gli obiettivi di un programma metadonico possono essere diversi e molteplici: dalla risoluzione della sintomatologia astinenziale all'attenuazione e/o al blocco degli effetti dell'eroina, dalla soppressione del craving alla stabilizzazione dell'umore fino ad un eventuale auspicabile inserimento sociolavorativo, e possono essere tutti raggiunti con dosi adeguate di farmaco.

Alla definizione di dose adeguata, intesa come la quantità di metadone superiore agli 80 mg./die, in media compresa in un range che va da 80 a 120 mg./die, preferiamo aggiungere il termine "personalizzata/individualizzata", per dire che l'efficacia di un farmaco è senza dubbio dose correlata, ma è influenzata notevolmente anche dalla sua digestione, dalla escrezione, dalla presenza di patologie concomitanti, e dalla contemporanea somministrazione di farmaci (Risposta individuale).

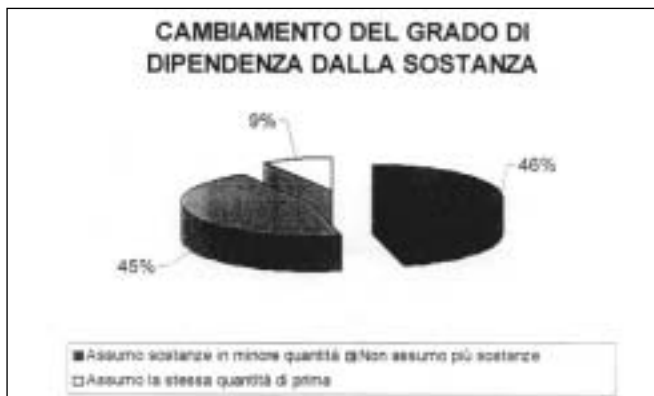
Materiali e metodi

Per la ricerca sul "metadone e il reinserimento sociale" si è utilizzato un questionario anonimo appositamente strutturato. Il questionario comprende ventuno domande di cui alcune aperte e altre chiuse. Il campione esaminato è costituito da 100 utenti, di cui il 90% è di sesso maschile, il restante di sesso femminile. Per quanto concerne l'età, possiamo considerare la classe di età tra 35-39 anni come la più rappresentativa, con una percentuale del 30%. Segue la classe 30-34 con una percentuale del 27%, poi la classe del 25-29 con una percentuale del 20%, la classe del 20-24 ha una percentuale del 6%, la classe dei 15-19 del 5%. C'è da notare, da questa breve analisi descrittiva, che gli utenti di età maggiore di 39 anni rappresentano il 12% del campione. Per quanto riguarda la condizione lavorativa è emerso che: il 64% degli utenti lavora, mentre il restante 36% non ha un lavoro.

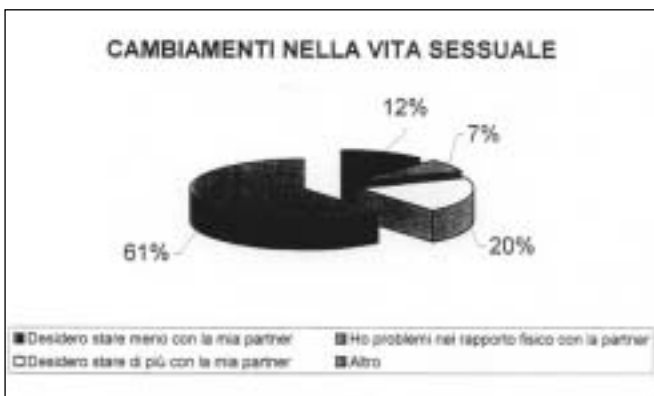
Il 50% degli utenti intervistati ha riferito di aver fatto per la prima volta uso di sostanze stupefacenti tra i 15 e 19 anni di età, mentre il 25% riferisce di aver fatto uso prima dei 15 anni. Per ciò che concerne le sostanze d'abuso più utilizzate dai soggetti esaminati, troviamo al primo posto l'eroina, a seguire la cocaina e i cannabinoidi. Per quel che concerne la durata dei trattamenti si riportano i seguenti intervalli temporali: il 63% dei soggetti ha seguito un trattamento a lungo termine, intendendo un periodo che supera i sei mesi, il 26% degli utenti a medio termine, cioè in un range che va da 30-180 giorni, e soltanto l'11% segue il trattamento da meno di 30 giorni. La dose quotidiana di metadone assunta dai soggetti esaminati, varia dai 13 ml/die ai 120 ml/die. Il 63% dei pazienti assume da 10-60 ml/die. Non si sono invece riscontrate grosse differenze nel tipo di trattamento praticato; infatti, il 55% degli utenti segue un trattamento a scalare, il restante un trattamento a mantenimento. Dei soggetti intervistati il 60% non ha avvertito effetti collaterali, per il 40% invece si.



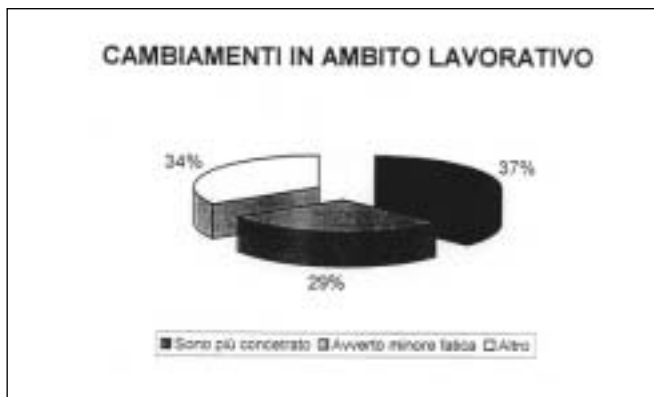
Il grafico sopra evidenzia che il 32% dei soggetti hanno aderito al trattamento per cessare l'uso di droga, segue il 31% per superare la sindrome di astinenza, 21% degli utenti aveva nuovi progetti di vita, per il 16% dei soggetti ci sono altre motivazioni.



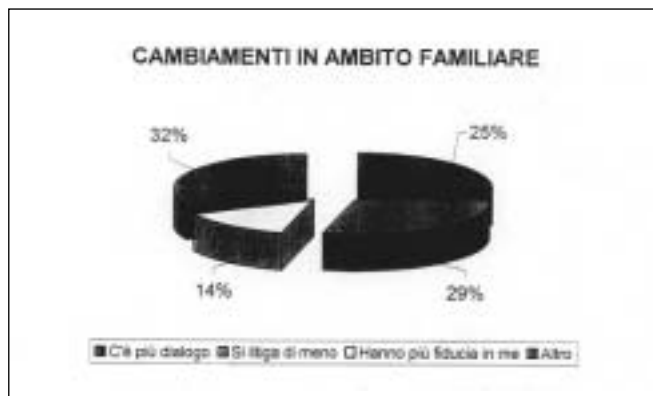
Dal grafico sopra si evidenzia che per il 46% dei soggetti è diminuito l'uso di sostanze stupefacenti, per il 45% è stato eliminato completamente, per il 9% l'uso di sostanze è rimasto invariato.



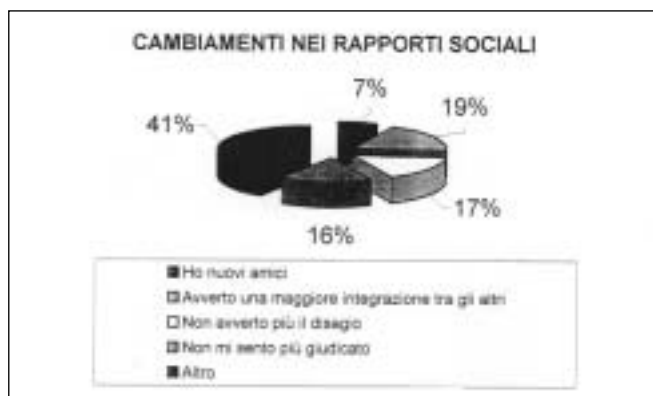
Per il 61 % degli utenti ha indicato la categoria Altro, specificando di non aver avvertito grossi cambiamenti in tale ambito, per il 20% si è avuto un aumento di desiderio sessuale, per il 12% si è avvertito un calo del desiderio, il 7% ha problemi nel rapporto fisico.



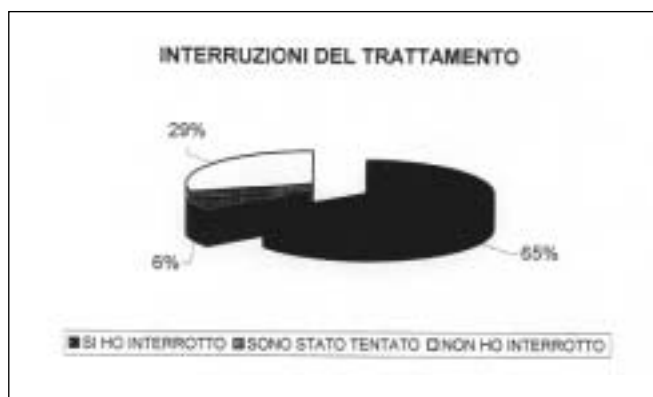
Dal grafico si evidenzia che i miglioramenti in ambito lavorativo sono per il 37% si sente più concentrato, il 34% ha indicato la categoria Altro. il 29% avverte una minore stanchezza fisica nello svolgimento del proprio lavoro.



Per quanto concerne i rapporti familiari vediamo che per il 32 % dei soggetti indica la categoria "Altro", molti di loro non hanno una famiglia o i rapporti non sono migliorati, per il 29% si è avvertito una riduzione dei litigi familiari, seguono il 25% che invece evidenzia un aumento del dialogo familiare, il restante 14% invece esprime un aumento della fiducia da parte dei loro familiari.



I principali cambiamenti sociali espressi riguardano: per il 19% una maggiore integrazione tra gli altri, per il 17% non avverte più il disagio nel contesto di amici, per il 16% non si sente più giudicato, il 7% ha nuovi amici.



Il 65% degli utenti ha interrotto il trattamento. Dal grafico, di seguito riportato, si evidenzia che per il 55% degli utenti hanno sospeso il trattamento per un periodo inferiore a trenta giorni, il 29% per un periodo tra trenta a centoottanta giorni, per il 16 % per un periodo superiore a trenta giorni.



Dai risultati emerge che il 38% del campione ha avuto una ricaduta perchè ha ripreso ad assumere sostanze stupefacenti, il 25% ha preferito non assumere nessuna sostanza, il 23% ha indicato la categoria "Altro"; che include motivazioni del tipo: detenzione in carcere, motivi di lavoro, ingresso in comunità.



Come si dimostra dal grafico il craving per le diverse sostanze si è ridotto dall'inizio del trattamento, in quanto le percentuali più alte per tutte le diverse sostanze si riscontrano nella categoria "nullo".

Discussione

Da quanto sopra si evidenzia che il metadone è sicuramente un farmaco efficace nella terapia della tossicodipendenza da eroina, purché somministrato a dosi adeguate e per tempi sufficientemente lunghi. Infatti, con dosaggi al di sopra dei 70ml/die si ottiene una elevata ritenzione in trattamento, le morfinurie sono negative in un alta percentuale di pazienti e gran

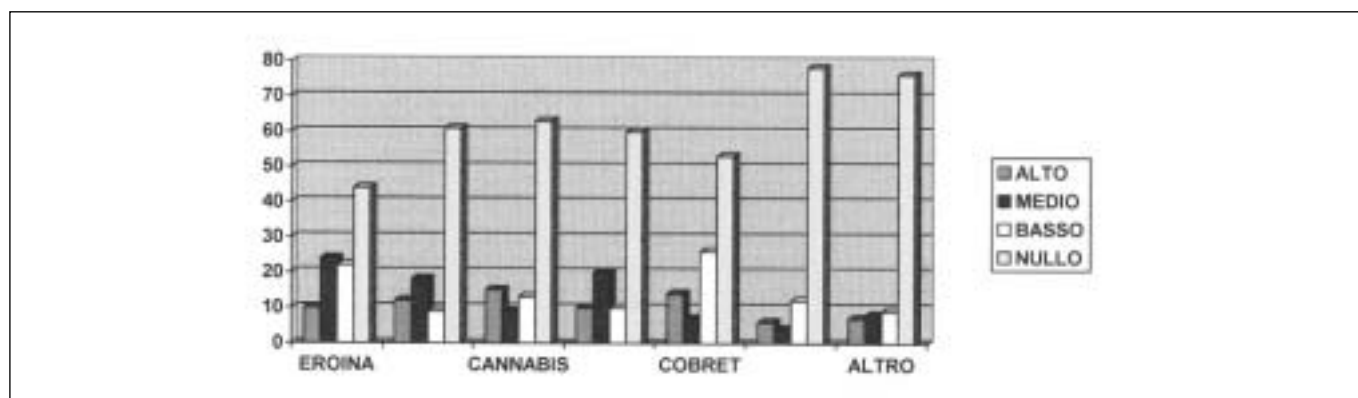
parte dei pazienti raggiunge un notevole grado di "stabilizzazione".

Nella definizione di "dose adeguata" riteniamo più esaustivo fare riferimento a parametri clinico-sintomatologici, anziché numerici che ci sembrano francamente riduttivi.

Del resto così come in un paziente diabetico insulino-dipendente il solo livello glicemico non è dirimente per stabilire l'adeguata posologia farmacologica, ma è bene tenere conto anche dei segni e sintomi clinici (poliuria, polidipsia, sudorazione, astenia eventuale complicanze, etc.), crediamo che questo debba valere anche per il metadone. Il trattamento metadonico è il metodo attualmente ritenuto più impiegato, tale metodo rappresenta un'alternativa per coloro che avevano raggiunto gradi estremi di compromissione fisica, psichica e di emarginazione sociale. Possiamo dire che il metadone non produce o mantiene una condizione di tossicodipendenza, ma cura la tossicodipendenza da sostanze, migliorando così la vita dei soggetti.

Bibliografia

- AA.VV., *Principi clinici per l'utilizzo del metadone, Conesus panel sul trattamento con metadone, Pietrasanta 2001, Medicina della tossicodipendenza, n.34, Marzo 2002.*
- Conti L. (1999), "La qualità della vita", in Conti L. (a cura di), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria (II volume), See, Firenze, pp.1953-1973.*
- Galanter M., Kleber D.H., *Terapia di rete per i disturbi da uso di sostanze, Masson, Milano, 1998.*
- J. c Ball, A Ross (1991), *The effectiveness of Metadone Maintenance Treatment, New York.*
- Julien M. R., *Droghe e farmaci psicoattivi, Zanichelli, Bologna, 1997.*
- Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, Angeli, Milano, 2001.*
- Maremmani I. et al., "Il craving", in Cancheri P., Cassano G.B., *Trattato Italiano di Psichiatria, vol. 2, 11 ed. 1342-1352.*
- Macelli Roberto, Guglielmo Masci, *Tossicodipendenze: curare, guarire, assistere, Franco Angeli, Milano 2002.*
- Savatteri V. et al., "Protocollo Farmacologico infusione per il controllo del craving e della astinenza da oppiacei", *Ant. Med. It., vol. XVIII, 1998.*
- Scurti P., Di Petta G., Fallace P., "Tossicodipendenza e gruppi di lavoro integrati: verso un possibile momento di intervento", *Salute e Prevenzione, Angeli, 105-117, 2001.*
- Ventavoli Previtara Gabriella, *Tossicomanie: un'epidemia sociale, Franco Angeli, Milano 2002.*



FOLLOW-UP NATURALISTICO IN UN CAMPIONE DI 66 PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA DIPENDENZA DA SOSTANZE IN COMORBIDITÀ CON ALTRI DISTURBI DI ASSE I

■ Capovani B., Moncini M., Daini L., Scaramelli S., Meini M.
Dipartimento delle Dipendenze, Azienda USL 5 Pisa

L'abuso di sostanze stupefacenti può provocare una sintomatologia psicopatologica in grado di simulare alcune patologie psichiatriche, la cui tipologia, durata e gravità spesso si correla con il tipo, la dose e la durata dell'uso della sostanza tossicomane.

Nei disturbi da uso di sostanze la comorbidità psichiatrica condiziona il decorso clinico, la compliance al trattamento e la prognosi del disturbo da uso di sostanze, aumentando talvolta anche il rischio di tentativi di suicidio.

La valutazione della presenza di comorbidità psichiatrica in pazienti tossicodipendenti non può prescindere da una attenta diagnosi differenziale tra lo spettro dei sintomi più tipici dello stato tossicomane, e i sintomi primariamente psichiatrici. Infatti, alcuni sintomi come apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, ipotesia e crisi acute d'ansia, possono appartenere ad entrambi questi ambiti diagnostici, mentre depongo-

no a favore della presenza di comorbidità psichiatrica l'anamnesi personale positiva per sintomi psicopatologici precedenti all'uso di sostanze stupefacenti o durante le fasi drug-free e la familiarità per disturbi psichiatrici.

Nell'ambito di un follow-up naturalistico, 66 pazienti affetti da Disturbo da Dipendenza da sostanze in comorbidità con altri disturbi psichiatrici di Asse I e in trattamento con metadone, sono stati suddivisi in due gruppi, per osservare l'andamento dello stato psicopatologico in relazione al trattamento assunto: il primo gruppo era trattato con metadone in monoterapia; il secondo gruppo era trattato con metadone in associazione con altre terapie psicofarmacologiche.

La comorbidità con altri disturbi di asse I è stata diagnosticata tramite la somministrazione della SCID-I (*Intervista Clinica Strutturata* per il DSM IV).

Nella Tabella I sono riportate le sostanze di abuso indagate (life-time) nel totale del campione (n=66)

Tabella I

Dipendenza da eroina	66	100 %
Abuso o dipendenza da cocaina	31	47,0 %
Abuso di <i>Cannabis</i>	35	53,0 %
Abuso o dipendenza da etanolo	24	36,4 %
Abuso di allucinogeni o amfetaminosimili	13	19,7 %
Poliabusatori	27	40,9 %

Nella Tabella II è riportata la Comorbidità con i disturbi di Asse I nel totale del campione (n=66)

Tabella II

Disturbi dell'umore	39	59,1 %
Episodio Depressivo Maggiore	13	19,7 %
Disturbo Bipolare II	20	30,3 %
Disturbo Bipolare I senza sintomi psicotici	2	3,0 %
Disturbo Bipolare I con sintomi psicotici	2	3,0 %
Disturbo Bipolare NAS	2	3,0 %
Disturbi d'ansia	23	34,8 %
Fobia sociale	4	6,1 %
DOC	5	7,6 %
Disturbo di Panico	14	21,2 %
Disturbi della condotta alimentare	6	9,1 %
Bulimia Nervosa	2	3,0 %
Anoressia Binging/Purging	1	1,5 %
Binge Eating Disorder	1	1,5 %

Nella Tabella III è riportata la comorbidità con i disturbi di Asse I nel campione trattato con solo metadone (n=32)

Tabella III

Disturbi dell'umore	21	65,6%
Episodio Depressivo Maggiore	6	18,7%
Disturbo Bipolare II	12	37,5%
Disturbo Bipolare I senza sintomi psicotici	2	6,25%
Disturbo Bipolare I con sintomi psicotici	1	3,1%
Disturbi d'ansia	11	34,3%
Fobia sociale	2	6,2%
DOC	2	6,2%
Disturbo di Panico	7	21,8%

Nella Tabella IV è riportata la comorbidità con disturbi di Asse I nel campione trattato con metadone associato a terapia psicofarmacologica (n=34)

Tabella IV

Disturbi dell'umore	18	52 %
Episodio Depressivo Maggiore	7	20,5 %
Disturbo Bipolare II	8	23,5 %
Disturbo Bipolare I senza sintomi psicotici	---	---
Disturbo Bipolare I con sintomi psicotici	1	2,9 %
Disturbo Bipolare NAS	2	5,8 %
Disturbi d'ansia	12	35,3 %
Fobia sociale	2	5,8 %
DOC	3	8,8 %
Disturbo di Panico	7	20,5 %
Disturbi della condotta alimentare	3	8,8 %
Bulimia Nervosa	1	2,9 %
Anoressia BingingPurging	1	2,9 %
Binge Eating Disorder	1	2,9 %

Nella Tabella V vengono riportati i punteggi medi per i 9 cluster dell'SCL-90 relativi al gruppo di pazienti che assumeva metadone in monoterapia.

Tabella V

Tempo 0	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
	13,12	7,67	10,97	16,52	10,56	8,17	4,41	4,18	4,54

Tempo 1	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
	7,72	5,03	7,08	10,34	7,58	4,33	2,76	2,23	3,04

L'andamento psicopatologico nei 2 gruppi di pazienti è stato valutato mediante l'impiego della scala di autovalutazione SCL-90 (Symptoms Check List), suddivisa in 9 fattori, confrontando i punteggi ottenuti al momento in cui è iniziata la valutazione (tempo 0) e dopo 3 mesi (tempo 1).

Il gruppo di pazienti che assumeva metadone in monoterapia era costituito da 32 soggetti ed il dosaggio medio di metadone era di 110 mg/die (range 90-130).

Il gruppo di pazienti che assumeva metadone in associazione con altre terapie psicofarmacologiche era costituito da 34 soggetti e il dosaggio medio di metadone era di 55 mg/die (range 15-60).

La terapia psicofarmacologica prescritta in associazione al metadone, era costituita dai seguenti farmaci che venivano assunti anche in associazione tra loro: fluoxetina alla posologia media di 60 mg/die (2 pazienti); valproato di sodio alla posologia media di

Nella Tabella VI vengono riportati i punteggi medi per i 9 cluster dell'SCL-90 relativi al gruppo di pazienti che assumeva metadone in associazione ad altri trattamenti psicofarmacologici.

Tabella VI

Tempo 0	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
	12,14	7,54	9,22	15,45	11,94	7,56	3,99	5,15	4,32

Tempo 1	SOM	OC	S	DEP	ANX	HOS	PHOB	IPAR	IPSY
	7,52	4,03	6,98	12,34	8,08	3,93	2,98	2,78	4,04

Legenda

SOM:	Somatizzazione	DEP:	Depressione	PHOB:	Fobie
OC:	Ossessività-Compulsività	ANX:	Ansia	PAR:	Ideazione paranoide
IS:	Sensitività interpersonale	HOS:	Ostilità	PSY:	Psicoticismo

600 mg/die (6 pazienti, range 400-1000); paroxetina alla posologia media di 34 mg/die (10 pazienti, range 20-40); fluvoxamina alla posologia media di 200 mg/die (1 paziente); sertralina alla posologia media di 78,6 mg/die (7 pazienti, range 50-150); citalopram alla posologia media di 32,5 mg/die (4 pazienti, range 20-40); olanzapina alla posologia media di 8,3 mg/die (3 pazienti, range 5-10); risperidone alla posologia media di 7 mg/die (3 pazienti, range 3-9).

Dall'analisi dei risultati emerge che:

- Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nei punteggi della SCL90 rilevati nel gruppo di pazienti trattati con metadone in monoterapia ad un dosaggio medio di 110 mg/die, quando confrontati con quelli ottenuti nel gruppo trattato con metadone alla posologia media di 55 mg/die associato ad altri trattamenti psicofarmacologici (test *t* di Student, *p*: n. s.).
- Il costo economico per il mantenimento dell'equilibrio psicoaffettivo nel gruppo di pazienti trattato con metadone in monoterapia è nettamente inferiore a quello del gruppo dei pazienti trattato con metadone in associazione ad altri trattamenti psicofarmacologici.

- Infine, la compliance al trattamento sarà maggiore nel gruppo di pazienti che assume metadone in monoterapia rispetto a quello trattato con metadone in associazione ad altri trattamenti psicofarmacologici.

Bibliografia di riferimento

1. Cassano GB. Comorbidità: implicazioni cliniche. *Giorn Ital Psicopat*; 3: 165-167, 1997.
2. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPL a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*; 128, 280-89, 1976.
3. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis 1 Disorders. Research Version, Patient Edition With Psychotic Screen (SCID-I/P W/ PSY SCREEN)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2001.
4. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, et al. The effects of psychological services in substance abuse treatment. *JAMA*; 269: 1953-1959, 1993.
5. McLellan AT, O'Brien CP, Kron R, et al. Matching substance abuse patients to appropriate treatments. *Drug Alcohol Depend*; 5: 189-195, 1980.
6. Slaby AE. *Addiction: the treatment of dual diagnosis. N J Med*; 90: 856-860, 1993.

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ F. Auriemma - *Responsabile Ser.T. Ds. 45 - ASL NA 1,*
 V. Bellopede - *Medico, dirigente sanitario 1 livello Ser.T. Ds. 45 - ASL NA1,*
 C. Butera - *Medico, dirigente sanitario 1 livello Ser.T. Ds. 45 - ASL NA1,*
 C. Mazzella - *Medico, dirigente sanitario 1 livello Ser.T. Ds. 45 - ASL NA1,*
 M. Topa - *Medico, dirigente sanitario 1 livello Ser.T. Ds. 45 - ASL NA1,*
 T. Franco - *Sociologo, dirigente Ser.T. Ds. 45 - ASL NA 1,*
 P. Pianese - *Sociologo, dirigente Ser.T. Ds. 45 - ASL NA 1*

DIPARTIMENTO DELLE FARMACODIPENDENZE - SETTORE TUTELA DELLA SALUTE - RESPONSABILE DR. C. BALDASSARRE
 Settore Tutela della Salute - *Responsabile Dr. C. Baldassarre*
 ASL Napoli 1 - U.O. Ser.T. Distretto 45

Riassunto

Gli autori sulla base dei dati in loro possesso, hanno potuto osservare, anche attraverso la somministrazione di un apposito questionario ai soggetti in trattamento, come il corretto utilizzo del metadone costituisca uno strumento indispensabile per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti da oppiacei.

Introduzione

Il Ser.T. Ds 45 dell'ASL NAI ha una utenza media giornaliera di 472 soggetti. I soggetti con dipendenza da oppiacei in trattamento con farmaci sostitutivi rappresentano circa il 60% del totale. Di questi il 60% assume metadone e il 40% buprenorfina. In particolare modo al 30/9/2003 l'utenza a metadone risulta così composta:

SOGETTI IN TRATTAMENTO CON METADONE SUDDIVISI PER SESSO		
SESSO	V. A.	%
MASCHI	169	88
FEMMINE	22	12
TOTALE	191	100

Di tali soggetti in trattamento, possiamo evidenziare una quota di stranieri reclutati prevalentemente tramite Unità di strada:

NAZIONALITA'	V. A.	%
ITALIANA	159	83
STRANIERA	32	17
TOTALE	191	100

La maggior parte di stranieri è di sesso maschile e proviene dai Paesi del Nord Africa. Quasi tutti sono senza fissa dimora. E' importante sottolineare tale dato perché incide particolarmente sulla situazione occupa-

zionale e abitativa generale degli utenti. Naturalmente le condizioni sociali di partenza degli stranieri sono estremamente precarie. Dobbiamo ricordare che praticamente quasi tutti sono irregolari o clandestini e non hanno una fissa dimora cioè dormono per strada o sono ospiti presso centri di accoglienza. Il nostro Servizio inoltre si è attivato per informare gli utenti stranieri sulla possibilità di utilizzare il codice S.T.P. (Stranieri Temporaneamente Presenti) per ottenere una tessera sanitaria che consente di ottenere prestazioni urgenti ed essenziali. Tale procedura è rivolta agli stranieri irregolari presenti sul nostro territorio.

Per quanto riguarda i dosaggi di metadone possiamo osservare la seguente tabella:

DOSAGGIO IN MG	V. A.	%
0-20	15	8
20-40	65	34
40-60	57	30
>60	54	28
TOTALE	191	100

Da tale tabella si evince che il dosaggio più utilizzato è quello 20-40, seguito da quello 40-60 e poi da quello oltre i 60. Si osserva inoltre che la differenza tra il primo e il secondo è di soli 4 punti percentuali mentre tra il secondo e il terzo scende a soli 2 punti percentuali.

Aggregando i dati dei dosaggi abbiamo la seguente tabella:

DOSAGGIO IN MG	V. A.	%
0-40	80	42
>40	111	58
TOTALE	191	100

Da questa tabella appare evidente che ben il 58% di utenti utilizza un dosaggio oltre i 40 mg. E' interessante notare che aggregando ulteriormente i dati dei dosaggi possiamo notare che ben il 92 % dei dosaggi supera comunque la soglia dei 20 mg. Tale dato assume significato se confrontato con quello della condizione professionale:

CONDIZIONE PROFESSIONALE	%
DISOCCUPATI	66
IN CERCA DI 1 OCCUPAZIONE	6
OCCUPATI	11
SOTTOCCUPATI	15
NON PROFESSIONALE	2
TOTALE	100

Tale dato può essere ulteriormente aggregato accorpando i disoccupati con quelli in cerca di lavoro da una parte e dall'altra gli occupati e sottoccupati:

CONDIZIONE PROFESSIONALE	%
DISOCCUPATI-IN CERCA DI 1° OCC.	72
OCCUPATI E SOTTOCCUPATI	26
TOTALE	98

Chiaramente la percentuale di non occupati è molto elevata (72%) rispetto agli occupati e ai sottoccupati (26%). Tuttavia tale dato deve essere letto nel contesto più generale della situazione occupazionale napoletana che, come tutti sanno, è a dir poco drammatica. Tale dato è aggravato anche dalla presenza in trattamento di utenti stranieri che, all'interno della fascia debole tossicodipendenti, sono la parte più fragile. Tuttavia anche in questa fascia, possiamo osservare, dopo un periodo di terapia, una riduzione dell'atteggiamento di apatia, propria di questi pazienti, che si attivano per cercare lavoro.

La nostra ipotesi di ricerca è volta a verificare la correlazione esistente tra un adeguato trattamento farmacologico e il reinserimento socio-lavorativo.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati 20 soggetti, con un trattamento farmacologico di almeno 6 mesi, tramite campionamento random: 10 pazienti a un dosaggio di metadone fino a 40 mg e 10 pazienti a un dosaggio di oltre 40 mg. A tale campione è stato somministrato un questionario strutturato con domande chiuse per ricercare delle possibili connessioni tra l'aderenza al trattamento e il reinserimento socio-lavorativo. Lo strumento di indagine è costituito da 4 sezioni:

- 1) Identità di genere
- 2) Condizioni lavorative
- 3) Condizione abitativa
- 4) Condizione familiare

Inoltre è stata posta una domanda atta a valutare il miglioramento della propria qualità di vita.

Analisi dei dati e risultati

Dai risultati raccolti si evince che quanto più alto è il dosaggio di metadone tanto più i soggetti riescono a mantenere la propria condizione lavorativa. Infatti incrociando i dati del dosaggio con quelli degli occupati e sottoccupati appare evidente quanto detto:

DOSAGGI DI METADONE IN MG	OCCUPATI E SOTTOCCUPATI
0-40	40%
>40	60%
TOTALE	100 %

Conclusioni

Il trattamento farmacologico integrato ha determinato un incremento del numero di soggetti che hanno raggiunto un miglioramento nella qualità della vita sociale, in generale, e lavorativa, in maniera specifica. Da ciò derivano due importanti effetti: il primo è quello di abbandonare l'eroina o perlomeno di diminuirne il consumo; il secondo è l'opportunità offerta a tali pazienti, sia stranieri che non, di essere iscritti al Ser.T. e di poter quindi essere seguiti e presi in carico globalmente dal servizio.

Queste persone hanno recuperato una dimensione di utenti portatori di "diritti".

Dalla possibilità di confrontarsi con gli altri hanno preso coscienza del proprio stato di tossicodipendenza. Coloro che vivevano per strada, in uno stato di abbandono, incapaci perfino di chiedere aiuto, hanno gradualmente acquisito una maggiore cura di sé e soprattutto la capacità di esprimere più chiaramente il loro disagio.

Inoltre occorre sottolineare come l'assunzione del metadone ha consentito agli utenti lavoratori di svolgere bene le proprie mansioni lavorative e di riuscire quindi a conservare il posto di lavoro.

Gli utenti che all'inizio del trattamento non avevano alcun interesse per la ricerca del lavoro, hanno manifestato un atteggiamento maggiormente responsabile in tal senso.

Dai dati riportati possiamo constatare come l'utilizzo del metadone nell'ambito di un trattamento psicologico e sociale, contribuisca validamente a perseguire gli obiettivi suddetti.

Bibliografia

1. Barnes M. (1999), *Utenti, carere cittadinanza attiva. Politiche sociali oltre il welfare state*, Trento, Erickson.10.
2. Downie R.S., Telrer E. (1980), *Curing and caring: A philosophy of medicine and social work*, London, Methuen.
3. Maremmani L, Zolesi O. (1996), *Mantenimento metadonico. Ancora in cerca di credibilità nonostante i risultati - Maremmani I., Guelfi G.P., Metadone, le ragioni per l'uso*, Editore Pacini.
4. Briatico-Vangosa G. et al. (1998), *Tossicodipendenza e giudizio di idoneità alla mansione specifica*, *Folia med.* 69 (1) 93-106

METADONE E INSERIMENTI TERAPEUTICO-LAVORATIVI

■ Dr. Francesco Lamanna,
A.S. Rossana Saviano,
Dr. Stefano Scuotto,
Dr.ssa Maura Tedici
U. O. Dipendenze AUSL 11, Ser.T. Empoli

La dipendenza da eroina è considerata malattia cronica ad andamento recidivante ed anche malattia bio-psico-sociale e, come tale, ha necessità di un approccio che sia il più possibile integrato e multimodale per poter essere risolta e, quindi, è imprescindibile nel contesto del trattamento sia l'aspetto più strettamente biologico della cura, che quello del reinserimento riabilitativo nel tessuto sociale, ivi compreso quello lavorativo.

E' altrettanto noto che spesso i tossicodipendenti vivono ai margini della società, senza avere collocazioni stabili da un punto di vista lavorativo, sia per le loro caratteristiche personologiche, ma anche e soprattutto perché, come ormai è risaputo, è il "craving" il sintomo patognomonico centrale e fondamentale della tossicodipendenza, per cui tale elemento catalizza tutte le capacità dei soggetti dipendenti da sostanze, facendoli focalizzare unicamente sulla ricerca della sostanza stessa e sui modi per riuscire a procurarsela.

Se, quindi, si vuole intervenire in modo adeguato e corretto in un paziente con queste caratteristiche, si deve trattare farmacologicamente ed in modo stabile la tossicodipendenza in modo da colpire efficacemente anche il craving ed al contempo aiutare tali pazienti al reinserimento.

Infatti gli obiettivi di un trattamento integrato multimodale di riabilitazione sono, in ordine di priorità, quelli di affrancare il soggetto dalla "necessità" e dal "desiderio" dell'eroina, ripristinare il loro stato di salute, determinare anche attraverso opportuni interventi psicoterapici, il cambiamento dello stile di vita tossicomane con uno socialmente accettabile e produttivo e, solo alla fine, verificare se gli effetti positivi di questo tipo di intervento possano essere mantenuti quando progressivamente si ha la dimissione dal programma di intervento stesso.

Il processo di ricostruzione dei modelli di comportamento positivi, alternativi a quello tossicomane, favorito inizialmente dall'impatto di un trattamento medico efficace, deve ricevere ulteriore impulso da parte degli interventi di tipo riabilitativo, sociale, psicologico e di orientamento, in modo che il cambiamento comportamentale che i pazienti riescono ad ottenere, sia reso stabile e vada ad aggiungersi al processo complessivo di cura e risocializzazione. Specifica attenzione va quindi posta agli sforzi di reinserimento di ogni individuo all'interno della società, che per essere veramente definita "civile", deve consentire e contribuire a questo peculiare processo di cambia-

mento. Perciò il problema della tossicodipendenza va portato, ad un certo momento, fuori dall'ambito ambulatoriale dei Servizi per le Tossicodipendenze e posto all'attenzione di tutte le forze sociali.

Per questi motivi il Ser.T. di Empoli ha attuato, già da diversi anni, nell'ambito del progetto di riabilitazione dei tossicodipendenti, un intervento che determini il progressivo riabilitarsi di tali pazienti attraverso gli Inserimenti Terapeutico Lavorativi (ITL), per far sì che questi stessi pazienti si riappropriino delle loro capacità ed abilità e le mettano a frutto per rientrare a pieno titolo nel mondo lavorativo.

Gli ITL sono interventi rivolti a soggetti che, per problematiche psichiche o di dipendenza da sostanze, necessitano di un progetto terapeutico-lavorativo specifico che preveda la acquisizione o riacquisizione di capacità lavorative e di autonomia personale. (DPR. 309/90 L. 45/99 e L.R. 72/97).

Come ribadito dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 (D.P.R. 23 Maggio 2003) un piano di azione efficace e completo contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase fondamentale del reinserimento lavorativo per le persone che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza ed incentivare azioni di formazione professionale orientate a facilitare il loro l'inserimento nel mondo del lavoro.

In particolare per i pazienti del Ser.T. gli ITL assumono la caratteristica di progetti di grande rilievo sociale che attraverso la collaborazione di enti, ditte, cooperative ed associazioni, aiutano gli utenti a reinserirsi definitivamente nel proprio contesto di vita, abbandonando così percorsi di devianza.

Il Ser.T di Empoli utilizza gli ITL fin dal Luglio 1990 a seguito di un protocollo d'intesa firmato dalle Amministrazioni comunali dei Comuni appartenenti alla area della AUSL 11, dalle Organizzazioni sindacali e dalle Associazioni di rappresentanza delle varie categorie lavorative.

La effettiva collaborazione di ditte, imprese e cooperative dei più diversi settori (artigianato, industria, commercio, servizi) hanno dato modo di attivare dal Luglio 1990 al Giugno 2003 oltre 150 ITL.

I pazienti ai quali viene proposto l'ITL si possono trovare sia in fase avanzata dello svolgimento del programma terapeutico svolto sul territorio, al fine di consolidare e mantenere una condizione di astinenza dalle sostanze psicotrope, sia nella fase di reinserimento di programmi di tipo residenziale, sia durante il trattamento farmacologico sostitutivo, una volta che

questo si sia stabilizzato. Requisito essenziale per l'attivazione dell'ITL è, in ogni caso, l'astinenza dalle sostanze stupefacenti.

In base alle predisposizioni del soggetto e al suo curriculum lavorativo e formativo viene individuato il settore lavorativo più adatto, vengono contattate le ditte o enti ed elaborato un progetto individualizzato nonché una convenzione, nel caso in cui si tratti di ditta, cooperativa o associazione, con la AUSL 11.

I pazienti inseriti durante tutto il periodo dell'inserimento effettuano controlli urinari bisettimanali e colloqui con gli operatori di riferimento al fine di sostenerli nelle eventuali difficoltà che si presentano.

L'andamento del programma terapeutico determina infatti la prosecuzione dell'esperienza lavorativa, pertanto in caso di ricaduta nell'uso di sostanze o di mancato rispetto delle regole prefissate, l'inserimento terapeutico lavorativo viene rapidamente interrotto.

Spesso gli inserimenti lavorativi consentono al soggetto di compiere una significativa esperienza lavorativa che offre un contributo effettivo e professionale all'ente/azienda stessa, tanto che, alcune aziende, alla fine del progetto, si sono rese disponibili per l'assunzione dei soggetti dimostratisi più validi, sebbene per definizione stessa dell'inserimento terapeutico lavorativo, l'assunzione non è un evento che si debba verificare come conseguenza naturale.

Ovviamente, credendo al trattamento metadonico, fermamente, ma non in maniera dogmatica, in ciò confortati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale e dall'esperienza clinica ormai più che trentennale sull'utilizzo del metadone a dosaggi adeguati e per trattamenti a lungo termine, trattamenti di mantenimento metadonico, si è voluto dare anche a pazienti che necessitano di trattamento farmacologico, con le caratteristiche sopra citate, delle opportunità lavorative. Questo aspetto è da ritenersi fondamentale nel programma riabilitativo, infatti in un lavoro di uno dei maggiori studiosi dell'argomento, McLellan, si è voluto indagare l'effetto dei servizi psicosociali, nel trattamento metadonico di soggetti con dipendenza da oppiacei. Tutti i pazienti presi in considerazione in questo studio assumevano un dosaggio di metadone in un programma a mantenimento pari almeno a 60 mg/die, ma in modo casuale furono distinti tre gruppi, di cui il primo assumeva solo metadone, il secondo riceveva una semplice forma di counseling ed il terzo aveva in aggiunta una serie di interventi di tipo psicosociale, quali terapie psicologiche, assistenza per il lavoro, supporto psichiatrico. Esaminando i soggetti dei tre gruppi nel tempo si vide che le ricadute nell'uso di eroina avvenivano in modo decrescente dal primo al terzo gruppo in studio. Questi risultati supportano l'impressione clinica comune, ma anche l'osservazione iniziale di Dole e Nyswander, secondo cui i servizi psicosociali aggiungono qualcosa di sostanziale all'acquisizione dei pur ottimi risultati che si possono ottenere col trattamento metadonico.

Nell'esperienza che si è voluto fare quindi al Ser.T. di Empoli, si è aspettato ovviamente che tali pazienti si stabilizzassero da un punto di vista farmacologico e, quindi che facessero un trattamento metadonico da

almeno sei mesi e si è posto il vincolo di non utilizzare sostanze stupefacenti per tutta la durata dell'ITL. Per monitorare tale dato ci si è avvalsi della ricerca, attraverso i controlli urinari eseguiti con cadenza bisettimanale in modo costante e regolare, peraltro, per tutti i nostri pazienti, delle stesse sostanze.

Per evitare di avere un periodo di tempo preso in considerazione, ritenuto esiguo, è stata presa come data di riferimento il 30/06/03 e, andando indietro nel tempo sono state eseguite valutazioni su un arco di tempo di 30 mesi. In tal modo, si è giunti a considerare che, nel periodo preso in considerazione dall'01/01/01 al 30/06/03, sono stati avviati 46 ITL.

Sono stati presi a questo punto in considerazione solo gli ITL attivati per soggetti che avevano una diagnosi di dipendenza da oppiacei nella loro anamnesi, secondo il DSM-IV e si è, quindi, arrivati a considerare 35 ITL per soggetti con le caratteristiche succitate e, fra questi, 17 persone avevano un trattamento farmacologico in atto e 18 persone effettuavano al Ser.T. altri tipi di programmi, poiché avevano già terminato un programma farmacologico o un programma di tipo residenziale e, comunque, si trovavano in una situazione drug-free, nel momento in cui è stato posto in essere l'ITL (tabelle 1 e 2).

Gli obiettivi posti sono quelli di valutare se si possano riscontrare differenze significative, da un punto di vista statistico, fra i due gruppi di confronto e, quindi se il trattamento farmacologico di mantenimento metadonico può in qualche maniera influire sul percorso riabilitativo e sulle capacità di reinserimento di questi pazienti, rispetto a soggetti che non assumono farmaci.

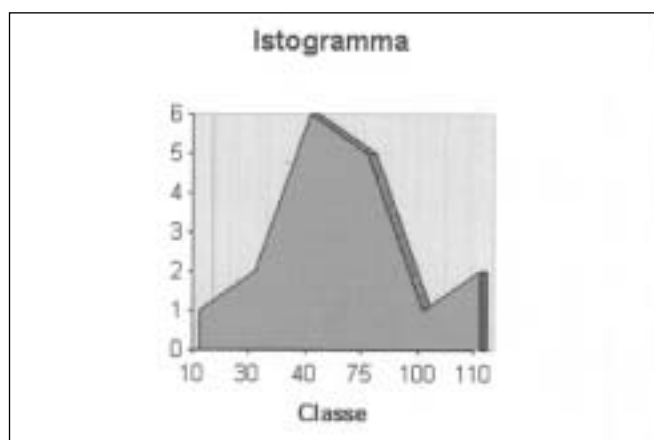
E' da tenere in considerazione che, da alcuni parametri presi dalla AbSO (tabella 3), i due gruppi messi a confronto hanno una differente storia precedente l'attivazione dell'ITL, nel senso di gravità di condizione tossicomana. Infatti se le complicanze fisiche, intendendo fra queste essenzialmente la positività per HIV, i precedenti penali ed i precedenti trattamenti sia di tipo territoriale che residenziale, non sono statisticamente significativi nel dare differenze fra i due gruppi, ciò che pesa di più, nel senso di maggiore gravità nel gruppo che è a mantenimento metadonico, sono le complicanze psichiatriche, i rapporti sociali e familiari compromessi, la storia tossicomana generale (16 anni nel gruppo a metadone verso 11 anni dell'altro gruppo) e l'eroinodipendenza in particolare (rispettivamente 12 anni verso 8 anni), ma, soprattutto la durata dell'ultimo trattamento farmacologico che è in media di 4 mesi nel gruppo drug-free e di 4 anni nel gruppo in trattamento farmacologico.

Nel gruppo di pazienti in trattamento di mantenimento metadonico, il dosaggio metadonico medio assunto era di circa 50 mg/die, con valori variabili da un minimo di 10 mg/die ad un massimo di 140 mg/die (istogramma 1).

Prendendo in considerazione i dati socio-anagrafici del nostro campione si è visto che, per quanto riguarda:

- 1) la distinzione per sesso, il gruppo in trattamento metadonico era costituito da 17 soggetti, 10 erano maschi e 7 di sesso femminile, mentre nel gruppo

Istogramma 1 – Assunzione quotidiana di Metadone dei pazienti in trattamento



drug-free la distinzione per sesso ha dato una perfetta parità con 9 maschi e 9 femmine.

- 2) l'età, nel gruppo in trattamento metadonico l'età media era di 34 anni, con un minimo di 22 anni ed un massimo di 46 anni, mentre nel gruppo drug-free l'età media era di 37 anni con un minimo di 28 ed un massimo di 47 anni.
- 3) lo stato civile nel gruppo in trattamento metadonico 5 pazienti erano non coniugati e 12 coniugati, mentre nel gruppo senza metadone 8 erano i pazienti non coniugati e 5 i coniugati, 3 i separati e 2 vedove.
- 4) la scolarità sia nel 1° che nel 2° gruppo le persone con diploma di scuola media superiore sono 3, mentre tutte le altre erano in possesso di titoli di studio inferiori.

Andando, quindi, a valutare gli esiti conclusivi degli ITL, si sono ottenuti i seguenti risultati:

- 1) gli esiti positivi sono 8 (47%) nel 1° gruppo, mentre nel 2° gruppo sono 9 (50%);

- 2) gli esiti negativi (non per ricadute) sono rispettivamente 5 (29%) verso 4 (22%). Questo è un dato molto importante, perché gli ITL interrotti sono dovuti essenzialmente a motivi comportamentali, come ad esempio le ripetute assenze non giustificate, ma mai, sia nel 1° che nel 2° gruppo, per ricadute nell'uso di sostanze.
- 3) Sono invece ancora in corso 4 (24%) ITL nel 1° gruppo, mentre sono in corso 5 (28%) ITL nel 2° gruppo.

Dai dati che si possono evincere dai grafici allegati, non sembrano esserci differenze significative fra i due gruppi di confronto, per cui si può concludere che il trattamento metadonico non ha alcuna influenza negativa sulle capacità lavorative dei soggetti, nonostante che il gruppo che è a mantenimento metadonico parta da una posizione di svantaggio, vale a dire da una condizione di maggiore gravità della dipendenza da eroina, come appunto si può ricavare dai dati desunti dalle storie di ciascun paziente.

Ovviamente si è perfettamente consapevoli che i numeri presi in considerazione, in questo lavoro, non possono rappresentare un dato significativo per trarre conclusioni definitive sull'argomento sempre di attualità della terapia e della riabilitazione delle tossicodipendenze e si è altrettanto certi che tale campo di ricerca necessita di ulteriori e più approfonditi studi, ma si è voluto dare una traccia su cui si spera di coinvolgere un sempre maggior numero di Operatori del settore.

Bibliografia

- 1) DSM-IV, 1994, APA
- 2) McLellan T et al, 1993, DAMA
- 3) Lamanna F et al, 1996, Metadone: le ragioni per l'uso
- 4) Dole VP e Nyswander M, 1993, JAMA
- 5) Maremmani I e Castrogiovanni P, 1989, AbSO
- 6) Riferimenti legislativi: D.P.R. 309/90, L. 45/99, L.R. 72/97 e D.P.R. 23/05/03.

Tabella 1 – Pazienti in trattamento di mantenimento metadonico = n° 17

NOME	SESSO	ETA'	SCOLARITA'	STATO CIV.
B.E.	F	29	Diploma sup.	coniugata
C.L.	M	30	Lic. media inf.	celibe
L.A.	M	28	Lic. elem.	coniugato
L.S.	M	46	Lic. media inf.	celibe
M.L.	M	42	Lic. media inf.	celibe
M.L.	M	23	Lic. media inf.	celibe
M.V.	F	27	Lic. media inf.	coniugata
M.E.	M	40	Lic. media inf.	celibe
B.F.	F	25	Diploma sup.	nubile
D.K.	F	30	Lic. media inf.	nubile
F.A.	F	38	Lic. media inf.	coniugata
G.C.	M	39	Lic. media inf.	celibe
C.D.	M	22	Lic. media inf.	celibe
L.P.	M	41	Lic. media inf.	coniugato
M.R.	F	38	Diploma sup.	nubile
S.G.	F	44	Lic. media inf.	nubile
T.R.	M	39	Lic. media inf.	celibe

Tabella 2 – Pazienti drug-free = n° 18

NOME	SESSO	ETA'	SCOLARITA'	STATO CIV.
B.E.	F	41	Lic. media inf.	coniugata
L.P.	M	47	Non noto	celibe
M.P.	F	41	Diploma sup.	vedova
N.C.	F	41	Lic. media inf.	vedova
P.V.	M	35	Lic. media inf.	coniugato
P.L.	F	35	Lic. media inf.	coniugata
P.A.	F	30	Lic. media inf.	nubile
P.C.	F	28	Lic. media inf.	nubile
V.S.	M	36	Lic. elem.	coniugato
G.P.	M	32	Lic. elem.	celibe
P.G.	M	43	Lic. media inf.	coniugato
V.M.	F	42	Lic. media inf.	separata
N.A.	F	40	Lic. elem.	nubile
C.D.	M	33	Lic. media inf.	separato
G.F.	M	36	Lic. media inf.	celibe
I.S.	F	34	Diploma sup.	separata
T.F.	M	36	Diploma sup.	celibe
T.F.	M	38	Lic. elem.	celibe

Tabella 3 – *Dati AbSO*

paz	comp fis	come psi	rapp soc	rapp fam	prec pen	sto tox	dur ero	prec tratt mesi	ult tra
1 BE	0	1	1	1	0	13	7	0	54
2 LA	0	1	1	1	1	10	8	3	55
3 LS	0	1	0	0	1	25	25	2	15
4 ML	1	0	1	0	1	27	26	2	122
5 ML	0	1	1	1	0	7	2	0	26
6 MV	0	1	1	1	0	10	2	0	59
7ME	0	1	1	0	0	14	5	1	74
8 BF	0	0	1	1	0	13	5	0	28
9DK	0	1	0	1	1	16	13	9	54
10 FA	0	0	0	0	0	12	9	2	95
11 GC	0	0	0	1	0	24	13	4	30
12 CD	0	1	0	0	1	8	4	3	12
13 LP	1	0	0	0	1	30	30	5	23
14 M R	1	1	0	1	0	26	18	0	35
15 SG	1	0	1	0	1	12	12	4	48
16 TR	1	1	1	0	1	20	20	8	71
17 CL	0	0	1	0	1	13	10	4	15
	5	10	10	8	9	16,47	12,29	47	48,00
1 BE	1	1	1	1	0	4	4	0	0
2LP	0	0	1	1	1	2	2	0	0
3 MP	1	0	1	1	0	22	22	5	28
4NC	1	0	1	1	0	7	7	1	0
5 PV	0	0	1	1	1	15	9	3	6
6 PL	0	0	1	1	0	13	12	1	0
7 PA	0	0	1	1	1	4	4	4	2
8 PC	0	0	1	1	1	8	2	0	0
9 GP	0	0	1	1	1	8	2	0	0
10 PG	0	0	1	1	0	25	9	6	3
11 VM	1	0	1	1	0	10	10	0	0
12 NA	0	1	1	1	1	7	5	3	3
13 CD	0	1	0	1	0	10	8	5	10
14 GF	0	0	1	1	0	14	11	5	14
151S	0	0	1	1	0	5	5	5	9
16 TF	1	0	1	1	1	20	20	6	2
17TF	1	1	0	0	1	15	15	2	3
18 TG	0	0	1	1	1	11	9	3	0
	6	4	16	17	9	11,11	8,667	49	4,44

LEGENDA:*Paz = pazienti**comp fis = complicanze fisiche**comp psi = complicanze psichiche**rapp soc = rapporti sociali,**rapp fam = rapporti familiari**prec pen = precedenti penali**sto tox = storia tossicomana in anni**dur ero = durata eroinomania in anni**prec tratt = precedenti trattamenti**mesi ult tra = durata in mesi ultimo**trattamento farmacologico*

GRAFICO 1

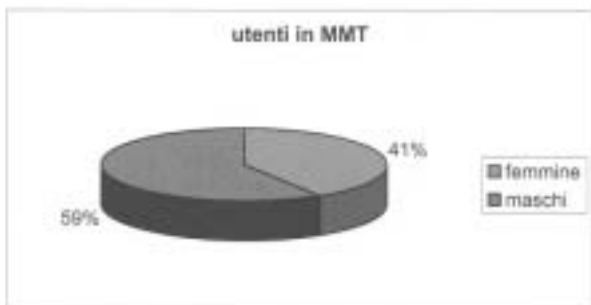


GRAFICO 6

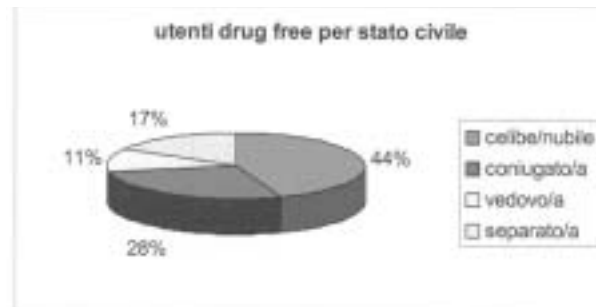


GRAFICO 2

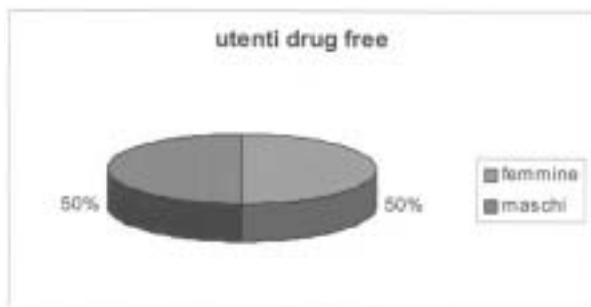


GRAFICO 7

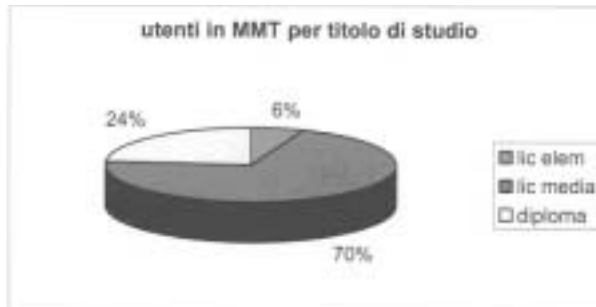


GRAFICO 3

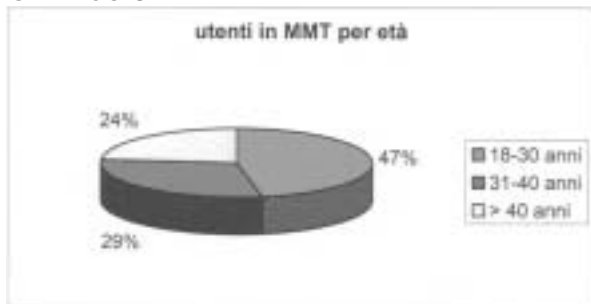


GRAFICO 8

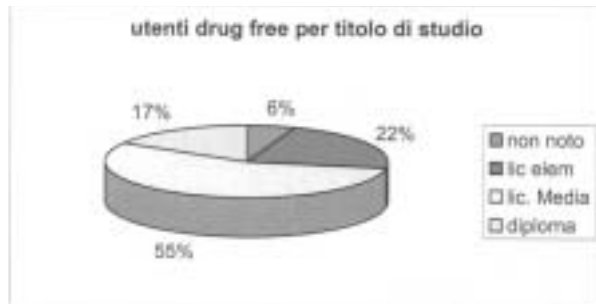


GRAFICO 4

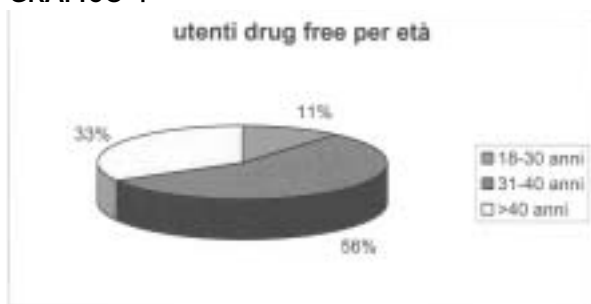


GRAFICO 9

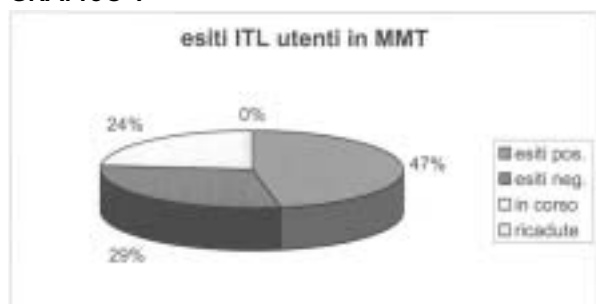


GRAFICO 5

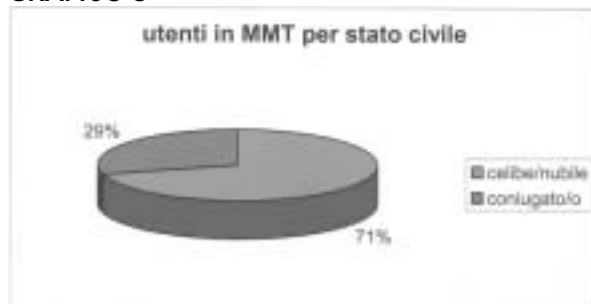
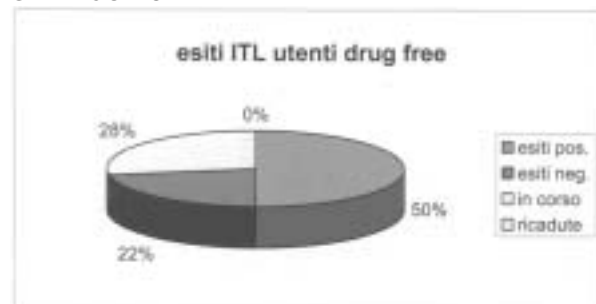


GRAFICO 10



METADONE E LAVORO

INDAGINE TRA GLI UTENTI DEI SER.T. DELL'AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

■ A cura di

M. DeAngeli, *Psicologa, Consulente Dipartimento Dipendenze A. ULSS 20*

L. Suardi, *Medico Tossicologo Ser.T Dolo A. ULSS 13*

M. Zotta, *Sociopsicologo Responsabile U.O.R.D A. ULSS 12*

Questo lavoro è il risultato di una ricerca sui pazienti in trattamento con metadone a mantenimento presso i due Servizi per le Tossicodipendenze di Mestre e Venezia dell'A.ULSS 12 Veneziana. Esso è parte di un Progetto più ampio finanziato dalla Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Direzione dei Servizi Sociali, Servizio Prevenzione Devianze e affidato alla U.O. Riabilitazione Dipendenze dell'A.ULSS 12 Veneziana.

L'uso del metadone nei Ser.T.

Il metadone è il farmaco più usato nella terapia della Dipendenza da oppiacei, in un numero minore di casi vengono usati l'agonista-antagonista buprenorfina e l'antagonista naltrexone.

Il metadone, farmaco agonista degli oppiacei, può essere usato nella terapia della dipendenza da eroina con due modalità:

1. nel trattamento della sindrome d'astinenza;
2. nel trattamento di mantenimento.

Si tratta di un farmaco con le seguenti caratteristiche:

- Agonista puro dei recettori degli oppiacei;
- Assunzione orale;
- Durata d'azione protratta nell'astinenza da oppiacei (24136 ore);
- Proprietà analgesiche simili alla morfina.

Quando tale farmaco viene utilizzato in un programma di mantenimento viene somministrato quotidianamente per via orale in dosi sufficienti per bloccare i recettori oppioidi (in modo che il soggetto non avverta gli effetti euforizzanti dell'eroina), ma non tali da provocare effetti tossici.

Tate dosaggio va individualizzato sulla base della risposta del paziente, può essere continuato anche per lunghi periodi fino a che non si ritenga che il paziente abbia raggiunto un sufficiente grado di recupero personale e sociale, tale da far ritenere opportuno il progressivo abbandono del metadone.

La terapia di mantenimento con il metadone in dosi adeguate, in modo controllato e associata ad adeguati trattamenti di supporto produce una serie di vantaggi:

- riduzione del danno e quindi diminuzione dell'uso di sostanze illecite da strada;
- riduzione delle attività criminose legate all'uso di sostanze illecite;
- contrasto della diffusione dell'HIV, HBV e HCV;
- miglioramento dell'intervento diagnostico e terapeutico dei malati di HIV, HBV, HCV;
- miglioramento della risposta ad interventi psico-diagnostici e terapeutici;

- facilitazione del reinserimento socio-familiare e inserimento lavorativo.

Va quindi smentita l'opinione diffusa anche in campo sanitario: che il trattamento con metadone diminuisca la capacità lavorativa. Questo farmaco se dato a dosi adeguate non provoca sedazione, sonnolenza, rallentamento dei riflessi e dei tempi di reazione, diminuzione dell'attenzione. Un soggetto stabilizzato con metadone è in genere in grado di eseguire compiti anche impegnativi fisicamente o intellettualmente. Tali condizioni vengono ovviamente meno se il soggetto assume eroina o altre sostanze.

1. Introduzione

Abbiamo ritenuto preliminarmente necessario analizzare i dati della realtà dei due Ser.T dell'A. Ulss 12, osservandone l'utenza negli anni '97 e '98, focalizzando alcuni aspetti di tipo socio-lavorativo: l'età, la scolarità, l'attività lavorativa, distinta in attività stabile o precaria, intendendo con questo termine attività part-time, a tempo determinato, contratti di tipo stagionale, lavoro nero.

Vorremmo prendere in esame alcuni dati quantitativi che ci sembrano offrire uno spunto di riflessione.

Il primo di questi è l'aumento dell'età media degli utenti dei due Ser.T. Negli ultimi due anni, la fascia di età più rappresentata è ormai quella che va dai 30 ai 34, segnata da un maggior numero di anni di dipendenza, le cui cause sono molteplici. Tra queste vanno annoverati: gli interventi di prevenzione sulla diffusione delle malattie infettive più strettamente legate all'uso di sostanze per via iniettiva, le nuove terapie antiretrovirali - che hanno prodotto un notevole allungamento dell'aspettativa di vita dei sieropositivi - la maggiore disponibilità di terapie farmacologiche, per il trattamento dei tossicodipendenti da eroina, con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) o con farmaci antagonisti (Dole, 1978).

Il secondo dato è il numero degli utenti con un'attività lavorativa precaria o stabile, che supera ampiamente il dato della letteratura. Nell'anno 1997 gli utenti in carico al Ser.T di Mestre con un'occupazione precaria erano il 13,9%, mentre nell'anno successivo il 16,7%. A fronte del dato che vedeva negli anni '96 e '97 un incremento del numero degli utenti con un'attività lavorativa stabile, passati da una percentuale del 19,2% al 23,9%; nel '98, tale percentuale è ridiscesa al 18,1% (questo dato è da mettere in relazione con il calo degli utenti del Ser.T, passati da 474 a 436 unità nel giro di tre anni). La situazione lavorativa degli uten-

ti del Ser.T di Venezia appare ancora più interessante da questo punto di vista, poiché la percentuale degli utenti con un'occupazione stabile varia dal 32°/a del '97 al 37,1% del '98, con una lieve riduzione dei lavoratori precari, che passano dall'8,4% al 7,8%. Questo dato probabilmente risente della particolare situazione economica veneziana, che apre prospettive lavorative soprattutto nel settore turistico e nel terziario.

Una delle possibili ipotesi che spieghino l'incremento dei tossicodipendenti che tentano una "compatibilità" tra sostanza ed attività lavorativa, è l'utilizzo del metadone in entrambi i Ser.T, da circa tre anni, con un progressivo incremento del numero dei pazienti in trattamento.

In questi ultimi anni i dati confermano la tendenza verso una crescita della percentuale di soggetti sottoposti a trattamento farmacologico con metadone, pari a circa la metà dei casi seguiti dai Ser.T (49,9% del 1999).

L'interesse e la curiosità di conoscere in modo più approfondito le condizioni socio-lavorative di soggetti in carico ai Ser.T. per l'assunzione di metadone ci ha portato a formulare un'indagine mirata a cogliere le numerose implicazioni esistenti.

L'oggetto specifico di questa indagine è costituito dall'analisi delle possibili interconnessioni tra l'assunzione di metadone da parte di utenti in carico ai Ser.T dell'A. Ulss 12 Veneziana e i loro percorsi lavorativi.

2. Materiale e metodo

2.1. COSTRUZIONE DEL QUESTIONARIO

È stato elaborato un questionario semistrutturato, costituito da domande aperte e chiuse, allo scopo di indagare sulle possibili interconnessioni tra l'assunzione di metadone ed il mondo del lavoro. Lo strumento di indagine è costituito da 40 domande strutturate in sei diverse sezioni:

- dati socio - demografici;
- condizioni lavorative passate e condizione lavorativa attuale;
- esperienze lavorative durante il periodo della tossicodipendenza;
- eventuali ripercussioni negative e/o positive legate all'uso della sostanza;
- esperienze nel rapporto con il mondo del lavoro durante l'assunzione del trattamento farmacologico sostitutivo;
- possibile compatibilità tra assunzione di sostanze, il non ricorso ai Servizi e l'attività lavorativa in corso.

2.2. L'INDAGINE TRA GLI UTENTI DEI DUE SERVIZI

Il campione, oggetto dell'indagine, è costituito da un totale di 250 utenti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda USSL 12 Veneziana che assumono il trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Al momento della somministrazione i soggetti individuati sono stati:

- 80 utenti in carico al Ser.T. di Venezia in data 22 maggio 2000;
- 170 utenti in carico al Ser.T. di Mestre in data 25 maggio 2000.

2.3. IL METODO DI SOMMINISTRAZIONE

Il metodo utilizzato per la rilevazione dei dati è costituito da un questionario che si è ritenuto necessario

somministrare con l'aiuto di due rilevatori la cui formazione è stata affidata al gruppo ricerca del Progetto Pilota Regionale "Contatti".

Si è proceduto a somministrare il questionario ad un gruppo di venti utenti del Ser.T. di Dolo per verificarne l'effettiva fruibilità e validità di contenuto.

Gli orari di apertura al pubblico del Ser.T. di Venezia per la distribuzione del metadone ed, eventualmente per la distribuzione di psicofarmaci, sono suddivisi in due fasce giornaliere per i giorni dal lunedì al sabato, ed in un'unica fascia giornaliera alla domenica. Le fasce sono così suddivise: fascia A dalle ore 8.45 alle ore 10.30; fascia B dalle ore 13.00 alle ore alle 13.45. La rilevatrice ha contattato telefonicamente l'infermiere del Servizio per accordarsi su orarie verificare l'agenda appuntamenti degli utenti con metadone in affidamento.

Il numero totale degli utenti in carico al Servizio era di 80 ma alcuni di loro (5) si sono rifiutati in modo categorico di compilare il questionario. Non è stato possibile raggiungere gli utenti che si trovavano in quel momento in ospedale, in strutture penitenziarie, o che non volevano recarsi al servizio solo per soddisfare la richiesta di compilare il solo questionario.

In totale 54 questionari sono stati compilati su un campione previsto di 80 utenti in trattamento metadonico. Più della metà (esattamente il 67,5%) ha accettato dunque di svolgere questo impegno.

L'orario di apertura al pubblico del Ser.T. di Mestre per la distribuzione del metadone e/o altri farmaci avviene ogni mattina dalle 8.15 fino alle 12.30 (domenica inclusa). In totale 104 questionari sono stati compilati su un campione previsto di 170 utenti in trattamento metadonico in mantenimento.

Più della metà (esattamente il 61,18%) ha dunque svolto l'impegno, mentre 15 persone si sono rifiutate in modo categorico di compilare il questionario anche con l'aiuto della rilevatrice. Dopo un primo momento di diffidenza quasi la totalità degli utenti si è dimostrata particolarmente collaborativa. Molti alla fine si sono dichiarati soddisfatti per aver portato a termine l'impegno preso considerando le difficoltà delle domande poste. Non è stato percepito alcun atteggiamento di pretesa di un lavoro da parte delle Istituzioni, le sole critiche sono state fatte in relazione ai tempi limitati di somministrazione del metadone che, rispetto a quanto riportato dagli utenti, interferiscono con gli orari di un lavoro "normale".

2.4. ANALISI STATISTICHE

Tutti i questionari dell'indagine sono stati elaborati con l'ausilio del programma statistico S.A.S. (Statistical Analysis Software)(*).

Per stabilire la significatività delle differenze emerse nella disaggregazione dei dati si è fatto ricorso al metodo parametrico del "Chi Quadrato", considerando come valore critico per il rifiuto dell'ipotesi nulla = 0.05.

3. I risultati della ricerca

Nell'ambito dell'indagine, il campione considerato inizialmente era costituito da 250 utenti in carico ai Servizi per l'assunzione di trattamento con metadone a mantenimento. In realtà è stato possibile sonunini-

Tab. 1. Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: sesso ed età

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
SESSO						
Maschi	44	81,48	80	76,5	124	78,5
Femmine	10	18,52	24	23,1	34	21,5
CLASSI DI ETÀ'						
14-24	3	5,56	7	6,73	10	6,33
25-29	7	12,96	19	18,27	26	16,46
30-34	17	33,33	37	35,58	55	34,81
35-39	7	12,96	26	25,00	33	20,89
40-44	13	24,07	11	10,58	24	15,19
45-55	6	11,11	4	3,85	10	6,33
TOTALE	54	100	104	100	158	100

strare il questionario ad un numero più basso di utenti. Il campione definitivo è quindi composto da 158 persone. Più precisamente 54 presso il Ser.T. di Venezia e 104 presso il Ser.T. di Mestre, per un totale di 124 maschi (78,5%) e 34 femmine (21,5%). Si riportano i

dati più rappresentativi dell'intera ricerca. Per quanto riguarda la disamina dei dati socio-demografici (tab. 1 e tab. 2) si nota la netta prevalenza dei maschi (78,5%) rispetto alle femmine (21,5%); il 55,7% ha un'età compresa dai 30 ai 39 anni; il 56% vive ancora

Tab. 2. Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: condizione familiare e genitorialità

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
CONDIZIONE FAMILIARE						
Da solo	5	9,26	12	11,54	17	10,76
Con famiglia di origine	28	51,85	61	58,65	89	56,33
Nucleo famigliare	10	18,52	6	5,77	16	10,13
Coniuge/partner	10	18,52	13	12,50	23	14,56
Altro	1	1,85	12	11,54	13	8,23
GENITORIALITÀ'						
Sì	20	37,04	29	27,88	49	31,01
No	34	62,96	75	72,12	109	68,99
TOTALE	54	100	104	100	158	100
NUMEROSITÀ' FIGLI						
1	17	85	22	75,86	39	78,0
2	2	10	6	20,7	8	16,0
3	1	5	0	0	1	3,0
4	0	0	1	3,44	1	3,0
TOTALE	20	100	29	100	49	100

Tab. 3. Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: livello di istruzione e anni di scolarità

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
TITOLO DI STUDIO						
Nessuno	0	0	1	0,96	1	0,63
Licenza elementare	12	22,22	11	10,58	23	14,56
Licenza media inferiore	31	57,41	69	66,35	100	62,7
Qualifica professionale	3	5,56	6	5,77	9	5,70
diploma	7	12,96	14	13,46	21	13,29
Laurea	0	0	1	0,96	1	0,63
altro	1	1,85	2	1,92	3	1,90
TOTALE	54	100	104	100	158	100
ANNI DI SCOLARITA'						
Fino a 5	3	5,66	4	3,85	7	4,46
Da 6 a 8	27	50,94	52	50,00	79	50,32
Da 9 a 13	20	37,74	42	40,38	62	39,49
Più di 14	3	5,66	6	5,77	9	5,73
TOTALE	53	100	104	100	157	100
	<i>Frequency missing= 1</i>					

con la propria famiglia di origine. Quasi un terzo (31%) degli intervistati è genitore. Il 39% degli intervistati con figli vive ancora con la propria famiglia di origine.

Come si può notare (vedi tab. 3) per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggior parte degli intervistati si posiziona su un livello basso: licenza elementare 14,56%; licenza media inferiore 62,7%; attestato professionale 5,70%; una quota minoritaria si posiziona su un livello medio (diploma di scuola media superiore 13,29%); solo una persona sta frequentando l'università. Gli anni più frequenti di scolarità complessiva risultano essere 8 (42,7%) e 11 (15,3%).

Per quanto riguarda le condizioni socio-lavorative (tab. 4) la maggior parte degli utenti dei due Servizi dichiara di non essere iscritta alle liste di collocamento (63,92%), l'89,2% dichiara di essere in possesso del libretto di lavoro, il 19,6% dichiara di aver fatto domanda di invalidità civile e il 16,5% dichiara di far parte di una categoria protetta.

Attualmente quasi la metà del campione (fig. 1) afferma di avere un'attività lavorativa in corso (49,37%). Sono 78 le persone di tutto il gruppo considerato (1 persona al momento è in malattia) che dichiarano di lavorare.

Di queste 78 persone, 57 rispondono alla domanda successiva che chiede di specificare esattamente quando hanno iniziato l'ultima attività lavorativa.

Ben più di un terzo (38,6%) ha iniziato nell'ultimo anno (2000), mentre solo il 10,8% ha iniziato a lavorare negli anni 80.

Cerchiamo dunque di approfondire la conoscenza delle condizioni socio-lavorative delle 78 persone che attualmente dichiarano di svolgere un'attività lavorativa (tab. 5).

Le frequenze più elevate sono registrate dalle categorie professionali più basse: il 62,82% lavora come operaio generico, il 20,51% come operaio specializzato, l'8,97% come commerciante e il 7,69% come impiegato.

Il 74,4% di essi dichiara di lavorare in ambito privato, mentre solo il 7,7% dichiara di lavorare nell'ambito della cooperazione sociale. La stessa frequenza si riscontra nell'ambito del lavoro autonomo, mentre solo il 5,1% dichiara di lavorare nell'ambito pubblico. L'82% di coloro i quali stanno lavorando dichiara di avere un rapporto di lavoro in regola; il 70,5% dichiara di avere un lavoro diurno, mentre un quarto e cioè il 25,6% lavora facendo i turni.

Ancora, il 78,2% dichiara di lavorare a tempo pieno e il 79,5% dichiara di avere un contratto a tempo indeterminato.

Vale la pena di soffermarci sui dati emersi in ogni singolo Ser.T. A Venezia sono 23 (29,5%) le persone che attualmente stanno lavorando e che sono in carico al Servizio per l'assunzione di metadone, mentre sono 55 (70,5%) a Mestre.

Per quanto riguarda la distribuzione dei lavori le percentuali sono simili, con qualche eccezione (tab. 5). 123 lavoratori in carico al servizio di Venezia, si distribuiscono nel seguente modo: 13 (56,5%) lavorano come operai generici; 5 (21,74%) lavorano come ope-

Tab. 4. Distribuzione degli intervistati per condizioni socio-lavorative: iscrizione alle liste di collocamento; possesso del libretto di lavoro; domanda di invalidità civile; far parte di una categoria protetta.

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
ISCRIZIONE ALLE LISTE DI COLLOCAMENTO						
Si	25	46,3	32	30,8	57	36,1
No	29	53,7	72	69,2	101	63,9
POSSESSO DEL LIBRETTO DI LAVORO						
Si	40	74,1	101	97,1	141	89,2
No	14	25,9	3	2,9	17	10,8
DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE						
Si	15	27,7	16	15,39	31	19,6
No	39	72,3	88	84,61	127	80,4
FAR PARTE DI UNA CATEGORIA PROTETTA						
Si	18	33,4	8	7,7	26	16,5
No	36	66,6	96	92,3	132	83,5
TOTALE	54	100	104	100	158	100

rai specializzati; 3 (13,04%) lavorano come commercianti e 2 (8,70%) lavorano come impiegati. I 55 lavoratori in carico al servizio di Mestre, si distribuiscono nel seguente modo: 36 (65,45%) lavorano come operai generici; 11 (20%) lavorano come operai specializzati; 4 (7,27%) lavorano come impiegati e 4 (7,27%) lavorano come commercianti (fig. 4).

A Venezia il 13,1% degli utenti dichiara di lavorare come commerciante contro il 7,3% degli utenti a Mestre. Il 56,5% degli utenti a Venezia dichiara di lavorare in ambito privato contro l'81,8% degli utenti a Mestre; A Venezia il 13,1% dichiara di lavorare nell'ambito delle cooperative sociali rispetto al 5,5% degli utenti in carico al Ser.T. di Mestre; il 21,7% degli utenti a Venezia lavora nell'ambito del lavoro autonomo contro l'1,8% a Mestre.

L'8,7% degli utenti a Venezia dichiara di non lavorare in regola contro il 21,8% degli utenti a Mestre. L'8,7% degli utenti a Venezia lavora di notte contro l'1,8% degli utenti in carico al Servizio a Mestre. Si evidenzia inoltre che il 60,9% degli utenti a Venezia lavora con un contratto a tempo indeterminato rispetto l'88% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre.

Per quanto riguarda i vissuti (tab. 6) rispetto alla propria condizione lavorativa, quasi i due terzi (67,9%) dichiara che il lavoro che sta svolgendo è soddisfacente.

Per quanto riguarda la disamina delle condizioni lavorative passate sono 154 (97,5%) i soggetti che hanno fatto un primo lavoro, 124 (78,5%) i soggetti che

hanno fatto un secondo lavoro, 94 (59,5%) i soggetti che hanno fatto un terzo lavoro, 60 (38%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un quarto lavoro, 32 (20,2%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un quinto lavoro; 11 (7%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un sesto lavoro, 3 (1,9%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un settimo lavoro.

Per quanto riguarda il tipo di lavoro, pur cambiando la numerosità del denominatore a seconda del numero dei lavori svolti, si evidenzia che la maggior parte, rappresentata dai due terzi degli intervistati ha lavorato come operaio generico.

L'età media in cui si è iniziato a lavorare risale ai 18 anni di età, ma l'età dei 14 anni è il valore che risulta essere più frequente. I dati inerenti alla durata dei lavori sono importanti perché ci invitano necessariamente ad una riflessione sulla "tenuta al lavoro" di persone che in passato hanno intrapreso percorsi legati alla dipendenza da sostanze stupefacenti. In



Tab. 5 Distribuzione degli intervistati che hanno un'attività lavorativa in corso per condizione lavorativa attuale: tipologia dei lavori; l'ambito di lavoro; tipologia del rapporto; orario di lavoro; modalità di lavoro; tipo di contratto.

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
TIPOLOGIA DEI LAVORI						
Operaio specializzato	5	21,7	11	20	16	20,5
Impiegato	2	8,7	4	7,3	6	7,7
Operaio generico	13	56,7	36	65,4	49	62,8
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Commerciante	3	13,1	4	7,3	7	9
L'AMBITO DI LAVORO						
Ambito pubblico	2	8,7	2	3,6	4	5,1
Ambito privato	13	56,5	45	81,8	58	74,4
Cooperazione sociale	3	13,1	3	5,5	6	7,7
Cooperazione non sociale	0	0,0	4	7,3	4	5,1
Ambito di lavoro autonomo	5	21,7	1	1,8	6	7,7
TIPOLOGIA DEL RAPPORTO DI LAVORO						
In regola	21	91,3	43	78,2	64	82,05
Non in regola	2	8,7	12	21,8	14	17,95
ORARIO DI LAVORO						
Di giorno	16	69,6	39	70,9	55	70,5
Di notte	2	8,7	1	1,8	3	3,8
turni	5	21,7	15	27,3	20	25,6
MODALITA' DI LAVORO						
Tempo pieno	18	78,3	43	78,2	61	78,2
Part-time	5	21,7	12	21,8	17	21,8
TIPO DI CONTRATTO						
A tempo determinato	9	39,1	6	12	15	20,5
A tempo indeterminato	14	60,9	44	88	58	79,5
			frequency missing=5			
TOTALE	23	100	55	100	78	100

media lo stesso lavoro lo si è tenuto per circa 27 mesi, mentre il valore che risulta essere più frequente è 12 mesi. Oltre i due terzi degli intervistati dichiara di aver concluso il rapporto di lavoro per decisione volontaria. Il 92,4% afferma di non aver avuto difficoltà a trovare lavoro mentre il 51,9% degli intervistati asserisce di aver trovato un'occupazione grazie ad un canale di ricerca personale, cioè il ricorso a conoscenti e amici. Più della metà degli intervistati (61,4%) ha iniziato a fare uso di sostanze (tab. 7) tra il 1980 e il 1989 e il 57% tra un'età compresa tra i 14 e i 19 anni. L'81,5% degli intervistati risponde che l'uso di sostanze stupefacenti ha influito sui lavori passati (fig. 2) e vengono descritti sia aspetti positivi legati alla percezione degli effetti delle sostanze, (maggiore sicurezza,

maggiore tolleranza ai ritmi di lavoro, migliore gestione dell'ansia) sia aspetti negativi (essere ripresi per ritardi, rimanere in malattia, rischiare il licenziamento). Ai soggetti è stato chiesto inoltre di evidenziare, dando un ordine di preferenza, quali fossero gli aspetti positivi o gli aspetti negativi legati all'uso delle sostanze che percepivano essere influenti in passato sul proprio lavoro. I 128 soggetti rispondenti alla domanda precedente hanno riportato sia aspetti positivi che aspetti negativi elencandoli entrambi, mentre certi altri pur avendo risposto alla domanda generica dell'influenza sul lavoro delle sostanze, non hanno poi compilato le domande che avevano la finalità di rilevare più in dettaglio aspetti positivi e aspetti negativi sull'attività profes-

Tab. 6 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda " Il lavoro che attualmente svolgi ti soddisfa?".

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
SODDISFAZIONE RISPETTO AL PROPRIO LAVORO						
Si	19	82,6	34	61,81	53	67,9
No	4	17,4	21	38,18	25	32,1
TOTALE	23	100	55	100	78	100

sionale. Ricorrere alle sostanze, influenza positivamente l'attività professionale per circa 39 utenti rispondenti (24,68% del campione totale).

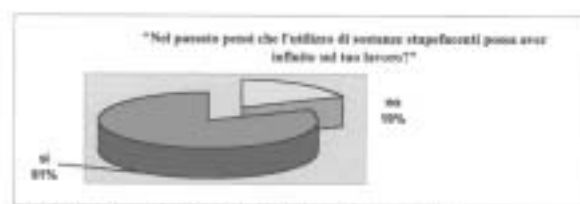
Osserviamo con l'aiuto della tabella (tab. 8) gli aspetti positivi che hanno registrato una frequenza più elevata. L'importanza massima è stata attribuita a due aspetti percepiti essere positivi in relazione all'attività lavorativa: l'aumento della sicurezza ha ottenuto il 26,8% delle preferenze di primo grado, e l'aumentata tolleranza ai ritmi di lavoro ha ottenuto il 24,4%.

Sono 70 gli intervistati che specificano gli aspetti negati legati all'uso di sostanze stupefacenti, aspetti che influenzano anche l'attività lavorativa (tab. 9).

L'importanza massima (31,1%) viene attribuita al fatto che si viene ripresi perché si arriva tardi al lavoro, perché si è disattenti, poco interessati alle mansioni (17,2%), e si è in malattia per più di due giorni al mese (17,2%).

Alla domanda "Nel lavoro che svolgi attualmente ritrovi gli stessi problemi che avevi in passato?" (tab.

10) Con l'attuale trattamento metadonico, si evidenzia che nessun intervistato riporta di avere più problemi rispetto al passato; il 54,3% dichiara di avere altri tipi di problematiche; solo il 6,5% dichiara di avere gli stessi problemi, mentre nel restante 40,3% gli intervistati sostengono di non aver avuto mai problemi neanche quando assumevano sostanze stupefacenti. Il 44,4 % del campione dichiara che nessuno del luogo di lavoro (tab. 11) è a conoscenza del passato di tossi-

Fig. 2 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: "Nel passato pensi che l'utilizzo di sostanze stupefacenti possa aver influito sul tuo lavoro?"

Base: totale campione Ser.T. Venezia - Ser.T. Mestre (=138 soggetti)

Tab. 7 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: "In quale anno hai iniziato ad assumere sostanze stupefacenti?".

	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
ANNO IN CUI SI È INIZIATO A FARE USO DI SOSTANZE						
1970-1979	11	20,75	21	20,58	32	20,6
1980-1989	27	50,94	68	66,66	95	61,4
1990-1999	15	28,31	13	12,76	28	18
TOTALE	53 frequency missing=1	100	104 frequency missing=2	100	155 frequency missing=3	100
ETÀ IN CUI SI È INIZIATO A FARE USO DI SOSTANZE						
9-13	5	9,6	13	12,5	18	11,3
14-19	23	42,6	67	64,5	90	57
20-24	16	29,6	17	16,3	33	20,9
25-29	8	14,8	3	2,9	11	7
30-34	1	1,7	2	1,9	3	1,9
35-39	0	0	0	0	0	0
Non riposta	1	1,7	2	1,9	3	1,9
TOTALE	54	100	104	100	158	100

Tab. 8 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: "Se pensi che l'uso delle sostanze possa averti aiutato a svolgere il tuo lavoro quali sono gli aspetti positivi che hai riscontrato?"

COMPLESSIVO								
QUALI SONO GLI ASPETTI POSITIVI CHE HAI RISCONTRATO?	MOLTA IMPORTANZA		MEDIA IMPORTANZA		MINIMA IMPORTANZA		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1. mi sentivo piu' sicuro	11	26,8	6	15	9	24,3	26	66,1
2. riuscivo a concentrarmi meglio	4	9,8	5	12,5	1	2,7	10	25
3. stavo piu' volentieri con i miei colleghi	2	4,9	6	15	5	13,5	13	33,4
4. tolleravo meglio i ritmi di lavoro	10	24,4	6	15	4	10,8	20	50,2
5. reggevo in modo piu' efficace la fatica	0	0,00	2	5	5	13,5	7	18,5
6. mi sentivo meno depresso	2	4,9	4	10	4	10,8	10	25,8
7. gestivo meglio l'ansia	2	4,9	10	25	4	10,8	16	40,7
8. mi alzavo con la voglia di andare a lavoro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	/
9. altro	10	24,4	1	2,5	5	13,5	16	40,4
totale	41	100	40	100	37	100	118	/

codipendenza e la condizione attuale di assunzione di metadone. Il 41,6% riporta che la propria situazione è

conosciuta dal datore di lavoro e colleghi.

Tab. 9 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: "Se pensi invece, che l'uso delle sostanze ti abbia creato difficoltà, quali sono i problemi che hai incontrato più frequentemente?"

COMPLESSIVO								
QUALI SONO I PROBLEMI CHE HAI INCONTRATO PIU' FREQUENTEMENTE?	MOLTA IMPORTANZA		MEDIA IMPORTANZA		MINIMA IMPORTANZA		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1. venivo ripreso perché arrivavo in ritardo al lavoro	29	31,1	8	11,9	4	8	41	51
2. ero disattento, poco interessato alle mansioni	16	17,2	9	13,4	5	10	30	40,6
3. rischiavo di farmi male	6	6,5	1	1,5	5	10	12	18
4. ero in malattia per più di due giorni al mese	16	17,2	21	31,3	7	14	44	62,5
5. ero in malattia per più di una volta in sei mesi	0	0,00	0	0,00	1	2	1	2
6. rischiavo il licenziamento	9	9,7	15	22,4	12	24	36	56,1
7. mi creavo inimicizie nell'ambito lavorativo	3	3,2	8	11,9	7	14	18	29,1
8. venivo ripreso perché producevo poco	0	0,00	4	6	4	8	8	14
9. altro	14	15,1	1	1,5	5	10	20	26,6
totale	93	/	67	/	50	/	210	/

Tab 10 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda "Nel lavoro che svolgi attualmente ritrovi gli stessi problemi che avevi in passato?".

NEL LAVORO CHE SVOLGI ATTUALMENTE RITROVI GLI STESSI PROBLEMI CHE AVEVI IN PASSATO?	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1. no, non ho mai avuto problemi neanche in passato	4	18.2	27	49.1	31	40.3
2. no, non ho gli stessi problemi	10	45.5	5	9.1	15	19.5
3. si, alcuni	5	22.7	3	5.4	8	10.4
4. si, gli stessi	0	0	5	9.1	5	6.5
5. si, ma diversi	3	13.6	15	27.3	18	23.4
6. si, di piu'	0	0	0	0	0	0
totale	22	100	55	100	77	100

frequency missing = 1 (dal campione di Venezia)

Tab 11 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda "Se attualmente lavori, chi è a conoscenza della tua tossicodipendenza?".

SE ATTUALMENTE LAVORI, CHI È A CONOSCENZA DELLA TUA TOSSICODIPENDENZA?	Ser.T. VENEZIA		Ser.T. MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1. datore	6	31.6	9	17	15	20.8
2. alcuni colleghi	2	10.5	4	7.5	6	8.3
3. nessuno	0	0	32	60.4	32	44.4
4. Datori di lavoro e colleghi	6	31.6	3	5.7	9	12.5
5. altro	5	26.3	5	9.4	10	13.9
TOTALE	19	100	53	100	72	100

frequency missing = (4 dal campione - Venezia - 2 dal campione - Mestre)

(*) Si ringrazia la Dott.ssa Nadia Minicuci per l'elaborazione statistica dei dati.

Bibliografia essenziale

- Briatico-Vangosa G. et al. (1998), "Tossicodipendenza e giudizio di idoneità alla mansione specifica" in *Folia Med.* 69 (1) 93-106.
- Correrà M. M., Martucci P., Costantinides F. (1998), "Dinamiche familiari, lavorative e scolastiche nei soggetti assuntori di sostanze stupefacenti" in *Rassegna di criminologia*, vol. XIX, fase. 1.
- Dole V. P., Joseph H. (1978), "Long Term outcome of patients treated with methadone maintenance" in *Ann ny acad sci* 311:181-189
- Fanelli G., Floccia G. M., Macciocu L. (1992), "Atteggiamenti e difficoltà del tossicodipendente in materia di sicurezza sul lavoro" in *Prevenzione oggi*, Anno IV, N. 3, 131-147.
- Lo Russo A., Benedetti F., Zotta M. (1984) "Il metadone nei servizi pubblici per tossicodipendenti" *Libreria Ed. Lauretana Loreto*
- Maremmani I., Zolesi O. (1996) "Mantenimento metadonico

- ancora in cerca di credibilità nonostante i risultati" in *Maremmani I. Guelfi G.P. Metadone le ragioni per l'uso*, Editore Pacini.
- Merli S. (1992), "Attività lavorativa, tossicodipendenza e sicurezza sul lavoro" in *Prevenzione oggi*, anno IV, n. 1, 21-48.
- Moro G., Bellina L. (a cura di) "L'Idoneità Difficile: alcol, droga, disagio mentale e lavoro", Regione del Veneto, Treviso, 2001.
- Reginald L. Campbell, R. Everett Langford (1995), "Substance abuse in the workplace", Lewis Publishers.
- Zotta M., Suardi L., Zamarchi M. (1999) "L'accompagnamento al lavoro" in "ITACA" settembre dicembre 1999 anno 3 n°9 CEDIS editrice.
- Zotta M., Zamarchi M., De Angeli M. (2001) "Contatti, ricerca e sperimentazione in tema di reinserimento sociolavorativo di persone tossicodipendenti" *Progetto Speciale Regionale: triennio 1999- 2001, Ce.I.S.Don Milani Venezia*.

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE

■ Gianluigi Martinelli
Vincenzo La Torre
Maria Angiola Orlandi
Antonia Cinquegrana



A.S.L. DI BRESCIA - SER. T. DI BRESCIA

Presentazione

Lo studio utilizza gli archivi del Ser. T. di Brescia da cui vengono desunti, oltre i dati delle utenze annuali e dei trattamenti con metadone e buprenorfina, due gruppi di pazienti presi in carico nell'ultimo quinquennio 1998-2002 ed i soggetti in carico al 30 giugno 2003. L'intento è quello di individuare più chiaramente i mutamenti della tipologia di utenza afferente al servizio pubblico, come di valutare - nel caso di assuntori di eroina - l'adeguatezza ed i riflessi della terapia metadonica sul funzionamento sociale della persona. Gli assuntori di eroina rappresentano ancora l'utenza tipica del Ser.T, anche se dagli anni '90 vanno aumentando i soggetti che si presentano al servizio pubblico per abuso primario di cocaina. Dall'anno 1994, per il Ser. T. di Brescia si sono gradualmente incrementati i trattamenti metadonici col principale obiettivo di ridurre il rischio di infezioni HIV ed aumentare la ritenzione dei pazienti, cercando di incidere sulla loro qualità di vita.

Quasi la metà dei pazienti ha avuto più di un trattamento metadonico, spesso di mantenimento a lungo termine, con una durata media dei trattamenti in corso di 1352 giorni. Si evidenzia una correlazione tra una maggiore durata del trattamento metadonico ed il suo buon esito. Il trattamento metadonico pare incidere favorevolmente sull'occupazione, principale aspetto del funzionamento sociale della persona. Gli eroinomani in trattamento metadonico, pur collocandosi in classi d'età più avanzate, risultano meno invischianti con la famiglia d'origine rispetto agli altri.

La terapia metadonica sembra favorire in parte la possibilità di interventi psicoterapeutici. L'astinenza dall'uso di eroina viene raggiunta da più della metà dei pazienti, anche se un soggetto su tre prosegue o attiva l'uso secondario di cocaina. Infine pare che la tera-

pia metadonica, o comunque una terapia sostitutiva come la buprenorfina, comportino una riduzione dei comportamenti criminali.

Considerando l'utenza annuale del Ser T. di Brescia, gli eroinomani rappresentano sempre l'utenza tipica del servizio pubblico. Ormai cronicizzata come si desume da alcuni indicatori quali: l'età, la storia col servizio, il rapporto con i farmaci sostitutivi e le sostanze d'abuso. Dall'anno 1992, pur in larga maggioranza, gli eroinomani decrescono gradualmente rispetto alle altre tipologie di utenti. Nel 1991 rappresentavano il 97.8% dell'utenza, per diminuire al 76.4% nel corso dell'anno 2002. Vanno invece aumentando quelli che fanno abuso primario di cocaina. Dall'unico utente dell'anno 1991 si passa ai 139 soggetti cocainomani, pari al 17.6% dell'anno 2002. Con questa "nuova" utenza la ritenzione risulta più difficile. Nonostante si tenti spesso l'integrazione di farmaci antidepressivi con trattamenti psicoterapeutici, il numero di abbandoni rimane elevato pur con dei recenti segnali in direzione opposta.

TABELLA II TRATTAMENTI METADONICI

UTENZA	SI	No	Totale
1991	108 23.3	355 76.7	463 100.0
1992	128 20.5	497 79.5	625 100.0
1993	145 19.4	603 80.6	748 100.0
1994	192 27.1	517 72.9	709 100.0
1995	235 31.8	506 68.2	742 100.0
1996	254 32.2	510 66.8	764 100.0
1997	273 37.4	457 62.6	730 100.0
1998	310 42.2	424 57.8	734 100.0
1999	365 47.6	402 52.4	767 100.0
2000	381 49.2	393 50.8	774 100.0
2001	387 50.6	378 49.4	765 100.0
2002	383 48.3	410 51.7	793 100.0

TABELLA I SOSTANZA PRIMARIA

UTENZA	Eraina	Cocaina	Altre sostanze	Totale
1991	463 97.8	1 0.2	9 2.0	483 100.0
1992	574 91.8	15 2.4	36 5.8	625 100.0
1993	669 89.3	33 4.4	47 6.3	749 100.0
1994	649 91.4	39 5.4	21 3.2	709 100.0
1995	581 91.9	42 5.7	19 2.5	742 100.0
1996	579 89.5	41 5.0	23 3.5	764 100.0
1997	644 90.2	72 9.9	14 1.9	730 100.0
1998	537 86.8	83 11.3	14 1.9	734 100.0
1999	635 92.8	118 15.1	14 2.1	767 100.0
2000	617 92.7	136 17.6	21 2.8	774 100.0
2001	619 92.7	122 15.8	24 3.3	765 100.0
2002	622 92.4	139 17.6	32 4.0	793 100.0

Dall'anno 1994, per il Ser.T. di Brescia, i trattamenti metadonici si sono gradualmente incrementati col principale obiettivo di ridurre il rischio di infezioni HIV ed aumentare la ritenzione dei pazienti, cercando di incidere sulla qualità di vita, riducendo anche le attività criminali a vantaggio di un loro reinserimento sociale. Gli utenti in trattamento metadonico nell'anno 1993 erano pari al 19.4%, aumentano al 50.6% rispetto all'utenza complessiva del 2001.

Le richieste spesso sono di un trattamento di disintossicazione più o meno breve per poi concretizzarsi altrettanto spesso in un trattamento di mantenimen-

to a lungo termine, superiore ai 6 mesi, la cui efficacia - come si avrà modo di cogliere più avanti - viene in parte limitata con sovrapposizione di cocaina da parte di un certo numero di pazienti, quando il metadone riesce o quasi nella sua funzione agonista. Nell'anno 2002 si rileva un'inversione di tendenza: non più l'aumento graduale dei trattamenti metadonici ma un (leve calo, probabilmente dovuto all'introduzione di un altro farmaco sostitutivo: la buprenorfina, somministrata alla data del 30.6.2003 a 47 pazienti.

TABELLA III TRATTAMENTI METADONICI INDIVIDUALI

Periodo	Casi 1 tratt.	Casi 2 tratt.	Casi 3 tratt.	Oltre 3 tratt.	Totale
1985 - 2002	817 57,3	218 23,9	98 11,0	76 7,8	902 100,0

Dall'ottobre 1980 al 31.12.2002, presso il Ser.T. di Brescia, sono stati avviati 1891 trattamenti metadonici per 1076 pazienti. Il periodo 1980-84, nella presente tabella come nelle seguenti, non è considerato perché poco raffrontabile con i successivi, in quanto in esso furono svolte dal Ser.T. capoluogo funzioni di supplenza a livello provinciale, oltre ad essere il periodo in cui per la prima volta veniva introdotto il trattamento metadonico.

Nel periodo 1985-2002 si hanno 902 pazienti in trattamento metadonico per un totale di 1569 trattamenti avviati. Quasi la metà ha avuto più di un trattamento metadonico, spesso di mantenimento a lungo termine.

Questa tabella pare confermare alcune caratteristiche

TABELLA IV DURATA DEI TRATTAMENTI METADONICI

Periodo	Fino a 1 mese	2 / 6 mesi	7 / 18 mesi	Oltre 18 mesi	Totale
1980 - 1984	16 13,2	48 19,8	71 14,8	188 28,8	278 77,6
1985 - 1989	38 38,8	132 31,2	183 30,7	192 33,8	511 32,7
1990 - 2002	44 6,2	238 27,4	248 34,8	225 28,7	796 49,7
Totale	88 8,2	418 26,4	487 31,2	587 36,2	1569 100,0

dei trattamenti metadonici avviati dal Ser.T. di Brescia. I 1569 trattamenti considerati sono comprensivi di quelli ancora in corso, per i quali si è calcolato la durata al 31.12.02. La loro durata media risulta essere di 613 giorni. Se invece si considerano solo i trattamenti effettivamente ultimati si ha una durata media di 513 giorni. Mentre i 282 trattamenti aperti, sempre con la durata calcolata al 31.12.02, hanno una durata media di 1352 giorni.

TABELLA V ESITI DEI TRATTAMENTI METADONICI

Periodo	Aperto	Interrotto	Completato	Altro	Totale
1980 - 1989	16 (12,8)	88 (24,2)	174 (48,8)	29 (7,1)	298 (276) 20,8
1990 - 1999	144 (15,8)	207 (30,1)	348 (50,2)	54 (6,8)	653 (513) 36,5
1997 - 2002	130 (17,6)	180 (23,1)	327 (41,1)	62 (7,1)	699 (792) 42,7
Totale	290 (18,6)	475 (29,9)	849 (53,9)	145 (9,4)	1569 (1500) 100,0

Quest'ultimo dato evidenzia i presupposti sottesi al trattamento metadonico, dove il mantenimento a lungo termine sottolinea l'importanza data al fattore tempo, in particolare per una tipologia di utenza che negli anni si è anche cronicizzata. Nel periodo 1985-90 si hanno 65 trattamenti metadonici interrotti, pari al 24.3%; nel secondo periodo

1991-96 decrescono al 20.7% mentre nel periodo 1997-2002 risalgono al 29.1 % anche come aspetto dell'ipotizzata cronicizzazione dell'utenza eroinomane, con una parte della quale l'obiettivo del trattamento metadonico pare orientato alla riduzione del danno.

Quello che viene definito negli esiti del trattamento come "Altro" comprende per circa il 60% dei casi principalmente l'avvenuto decesso per patologie correlate all'HIV, spesso ulteriore elemento di cronicità.

TABELLA VI DURATA ED ESITI DEI TRATTAMENTI METADONICI

a) Periodo 1980 - 1989

DURATA	Aperto (al 30.6.2002)	Interrotto	Completato	Altro	Totale
Fino a 1 mese	6 6,2	3 3,1	17 17,8	7 7,1	33 11,2
2 / 6 mesi	16 16,2	24 24,2	33 33,8	4 4,1	77 24,5
7 / 18 mesi	17 17,8	48 48,8	28 28,2	5 5,1	98 31,2
Oltre	8 8,2	24 24,2	36 36,8	17 17,2	85 28,2
Totale	47 100,0	109 100,0	114 100,0	39 100,0	299 100,0

b) Periodo 1991 - 1996

DURATA	Aperto (al 30.6.2002)	Interrotto	Completato	Altro	Totale
Fino a 1 mese	10 10,2	10 10,2	8 8,1	5 5,0	33 7,6
2 / 6 mesi	22 22,8	33 33,0	24 24,5	18 18,5	97 26,5
7 / 18 mesi	24 24,8	39 39,9	33 33,3	34 34,2	130 36,2
Oltre	44 44,8	27 27,8	38 38,2	23 23,8	132 37,7
Totale	100 100,0	107 100,0	103 100,0	77 100,0	413 100,0

c) Periodo 1997 - 2002

DURATA	Aperto (al 30.6.2002)	Interrotto	Completato	Altro	Totale
Fino a 1 mese	3 3,0	29 29,0	12 12,0	3 3,0	47 13,3
2 / 6 mesi	38 38,8	67 67,0	119 119,0	19 19,0	243 69,8
7 / 18 mesi	42 42,8	48 48,0	128 128,0	23 23,0	241 70,2
Oltre	125 125,8	17 17,0	69 69,0	18 18,0	229 66,0
Totale	188 100,0	161 100,0	327 100,0	63 100,0	739 100,0

La connessione tra durata del trattamento metadonico e l'esito dello stesso evidenziano quanto il perdurare del mantenimento renda meno probabile il drop-out. Considerando più rappresentativo il periodo centrale 1991-96, quello più sperimentato del primo rispetto all'utilizzo del farmaco e con la presenza di meno trattamenti aperti rispetto al terzo periodo, emerge che nei trattamenti inferiori ai 7 mesi è intervenuta un'interruzione nel 24.4% dei casi, decrescendo al 18.7% dei trattamenti dai 7 ai 18 mesi, ed al 14.0% dei pazienti ai quali è stato somministrato un trattamento superiore ai 18 mesi.

Ciò evidenzia una correlazione tra una maggiore durata del trattamento metadonico ed il suo buon esito. L'occupazione si può considerare la caratteristica prioritaria per valutare il grado di funzionamento sociale di un soggetto, tenendo anche conto della capacità di assorbimento del mercato del lavoro con riferimento all'andamento generale dell'economia. Con questa tabella si è voluto dare un'immagine d'insieme sull'occupazione negli anni dei pazienti, distinguendo quelli in trattamento metadonico da tutti gli altri comprensivi di ogni tipologia: eroinomani non in trattamento metadonico, cocainomani ed assuntori di hascish. Dal 1994 ad oggi l'occupazione riprende gradualmente a salire di anno in anno, sia tra i soggetti in trattamento metadonico come tra gli altri, ma con una maggior prevalenza tra gli utenti in trattamento metadonico: il 55.5% dei quali nell'anno 2002 risulta

TABELLA VII OCCUPAZIONE Periodo 1991-2002

a) In trattamento metadonico				
UTENZA	Occupati	Non occupati	N.R.*	Totale
1991	84 50,0	84 50,0	(1)	168 100,0 (168)
1992	54 42,3	74 57,8		128 100,0
1993	81 35,8	141 64,1	(3)	142 100,0 (143)
1994	68 35,4	124 64,6		192 100,0
1995	88 41,5	126 58,5		216 100,0
1996	119 46,9	139 53,1		258 100,0
1997	129 47,4	143 52,6	(1)	272 100,0 (273)
1998	134 44,7	166 55,3	(10)	300 100,0 (310)
1999	172 47,1	183 52,9		355 100,0
2000	189 50,8	183 49,2	(8)	372 100,0 (380)
2001	190 51,9	181 48,1	(11)	376 100,0 (387)
2002	205 53,3	179 46,7		384 100,0

b) Non in trattamento metadonico				
UTENZA	Occupati	Non occupati	N.R.*	Totale
1991	135 50,7	130 49,3	(5)	265 100,0 (264)
1992	188 36,8	317 63,2	(12)	495 100,0 (497)
1993	207 34,9	388 65,1	(8)	595 100,0 (603)
1994	188 36,8	323 63,2	(6)	511 100,0 (517)
1995	200 39,8	300 60,2	(3)	500 100,0 (503)
1996	216 43,0	286 57,0	(8)	502 100,0 (510)
1997	198 43,2	267 56,7	(6)	465 100,0 (467)
1998	185 45,5	222 54,5	(17)	407 100,0 (424)
1999	172 42,8	230 57,2		402 100,0 (402)
2000	184 49,0	187 51,0	(22)	371 100,0 (393)
2001	177 46,3	178 53,7	(31)	345 100,0 (376)
2002	201 49,9	203 50,1	(8)	404 100,0 (412)

* N.R., nel presente studio le utenze non rilevate non vengono prese in considerazione nel calcolo delle percentuali per rendere più evidenti i dati rilevati.

essere occupato rispetto al 49.8% dell'altro gruppo, come se il trattamento incidesse più favorevolmente sul reinserimento sociale, aspetti che meglio si approfondiranno più avanti.

TABELLA VIII OCCUPAZIONE Periodo 1998-2002

Tipologia utenza	Occupati	Non occupati	N.R.	Totale
Eroinomani in T.M.	245 34,1	417 58,8	(13)	479 100,0 (492)
Eroinomani senza T.M.	252 35,7	447 64,3	(26)	699 100,0 (725)
Altri	271 30,8	584 69,2	(24)	855 100,0 (879)
Totale	768 33,6	1448 66,4	(63)	2216 100,0 (2284)

Nella presente tabella, come nelle due successive, si prendono in esame 11454 utenti in carico al servizio nel periodo 1998-2002, distinti nelle tre principali tipologie: gli eroinomani in trattamento metadonico, quelli senza terapia metadonica e i rimanenti che coincidono con i cocainomani e qualche assuntore di hashish. Già il loro numero sottolinea come gli stessi rimangano in carico negli anni oppure siano riammessi ad un altro ciclo, con una presenza ridotta di casi nuovi se si escludono quelli detenuti nelle carceri del capoluogo, di provenienza extraprovinciale.

Si coglie come gli eroinomani in trattamento metadonico siano maggiormente occupati degli eroinomani per i quali il trattamento metadonico non è stato avviato. I primi si attestano al 51.3% rispetto al 45.4% degli altri. Questa ultima valutazione è in parte attenuata dalla presenza, nel gruppo degli eroinomani non in trattamento metadonico, di alcuni pazienti presi in carico durante la detenzione, che alla data di carcerazione spesso risultavano disoccupati. Altrettanto si verifica per alcuni soggetti cocainomani, anche se il

TABELLA IX CONVIVENZA

Tipologia utenza	Con i genitori	Col partner	Solo	Altra condizione	N.R.	Totale
Eroinomani in T.M.	156 31,2	127 25,4	81 16,2	106 21,2	(17)	479 100,0 (492)
Eroinomani senza T.M.	52,8 26,4	122 24,4	125 25,0	128 25,6	(26)	699 100,0 (725)
Altri	149 29,8	78 15,6	84 16,8	79 15,8	(27)	500 100,0 (527)
Totale	481 29,8	324 20,2	290 18,5	319 20,5	(69)	1598 100,0 (1667)

gruppo Altri risulta essere quello più occupato, pari al 61.3%.

La convivenza può in parte considerarsi un indicatore di adeguatezza o meno alle varie fasi del ciclo vitale. Coloro che vivono coi partner e contemporaneamente con i genitori sono stati assimilati al gruppo di coloro che vivono con la famiglia di origine, connotando la situazione come un fattore di "invischiamento" con essa, che può essere considerato tale per tutti quelli che superano una certa classe d'età. In merito all'età, dai dati in nostro possesso qui non riportati, emerge che gli ultratrentaquattrenni del gruppo degli eroinomani in trattamento metadonico si attestano al 53% circa, quelli degli eroinomani non in trattamento metadonico al 42% e quelli del terzo gruppo al 25%. In questa tabella pare evidenziarsi come gli eroinomani in trattamento metadonico si siano meno svincolati dalla famiglia d'origine degli eroinomani non in trattamento metadonico, alla stessa stregua degli appartenenti al gruppo Altri. Inoltre convivono maggiormente con un partner rispetto agli altri due gruppi, anche se il fattore età incide diversamente.

Chi vive singolarmente può farlo per scelta ragionata, senza che questo possa mettere in discussione il suo grado di autonomia ed integrazione sociale. Quando si è in presenza di una situazione tossicomana la scelta di vivere da solo a volte può essere il risultato di gravi conflitti familiari, che hanno portato all'espulsione o all'allontanamento, quindi ad una rottura più o meno definitiva dei rapporti col proprio contesto significativo, da parte della persona il cui disagio si manifesta attraverso la tossicodipendenza. Alla luce di questa ipotesi, spesso confermata da situazioni estreme di disagio abitativo, gli eroinomani in trattamento metadonico sono meno rappresentati in questo gruppo di quelli per i quali il trattamento non è stato avviato: il 33.7% dei primi vive da solo, rispetto al 40.6% degli altri eroinomani non in trattamento metadonico.

TABELLA X PRESTAZIONI SIGNIFICATIVE

Tipologia utenza	Assistenti sociali	Psicologi	Assist. n. Percentuale	N.R.*	Totale
Eroinomani in T.M.	35 27,4	89 68,9	21 16,7	(3)	124 100,0 (127)
Eroinomani senza T.M.	48 24,0	127 63,5	55 27,5	(8)	230 100,0 (238)
Altri	47 23,5	89 44,5	76 38,0	(1)	212 100,0 (213)
Totale	129 28,3	305 68,1	152 33,8	(12)	456 100,0 (468)

* N.R., sono gli utenti non interessati, perché non coinvolti nelle prestazioni qui considerate.

Per prestazioni significative dell'assistente sociale si intendono quelle che vanno al di là del counselling e del supporto, ma si concretizzano in interventi socio-assistenziali, come: segretariato sociale rispetto a contributi l'assegnazione di una casa e il riconoscimento dell'invalidità civile, definizione di programmi amministrativi e giudiziari, inserimenti lavorativi e altro.

Vengono intese come prestazioni significative dello psicologo quelle che si possono ricondurre ad interventi di psicoterapia, facendo astrazione dal counselling e dal rapporto psicologico non continuativo. La psicoterapia anche di gruppo, pari al 18.3%, compare maggiormente per gli eroinomani in trattamento metadonico rispetto a quelli per i quali non viene

avviato, che ne fruiscono nel 14.6% dei casi. La situazione si capovolge per quanto attiene il rapporto con l'assistente sociale, dove gli eroinomani in trattamento metadonico, pari al 15.4%, risultano avere meno prestazioni socioassistenziali rispetto agli eroinomani non in trattamento metadonico, pari al 21.4%. Con questi ultimi gli interventi socio-assistenziali sono più orientati verso la ridefinizione dell'identità e dell'integrazione sociale. Si pone in discussione l'idea che gli utenti in trattamento metadonico siano quasi esclusivamente in una situazione di contenimento o stabilizzazione con pochi margini evolutivi, tuttavia più evidenti nel gruppo Altri dove gli interventi psicoterapeutici raggiungono la loro punta massima attestandosi al 19.3%.

TABELLA XI a FREQUENZA INIZIALE

Uso sostanza primaria alla presentazione

Gruppi assistenziali	Quotidiano	Settimanale	Saltuario	nessun uso	N.R.	Totale				
Er. 5-30 mg	66	178	14	15.6	5	22.7	8	5.3	91	15.7
Er. 35-50 mg	70.5	15.4	5.5	5.5	8.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. > 50 mg	76	20.4	8	8.3	3	13.5	4	4.2	50	15.3
Er. 5-30 mg	82.2	8.8	2.2	2.2	4.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 35-50 mg	76	20.4	11	12.2	2	8.7	3	3.3	30	15.7
Er. > 50 mg	82.2	12.8	2.2	2.2	3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 5-30 mg	36	10.8	3	3.3	2	8.7	3	3.3	47	8.3
Er. 35-50 mg	82.0	24.2	4.8	4.8	18.2	68	68	44.2	102	38.7
Er. > 50 mg	54.6	15.2	2	2	27.8	102	102	102	102	117.8
Altri senza terapia	24	6.5	25	32.2	6	37.3	45	45.0	102	17.8
Altri con terapia	22.5	29.4	5.8	5.8	42.2	102	102	102	102	117.8
Altri	348	100.0	99	100.0	22	100.0	104	100.0	348	100.0
Totale	82.2	15.8	2.8	2.8	17.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

In questa tabella, ed in quelle che seguono, l'utenza in carico alla data del 30 giugno 2003 è stata suddivisa in sette gruppi rappresentativi, evidenziando la presenza o meno di terapie sostitutive, il loro dosaggio ed il tipo di sostanza primaria.

Tradizionalmente il Ser.T. di Brescia ha mantenuto i trattamenti metadonici a dosaggi relativamente bassi. Di conseguenza sono stati individuati tre gruppi di pazienti in trattamento metadonico: a basso dosaggio da 5-30mg/die in fase di riduzione dello stesso, a dosaggio medio-basso 35-50mg, e a medio dosaggio oltre 50mg. Il dosaggio minimo è di 8mg, quello massimo di 120mg. Solo sei trattamenti sono superiori ai 100mg. Il dosaggio medio dei 269 trattamenti in corso è di 44mg.

Per completezza si consideri che non sono infrequenti i passaggi da un gruppo all'altro, secondo la congruità e l'evoluzione della terapia sostitutiva e degli interventi ad essa associati.

Pochi pazienti si presentano al Ser.T. in situazione di astinenza d'uso. Fanno eccezione gli eroinomani senza terapia sostitutiva ed i cocainomani del gruppo Altri - 82 cocainomani su 102 soggetti - che pur comprendendo entrambi un buon numero di utenti drug-free, perché presi in carico durante la detenzione, risultano comunque maggiormente astinenti quando si presentano al servizio per un progetto terapeutico. Sono anche gli stessi gruppi che fanno un uso meno massiccio della sostanza primaria.

Solo il 54.6% degli eroinomani senza terapia sostitutiva fa un uso quotidiano della sostanza primaria quando si presenta al servizio per essere preso in carico.

Ancor meno coinvolto nell'uso quotidiano il gruppo Altri, pari al 23.5%, costituito in massima parte dai cocainomani "di fine settimana", pari al 28.4%, oltre a quelli astinenti dall'uso perché in regime di detenzione.

TABELLA XI b FREQUENZA ATTUALE

Uso sostanza primaria al 30.6.2003

Gruppi assistenziali	Quotidiano	Settimanale	Saltuario	nessun uso	N.R.	Totale				
Er. 5-30 mg	4	8.8	17	18.2	8	13.8	94	17.1	91	16.0
Er. 35-50 mg	4.4	10.7	6.8	6.8	12.8	70.2	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. > 50 mg	8	10.8	20	21.8	14	22.8	42	17.2	80	18.8
Er. 5-30 mg	5.8	10.2	10.8	10.8	18.7	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 35-50 mg	21	44.7	26	24.8	7	18.1	24	8.1	80	18.3
Er. > 50 mg	23.8	29.5	8.2	8.2	28.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 5-30 mg	4	8.8	8	8.2	3	12	68	33	48	14.7
Er. 35-50 mg	8.8	12.2	8.2	8.2	7.8	71.1	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. > 50 mg	7	14.8	19	18.2	2	7.8	128	34.8	128	27.8
Altri senza terapia	4.4	12.1	1.8	1.8	81.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Altri con terapia	8	12.8	8	7.8	10	23.2	72	18.8	102	17.8
Altri	8.2	8.2	10.2	10.2	78.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Totale	47	100.0	100	100.0	42	100.0	374	100.0	479	100.0
	8.7	18.8	7.8	7.8	68.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

La frequenza d'uso attuale della sostanza primaria pone in rilievo come gli eroinomani in trattamento metadonico a un dosaggio di oltre 50mg, all'interno dei quali vi è una fascia di riduzione del danno, siano quelli che proseguono l'abuso quotidiano di eroina nel 23.9% dei casi e settimanale nel 29.5%, nonostante un trattamento metadonico in corso.

Seguono poi gli eroinomani in trattamento metadonico, a dosaggio medio-basso 35-50mg, che recidivano settimanalmente nel 32.2% dei casi; ancor meno gli eroinomani con un dosaggio basso fino a 30mg che risultano astinenti nel 70.3% delle situazioni. Anche se, durante il programma, l'astinenza dall'uso è più facilmente raggiunta dagli eroinomani senza terapia sostitutiva nell'81.6% dei casi. Rispetto a quest'ultimi va ricordato che, alla data di rilevazione, il 23.9% si trovava in comunità terapeutica e il 15.9% in carcere, contesti dove l'astinenza è a minor rischio. Per i soggetti in trattamento metadonico tali contesti incidono in misura minore, solo l'8.5% si trova in comunità e l'1.8% in carcere.

TABELLA XII USO COCAINA

Uso sostanza primaria al 30.6.2003

Gruppi assistenziali	Quotidiano	Settimanale	Saltuario	nessun uso	N.R.	Totale				
Er. 5-30 mg	4	10.8	12	14.8	7	18.4	84	16.7	80	15.7
Er. 35-50 mg	4.8	13.8	8.8	8.8	12.8	73.8	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. > 50 mg	12	33.7	17	20.2	7	18.4	82	13.1	111	18.1
Er. 5-30 mg	14.8	18.1	7.8	7.8	35.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 35-50 mg	8	21.8	22	26.8	8	22.3	48	12.1	102	18.1
Er. > 50 mg	9.2	25.8	8.2	8.2	33.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. 5-30 mg	4	10.8	12	14.8	7	18.4	30	7.8	47	8.3
Er. 35-50 mg	8.8	25.8	2.1	2.1	63.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Er. > 50 mg	5	13.8	12	12.0	8	18.7	87	32.8	111	18.3
Altri senza terapia	3.2	8.8	3.8	3.8	85.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Altri con terapia	3	8.1	10	12.0	7	18.4	72	18.8	102	18.8
Altri	3.2	18.8	7.8	7.8	78.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Totale	37	100.0	82	100.0	38	100.0	388	100.0	479	100.0
	8.7	18.8	8.8	8.8	77.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Prima di procedere nelle considerazioni va premesso che i 479 eroinomani del campione in esame, da cui viene escluso il gruppo Altri, risultavano avere come sostanza secondaria la cocaina in 215 casi, pari al 44.9%. Alla data del 30 giugno 2003 lo stesso gruppo risulta aver continuato l'uso di cocaina, o in qualche caso averlo introdotto ex novo, nel 32,2% dei casi. Un regresso apprezzabile, se aggiunto all'astinenza in atto alla frequenza d'uso attuale della primaria, riconducibile a tutti gli interventi attivati.

Gli eroinomani in trattamento metadonico a dosaggio medio-basso 35-50mg sovrappongono cocaina quotidianamente, pari al 14.696, ma mantengono un uso attuale quotidiano di eroina contenuto al 5.5%. Gli eroinomani in trattamento metadonico a dosaggio medio oltre i 50mg usano settimanalmente cocaina nel 25.6% dei casi, in eguale misura a quella degli eroinomani trattati con buprenorfina, ma con un uso quotidiano attuale di eroina nel 23.9% delle situazio-

ni. Gli eroinomani in trattamento metadonico a basso dosaggio fino a 30mg mantengono l'astinenza da cocaina nel 73.6% dei casi similmente a quella da eroina primaria che raggiungono nei 70.3%.

Il gruppo degli eroinomani senza alcuna terapia sostitutiva, come anche i soggetti del gruppo Altri, evidenziano un buon grado d'astinenza all'uso secondario di cocaina, ma va richiamata l'alta presenza dei primi in comunità terapeutica o in carcere, e dei secondi in regime di detenzione nel 12.9% delle situazioni.

I dati proposti non consentono di verificare più a fondo come il trattamento metadonico incida sull'abuso secondario di cocaina, pena la loro frammentazione e scarsa fruibilità.

TABELLA XIII OCCUPAZIONE

Terapia sostitutiva	Occupati	Non occupati	N.R.	Totali
Eroinomani in T.M. 5-30 mg	38 (13.0)	53 (18.8)	91	15.9
Eroinomani in T.M. 35-60 mg	47.8	58.2	100.0	
Eroinomani in T.M. oltre 60 mg	58 (18.8)	34 (12.1)	(1)	89 (90)
Eroinomani con buprenorfina	67.4	32.6	(1)	87 (88)
Eroinomani senza buprenorfina	54 (21.9)	87 (34.5)	(2)	141 (143)
Altri senza terapia sostitutiva	58 (19.2)	43 (15.3)	(8)	99 (102)
Totali	232 (100.0)	281 (100.0)	(8)	513 (521)

Gli eroinomani in trattamento metadonico a basso dosaggio risultano occupati nel 41.8% dei casi, meno di quelli a dosaggio medio-basso che raggiungono il 61.8%, meno anche di quelli a dosaggio medio che si attestano al 55.2%, pur comprendendo una parte della casistica più problematica.

I soggetti trattati con buprenorfina raggiungono il grado più elevato di occupazione, pari al 67.4%; gli eroinomani senza alcun trattamento sostitutivo il grado più basso, pari al 39.8%, comprendendo anche pazienti con uno stile di vita deviante più marcato, poiché presi in carico in carcere, dove erano già entrati in condizione di disoccupazione. I cocainomani del gruppo Altri pur avendo una compresenza di pazienti detenuti, hanno una condizione occupazionale migliore, pari al 56.6% di occupati.

Sostanzialmente questa tabella conferma in modo più articolato quanto emerso nella precedente Tabella VIII sull'occupazione nel periodo 1998-2002, dove sembrava che per gli eroinomani una terapia sostitutiva favorisse il funzionamento sociale.

TABELLA XIV CONVIVENZA

Terapia sostitutiva	Genitori	Partner	Solo	Altra condizione	N.R.	Totali
Eroinomani in T.M. 5-30 mg	34 (15.1)	26 (10.1)	18 (15.1)	7 (12.7)	(0)	85 (91)
Eroinomani in T.M. 35-60 mg	38.6	33.0	20.5	7.9	(0)	100.0
Eroinomani in T.M. oltre 60 mg	39 (16.4)	26 (10.4)	14 (11.8)	10 (16.4)	(1)	89 (90)
Eroinomani con buprenorfina	41.8	31.5	15.7	11.2	(0)	100.0
Eroinomani senza buprenorfina	34 (15.1)	30 (10.7)	17 (14.3)	4 (7.8)	(0)	85 (88)
Altri senza terapia sostitutiva	44 (19.8)	32 (14.5)	15 (12.8)	12 (33.5)	(8)	103 (102)
Totali	225 (100.0)	132 (100.0)	119 (100.0)	31 (100.0)	(8)	513 (521)

Questa tabella, anche se con sfumature più sottili, pare confermare le considerazioni presenti nella Tabella IX Convivenza dell'utenza 1998-2002. I soggetti del gruppo Altri, in genere cocainomani, convi-

vono più di tutti con la famiglia d'origine, pari al 47.3%. Mentre gli eroinomani in trattamento con buprenorfina convivono in misura maggiore col partner, pari al 43.2%. Gli eroinomani senza alcuna terapia sostitutiva sono quelli che vivono maggiormente da soli, pari al 31.8%, e meno con un partner, pari al 16.2%. Gli eroinomani in trattamento metadonico medio-basso sono quelli che vivono meno da soli, pari al 15.7% dei casi, ma risultano "invischiati" con la famiglia d'origine nel 41.6% delle situazioni.

TABELLA XV PRESTAZIONI SIGNIFICATIVE

Terapia sostitutiva	Assistenza sociale	Psicologo	Ass. sociale psicologo	N.R.	Totali
Eroinomani in T.M. 5-30 mg	19 (20.0)	19 (19.0)	4 (4.3)	53 (56.2)	91 (15.9)
Eroinomani in T.M. 35-60 mg	8 (9.6)	19 (19.0)	1 (1.1)	88 (77.9)	100.0
Eroinomani in T.M. oltre 60 mg	12 (15.8)	11 (11.8)	3 (3.4)	67 (81.0)	100.0
Eroinomani con buprenorfina	6 (6.3)	9 (9.8)	2 (2.3)	77 (88.0)	100.0
Eroinomani senza buprenorfina	23 (24.7)	22 (23.4)	10 (10.7)	88 (78.0)	100.0
Altri senza terapia sostitutiva	12 (12.8)	21 (21.6)	7 (7.0)	65 (63.6)	100.0
Totali	88 (100.0)	94 (100.0)	28 (100.0)	344 (100.0)	513 (100.0)

Gli eroinomani senza alcuna terapia sostitutiva risultano avere più prestazioni mirate da parte dell'assistente sociale: 43 soggetti pari al 26.4%. Gli eroinomani in trattamento metadonico a dosaggio medio-basso sono quelli che ricorrono meno alle prestazioni socio assistenziali, pari all'11.1%.

Lo psicologo, sul piano della psicoterapia, risulta maggiormente coinvolto con il gruppo Altri, pari al 29.4% dei casi. Mentre nell'utenza del periodo 1998-2002 ciò avveniva solo nel 19.3% delle situazioni, riflettendo nel carico attuale una ritenzione più accentuata. Segue il gruppo dei pazienti trattati con buprenorfina dove lo psicologo compare a livello psicoterapeutico nel 23.4% dei casi. Con gli eroinomani in trattamento metadonico lo psicologo rimane una discreta presenza, ma comunque inferiore a quella del gruppo degli eroinomani senza alcun trattamento sostitutivo, desuendo che una parte dei soggetti più in difficoltà in trattamento metadonico, oltre 150 mg, è meno disponibile a coinvolgersi in un rapporto psicoterapeutico.

TABELLA XVI CARCERAZIONI

Terapia sostitutiva	Senza carcerazione	Solo misure alternative	Con carcerazione	Presentazioni dal carcere	Totali
Eroinomani in T.M. 5-30 mg	83 (17.5)	1 (4.8)	9 (17.2)	2 (3.8)	99 (16.7)
Eroinomani in T.M. 35-60 mg	61.2	1.1	5.4	2.3	100.0
Eroinomani in T.M. oltre 60 mg	69 (18.3)	2 (6.3)	1 (3.8)	8 (15.5)	100.0
Eroinomani con buprenorfina	66.7	2.2	1.1	3.0	100.0
Eroinomani senza buprenorfina	78 (15.8)	4 (8.0)	7 (14.2)	2 (3.8)	98 (100.0)
Altri senza terapia sostitutiva	69.2	7.4	6.1	17.2	100.0
Totali	476 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)	88 (100.0)	513 (100.0)

Il dato delle carcerazioni dei pazienti in carico, cui sono stati aggiunti quelli che stanno fruendo di misure alternative alla detenzione e coloro che sono stati presi in carico dal carcere, si riferiscono alla situazione del I semestre 2003.

Le richieste di presa in carico dal carcere sono spesso strumentali. Per la quasi totalità dei 28 soggetti del gruppo eroinomani senza terapia sostitutiva e dei 22 soggetti - tutti cocainomani - del gruppo Altri si riferisce ad una carcerazione ancora in corso.

Gli eroinomani in trattamento metadonico, mediamente attorno al 91 %, oltre quelli trattati con buprenorfina pari al 95.8%, risultano meno coinvolti col carcere e le misure alternative. Mentre questo avviene solo per il 69.3% degli eroinomani senza terapia sostitutiva ed il 70.6% del gruppo Altri. Gli appartenenti a questo ultimo sono quelli, pari al 21.6%, che richiedono più frequentemente una presa in carico direttamente dal carcere.

Pare che la terapia metadonica, o comunque una terapia sostitutiva, comportino una riduzione dei comportamenti criminali, oltre a favorire maggiormente le possibilità di reinserimento sociale nell'ambito lavorativo, come rilevato precedentemente.

Ciò avviene in particolare dove il farmaco sostitutivo ha più una funzione di stabilizzazione di tipo evolutivo che di contenimento.

METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE NELL'ESPERIENZA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DEI SER.T. DELLA ASL RM H.

RACCOLTA DI DATI E PRIME RIFLESSIONI, NELL'AMBITO DELLA FILOSOFIA DI RIDUZIONE DEL DANNO SOCIALE E SANITARIO

■ C. Tamburrano
L. Bigiarelli
L. De Conteris
R. Frattucci
C. Bonacini
M.L. Erculei
S. Pollastrini
SER.T. DELLA ASL RM H

Introduzione

Il presente lavoro nasce come elaborazione teorica, condotta dal Coordinamento degli assistenti sociali dei cinque Ser.T. della ASL RM H.

Il Coordinamento si costituisce nel 1992, come spazio per una riflessione comune sulle esperienze di lavoro del servizio sociale. La sua finalità è un utilizzo delle risorse esistenti che sia più razionale, coerente e funzionale alle esigenze manifestate dall'utenza. Il gruppo costituitosi autonomamente, si è caratterizzato fin dall'inizio come momento di scambio per le informazioni riguardanti lo specifico settore di lavoro. Importante è stata anche la possibilità di confrontare le singole esperienze, per poter organizzare azioni professionali orientate a mobilitare risorse in modo uniforme sul territorio della ASL RM H.

Il Coordinamento ha lavorato in questi anni su precisi settori d'intervento nell'ambito della tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza: progetti di formazione professionale, di reinserimento lavorativo, riduzione del danno, archivio legislativo, informazioni ed aggiornamenti su Comunità Terapeutiche, sieropositività HCV e HIV, carcere e misure alternative alla detenzione, prevenzione del disagio giovanile nelle scuole, procedure previdenziali ed assistenziali.

BREVE ANALISI SOCIO-ECONOMICA DEL TERRITORIO DELLA ASL RM H

La ASL RM H è composta da 21 Comuni della provincia Sud di Roma, i cui abitanti, come risulta dai dati del censimento 2001 pubblicati sulla G.U. n°81/7.4.2003, al 21 Ottobre 2001 risultano essere 444.017 (49,12% maschi e 50,88% femmine).

Il territorio della ASL RM H si distingue grosso modo in due zone. La prima si riferisce all'area dei Castelli Romani, ed è essenzialmente legata ad attività agricole, artigianali e dei servizi, in prevalenza commerciale e ricettiva-ristorativa. La seconda area è quella sul litorale, che si caratterizza per una marcata connotazione turistico commerciale e per le piccole imprese artigianali.

All'interno di questo quadro si distinguono l'area di Pomezia a carattere industriale e le aree a ridosso della capitale come Ciampino e S.Maria delle Mole, caratterizzate dal forte pendolarismo dei residenti, impiegati spesso negli uffici della Pubblica Amministrazione della capitale.

"Il livello di benessere economico della popolazione residente nell'area dei Castelli Romani, misurato dal reddito disponibile per abitante, sembra essere attestato su valori discreti. Sulla base di stime relative all'anno 1995, il reddito medio disponibile per abitante ammontava, nel suddetto comprensorio, a 18.5 milioni di lire annue, il 30% in meno di quello rilevato nella media della provincia romana. Il dato provinciale risente tuttavia dell'elevato livello di reddito registrato nel capoluogo, dove il reddito disponibile per abitante si attestava intorno ai 30 milioni di lire annue. Se si esclude dal calcolo il comune capoluogo, il reddito disponibile per abitante nei comuni rimanenti della provincia era pari a 17 milioni di lire circa, un valore inferiore a quello medio castellano"¹.

1 - INDIVIDUALIZZAZIONE E CONCETTUALIZZAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 - QUALE RUOLO PER IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE CON GLI UTENTI A MANTENIMENTO METADONICO...

I mutamenti dell'utenza che fa riferimento ai Ser.T. e ai servizi sociali del territorio nel corso degli anni sono stati continui e rapidi. La progressiva psichiatrizzazione dei consumatori cronici di eroina, l'innesto massiccio della cocaina, l'ampliamento delle fasce di popolazione emarginata, comporta per i servizi, e quelli sociali in particolare, una parziale ridefinizione delle modalità d'intervento e delle modalità di collaborazione tra i servizi stessi².

L'Accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" nel paragrafo "Principi ispiratori delle attività assistenziali" afferma:

"Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la per-

¹ Adamo, S., Fiorini, D., "La complessità e la referenzialità della economia castellana", BIC Lazio, 2002

² L.Grosso, "Peer support e dipendenza da eroina", sta in AQF, Edizioni Gruppo Abele, 2003.

sona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di "intervento terapeutico" ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento "drug-free" - e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio.

Tenuto conto dell'elevatissimo rischio che comporta la condizione di tossicodipendenza, la completa soluzione del problema è, evidentemente il risultato ideale di qualunque intervento; tuttavia, nell'impossibilità (anche temporanea) di conseguire tale risultato, il raggiungimento di un adeguato equilibrio della persona e la riduzione dei rischi sanitari e sociali non sono obiettivi di minor importanza, e costituiscono, a volte, un passo preliminare ineludibile verso percorsi successivi di trattamento vero e proprio."

Nell'ottica dell'integrazione delle varie offerte terapeutiche, il trattamento farmacologico con il metadone permette il raggiungimento di due obiettivi fondamentali:

- a) contenere i problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza, in particolare, ridurre la mortalità e la morbosità droga correlata, sia da narcotismo acuto che da malattie infettive; ridurre o eliminare l'uso endovenoso di sostanze; ridurre l'uso di oppiacei in qualunque forma e migliorare lo stato di salute generale (fisica, psichica e sociale) della persona;
- b) stabilizzare il tossicodipendente o il consumatore problematico, migliorandone significativamente la qualità di vita, interrompendo, in particolare, il circolo vizioso tossicodipendenza-comportamenti illegali; favorire il conseguimento di un equilibrio sociorelazionale accettabile, facilitando la maturazione di processi di cambiamento, anche relativamente all'uso di sostanze; cogliere al meglio la richiesta di aiuto aumentando le probabilità che il contatto con il servizio sia l'occasione di un miglioramento della vita biologica, psicologica o sociale del tossicodipendente.

In tale quadro gli interventi di riduzione del danno perdono quel carattere di parallelismo, alternative o sperimentali, rispetto al complesso delle attività ordinarie, con il quale erano stati etichettati sino ad un recente passato³.

1.2 - ...IN UN'OTTICA DI RIDUZIONE DEL DANNO

L'idea di riduzione del danno, di cui trattiamo in questo lavoro, è ben lontana dal contesto svizzero in cui nasce e si evolve in funzione di percorsi di controllo sociale.

Alla pratica della riduzione del danno attribuiamo il significato dell'incontro con la persona, con la quale si affronta il problema; in quest'ottica la persona è posta al centro ed il problema diventa periferico, in una modalità di relazione incentrata sull'accompagnare e non sul "portare", modalità che restituisce responsabilità.

L'intervento del servizio sociale professionale comincia

quindi con l'ascolto delle persone, nel tentativo di far diventare domanda il bisogno e di facilitare la scoperta delle proprie capacità, presenti o residue, in un processo di empowerment. L'assistente sociale è attenta a cogliere le risorse degli utenti da subito, non solo nella fase riabilitativa, ponendosi l'obiettivo di vedere le capacità, le disponibilità di ogni singolo soggetto e di offrire o inventare la possibilità di espressione per tali risorse. Ciò secondo un approccio definito "unitario" (H. Goldstein)⁴ che per noi deve contraddistinguere l'attuale operatività dell'assistente sociale del Ser.T. Riprendendo concetti introdotti dalla teoria ecologico-sistemica, è necessario prediligere un'impostazione metodologica integrata, che si concretizzi attraverso strategie di lavoro centrate sul compito e di rete (interventi finalizzati, realizzabili, verificabili)^{5,6}.

Gli interventi del servizio sociale professionale con gli utenti a mantenimento metadonico, in un'ottica di riduzione del danno, saranno integrati con le azioni svolte dall'équipe del servizio, volti a stringere un'alleanza con le persone tossicodipendenti, per valorizzarne le risorse, liberarne e aumentarne le potenzialità, indipendentemente da una condizione "drug free"⁷.

2 - OBIETTIVO DELLA RICERCA

Il coordinamento degli assistenti sociali dei Ser.T. della ASL RM H ha inteso svolgere, con il presente lavoro, una raccolta preliminare d'informazioni come prima fase finalizzata all'elaborazione di uno studio più approfondito. È stata elaborata una scheda di autori-levezione, con l'obiettivo di verificare gli interventi di servizio sociale professionale relativi alla tipologia ed al numero degli utenti in trattamento protratto con metadone, per poter leggere eventuali nuovi bisogni di questa categoria.

Questa ricerca è condotta su tutta la popolazione delle varie unità territoriali (5 Ser.T. della ASL RMH), nello stesso periodo (primo semestre 2002) e può essere considerata come analisi secondaria di dati già disponibili. È possibile quindi un confronto e un approfondimento rispetto alle conoscenze già acquisite, determinando spunti di ipotesi per ulteriori ricerche.

È emersa infatti una fotografia delle caratteristiche socio-occupazionali degli utenti in trattamento metadonico protratto e delle tipologie degli interventi di servizio sociale ad essi destinati, utilizzabile per riflettere sul lavoro svolto e per l'eventuale predisposizione di nuove modalità d'intervento e nuovi servizi (es. Centri diurni, Centri Crisi, ...). Parallelamente si è voluto effettuare una prima valutazione degli stessi in termini sia di attività e prestazioni realizzate, che di numero di utenti raggiunti o assistiti (output).

3 - FASI DELLA RICERCA

Ogni ricerca può essere considerata un caso a sé ma ci sono fasi che accomunano tutti i differenti modi di

³ Linee guida sulla riduzione del danno, Bollettino delle Farmacodipendenze e l'alcolismo, anno XXIII 2000, n. 3.

⁴ In Maria Dal Prà Ponticelli "Modelli teorici del servizio sociale" Astrolabio, 1985.

⁵ Cfr. nota 3

⁶ Rosemary Serra "Logiche di rete, dalla teoria all'intervento sociale", Franco Angeli, 2001).

⁷ L. Grosso, "Peer support e dipendenza da eroina", sta in AQF, Edizioni Gruppo Abele, 2003.

fare inchieste sociali: individualizzazione e concettualizzazione del problema; raccolta dei dati e loro codifica, elaborazione e analisi; interpretazione dei risultati. Tali fasi sono considerate come fossero collocate all'interno di un cerchio ideale⁸.

Nel nostro lavoro abbiamo tentato di seguire questo impianto con l'elaborazione finale di un'ipotesi, che verrà esposta più avanti, da cui partire per una nuova e più approfondita fase di ricerca.

Il sostegno a tale metodologia di lavoro lo troviamo anche laddove si afferma: "frequentemente capita che ipotesi vengano sviluppate dopo aver raccolto i dati e con queste confrontate a posteriori"⁹.

4 - PRESENTAZIONE E ANALISI DEI DATI RILEVATI

I dati raccolti sono relativi al primo semestre 2002 e si riferiscono agli utenti dei cinque Ser.T. della ASL RM H. In particolare sono stati rilevati:

- 1 - Totale utenti in trattamento nei 5 Ser.t. ASL RM H
- 2 - Totale utenti in trattamento protratto con metadone (TPM)
- 3 - Totale utenti in TPM sul totale degli utenti in trattamento
- 4 - Utenti in TPM divisi per classi d'età e per sesso
- 5 - Condizione lavorativa degli utenti in TPM
- 6 - Interventi sociali di counseling di sostegno e orientamento
- 7 - Specifica delle tipologie di interventi sociali mirati
- 8 - Interventi per la formazione e inserimenti lavorativi

Al 1° semestre 2002 gli utenti in trattamento sono 934 di cui 839 maschi e 95 femmine (tab. 1 e grafico 1).

Gli utenti in trattamento metadonico protratto (TMP) sono 377 e quindi il 44,93% del totale. Tale gruppo è costituito da 338 soggetti di sesso maschile e 39 di sesso femminile, con un'età che per il 64% dell'universo parte dai 35 anni e supera i 39 anni, con una storia di politossicodipendenza e diversi tentativi di programmi di riabilitazione.

Per "trattamento protratto" abbiamo inteso utenti con trattamento farmacologico (metadone) a "lungo termine", vale a dire che duri da più di sei mesi, rifacendoci ad una distinzione che ritroviamo nella letteratura medica scientifica, che distingue i trattamenti a breve, medio e lungo termine¹⁰.

Tale trattamento va incontro alla definizione, data dall'OMS, della tossicodipendenza da eroina come malattia cronica recidivante: come tale la tossicodipendenza richiede un trattamento terapeutico a lungo termine, con interventi di tipo medico, farmacologico, psicologico, sociale, educativo, possibilmente integrati fra loro.

Dai dati nazionali che rilevano le attività del settore tossicodipendenza, condotta per l'anno 2001 dal Ministero della Sanità, sono in carico ai 509 SERT. esistenti a livello nazionale 150.400 utenti. Per essi si

evidenzia negli anni un aumento progressivo dell'uso del metadone a fini terapeutici, che si stabilizza nel 2001 al 51 %, mentre i trattamenti protratti passano dal 24,4% del 1997 al 30,9% del 2001.

Il dato relativo al territorio della ASL RM H nel primo semestre 2002, si attesta invece per il trattamento metadonico protratto su valori pari al 40,36% sul totale dell'utenza.

Sul totale degli utenti in carico ai Ser.t., la percentuale di femmine che usufruisce di trattamenti protratti, risulta superiore a quella dei maschi. Non si è riusciti a confrontare tali valori con altri di studi regionali o nazionali, perché il dato relativo alla differenza di genere si riferiva al totale dell'utenza e non era distinto per tipologia di trattamento (tab. 2 e 3 e grafici 2 e 3)

Rispetto alla suddivisione per classi di età, nei maschi il picco per i trattamenti protratti si registra nelle fasce di età 30-34 anni, 35-39 e >39; per le donne si registrano frequenze anche nelle classi di età 20-24 anni. Dalla tab.4 e graf.4 si evidenzia come il trattamento protratto aumenti progressivamente con l'aumentare dell'età, attestandosi su valori minimi nella classe di età < 19 anni e tra i 20 - 24 anni.

Interessanti appaiono i dati relativi alla condizione lavorativa riportati in tab.5 e graf. 5. Nello studio è stata utilizzata la tipologia del Sistema Informativo sulle Tossicodipendenze della Regione Lazio (TIS), che definisce in "condizione non professionale" le persone riconosciute invalidi civili, le casalinghe, i pensionati, gli handicappati ed i militari.

Con il termine "occupazione stabile" si è inteso definire la situazione di coloro che riescono a garantirsi con il proprio lavoro un'autonomia economica stabile nel tempo.

La percentuale di donne in condizione non professionale è quasi doppia rispetto a quella degli uomini; il 16% circa è in cerca di una nuova occupazione o ha un lavoro saltuario (5% +10,8%); circa il 59% risulta occupato stabilmente (nella accezione su citata). Tale dato è notevolmente superiore al dato regionale relativo ai tossicodipendenti occupati nel 2001 (30%), che si riferisce tuttavia a tutta la popolazione in carico ai SerA, senza distinguere all'interno dei vari trattamenti. Si è cercato di estrapolare quantitativamente il lavoro svolto dal Servizio Sociale, differenziandone anche le modalità. All'interno di questi dati si evidenzia come quasi la totalità delle donne (92% circa) ha usufruito di interventi di counseling e sostegno da parte del servizio sociale dei Ser.t., soprattutto nella fascia di età superiore ai 39 anni. Per i maschi la richiesta si concentra tra i 30 e i 39 anni e raggiunge i valori più alti, come per le femmine, dopo i 39 anni. (tab.6 e graf. 6) Analizzando i dati si evidenzia come siano preponderanti gli interventi di consulenza giuridico-legale e quelli inerenti a pratiche amministrative, seguiti dal sostegno alla cura per le patologie correlate alla tossicodipendenza. L'orientamento alla formazione ed al

⁸ Manuale del sociale Ed. T.E.R. LABOS Temi e progetti sociali, 1994 Testo estratto da dispensa del corso di Metodologia positiva della ricerca di Mario Pollo, Università Pontificia Salesiana Anno Accademico '92/'93)

⁹ Corbetta, Piergiorgio, "Metodologie e tecniche della ricerca sociale" Ed Il Mulino 1999.

¹⁰ Ministero della salute - Dipartimento della Prevenzione e dei farmaci - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze anno 2001, Roma, ottobre 2002

lavoro è relativamente modesto, si giustificano con l'alto numero di soggetti in TPM occupati stabilmente (tab. 7 e graf. 7)

Per quel che riguarda gli interventi finalizzati all'inserimento lavorativo, non ne sono stati realizzati presso aziende private; più della metà degli inserimenti si riferiscono a borse lavoro, seguite nel 30% ca da inserimenti presso Cooperative. (tab. 8 e graf. 8).

Considerazioni finali

L'ipotesi a cui si è pervenuti nello svolgimento della presente ricerca, è che l'uso prolungato di metadone all'interno di un programma integrato con interventi socio-sanitari, garantisce il mantenimento dell'occupazione, il che permette non solo il raggiungimento dell'autonomia economica, ma migliora la percezione di sé ed il livello di autostima, con un alto valore terapeutico.

Dalla lettura dei dati, sono emersi numerosi spunti da approfondire e studiare con ulteriori indagini, da sostenere con un apposito disegno di ricerca: ad esempio, la correlazione tra trattamento protratto con metadone, stabilità lavorativa, integrazione sociale, disponibilità al counseling, dovrebbe essere confrontata con uno studio parallelo sull'utenza non in TMP. Quello che comunque ci interessa rilevare è il dato sull'occupazione (tab.5 e graf 5), in cui si evidenzia che quasi il 70% degli utenti in TMP sono occupati (occupazione saltuaria + occupazione stabile). Questo può dipendere da vari fattori:

- si offre il TMP a chi ha una situazione socio-lavorativa stabile, per facilitarne il mantenimento;
- il TMP facilita il raggiungimento/mantenimento di un'occupazione stabile;
- il TMP è il passaggio naturale per chi ha tentato altre soluzioni che sono fallite e con esso ha raggiunto un certo equilibrio.

Gli interventi attuati dal Servizio Sociale Professionale nell'ambito dell'inserimento lavorativo risultano essere ancora abbastanza "protetti", se si considera che le sole realtà che al momento accettano di elaborare

progetti per questo tipo di utenza sono le società cooperative e lo strumento d'elezione è quello della borsa lavoro. Emerge dallo studio la necessità di ampliare le occasioni all'interno del mercato del lavoro, per trovare modalità diverse d'inserimento, come per esempio tirocini lavorativi e contratti d'apprendistato finalizzati ad un pieno inserimento lavorativo.

In ultima analisi gli interventi del Serv. Soc. professionale con gli utenti in TMP appaiono favorire continuità e mantenimento del rapporto con la persona, in particolar modo sul versante del riconoscimento dei propri diritti e sul sostegno alla cura. (cfr tab. 5 e 6). Tali elementi, in presenza di un reale inserimento lavorativo, diventano fondamentali per restituire centralità alla persona e dalla loro integrazione con quelli sanitari e psicologici si arriverà alla ricomposizione dell'unitarietà dell'individuo per un pieno reinserimento sociale.

Bibliografia

1. Adamo, S., Fiorini, D., "La complessità e la referenzialità della economia castellana", BIC Lazio, 2002).
2. Corbetta, Piergiorgio, "Metodologie e tecniche della ricerca sociale" Ed Il Mulino 1999.
3. Dal Prà Ponticelli, Maria, "Modelli teorici del servizio sociale" Astrolabio, 1985.
4. Grosso, Leopoldo, "Peer support e dipendenza da eroina", sta in AQF, Edizioni Gruppo Abele, 2003.
5. Ministero della Sanità, Linee guida sulla riduzione del danno, Bollettino delle Farmacodipendenze e l'alcolismo, anno XXIII 2000, n. 3.
6. Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e dei farmaci - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze anno 2001, Roma, ottobre 2002.
7. Pollo, Mario, Manuale del sociale Ed. T.E.R. LABOS Temi e progetti sociali, 1994 Testo estratto da dispensa del corso di Metodologia positiva della ricerca di, Università Pontificia Salesiana Anno Accademico '92/'93.
8. Serra, Rosemary "Logiche di rete, dalla teoria all'intervento sociale", Franco Angeli, 2001.

**RILEVAZIONE INTERVENTI SOCIO-SANITARI
DI RIDUZIONE DEL DANNO
c/o I SER.T. DELLA AZIENDA USL RM H
Rilevazione relativa al 1° semestre 2002**

TABELLE

Tab. 1 - Totale utenti in trattamento nei 5 SerT della AUSL Rm H divisi per sesso

UTENTI SER.T.	N°	%
M	839	89,83
F	95	10,17
TOTALE	934	100

Tab. 2 - Totale utenti in trattamento protrato con metadone (TPM) divisi per sesso

UTENTI in TPM	N°	%
M	338	89,65
F	39	10,34
TOTALE	377	100

Tab. 3 - Totale utenti in TPM sul totale degli utenti in trattamento

UTENTI SER.T.	N°	UTENTI in TPM	%
M	839	338	40,28
F	95	39	41,05
TOTALE	934	377	40,36

Tab. 4 - Utenti in TMP divisi per classi d'età e per sesso

CLASSI DI ETÀ	M	%	F	%	TOT
<= 19	/	/	/	/	/
20-24	1	0,29	3	7,70	4
25-29	24	7,11	7	17,95	31
30-34	93	27,51	7	17,95	100
35-39	100	29,58	8	20,51	108
39>	120	35,51	14	35,81	134
TOTALE	338	100	39	100	377

Tab. 5 - Condizione lavorativa degli utenti in TMP divisi per sesso

SITUAZIONE LAVORO	M	%	F	%	TOT	%
Condizione non professionale	78	23,07	16	41,02	94	24,93
In cerca di prima occupazione	/	/	/	/	/	/
In cerca di nuova occupazione	18	5,32	1	2,56	19	5,00
Occupazione saltuaria	33	9,76	5	12,82	38	10,08
Occupazione stabile	205	60,65	16	41,02	221	58,62
Non rilevato	4	1,18	1	2,56	5	1,31
Studente	/	/	/	/	/	/
TOTALE	338	100	39	100	377	100,00

Tab. 6 - Utenti in TPM che hanno usufruito di interventi di counseling di sostegno e orientamento da parte del Servizio Sociale Professionale, divisi per sesso e classi d'età.

CLASSI DI ETÀ	M	%	F	%	TOT
<= 19	/	/	/	/	/
20-24	3	0,89	1	2,6	4
25-29	14	4,10	4	10,2	18
30-34	50	14,80	3	7,7	53
35-39	43	12,70	6	15,4	49
39>	64	19,00	12	47,1	76
TOTALE	235	69,52	36	92,3	271

Tab. 7 - Utenti che hanno usufruito di interventi di counseling di sostegno e orientamento da parte del Servizio Sociale Professionale (SSP), sul totale degli utenti in TPM.

CLASSI DI ETÀ	UTENTI IN TPM		
	N°	CON INTERVENTI DI SSP	
		N°	%
<= 19	/	/	/
20-24	4	4	100
25-29	31	18	58,06
30-34	100	53	53,00
35-39	108	49	45,37
39>	134	76	56,71
TOTALE	377	271	

Tab. 8 - Tipologie degli interventi (numero di interventi) del SSP per utenti in TPM

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI	N° *	% SUL TOTALE DEGLI INTERVENTI
Consulenze giuridico legali e affidamenti	94	32,75
Pratiche amministrative (invalidità civile, servizi per l'impiego, ecc.)	58	20,02
Interventi di sostegno alla cura	48	16,72
Assistenza economica	31	10,80
Invio C.T. a bassa soglia	17	5,92
Orientamento alla formazione ed al lavoro	16	5,57
Bisogno abitativo (alloggi, centri notturni, ecc.)	12	4,18
Invio centri diurni e notturni a bassa soglia	8	2,78
Altro	3	1,04
TOTALE	287	

(*) Una stessa persona può aver ricevuto più di una tipologia di intervento sociale mirato.

Tab. 9 - Utenti in TPM per i quali vi sono stati interventi di formazione ed inserimenti lavorativi, divisi per sesso

TIPOLOGIA INTERVENTI	M	%	F	%	TOT	%
Interventi di formazione (retribuita e non)	6	15,78	1	11,11	7	14,89
Borse lavoro	19	50,00	7	77,78	26	55,33
Inserimenti c/o Cooperative	13	34,22	1	11,11	14	29,78
Inserimenti c/o Aziende	/	/	/	/	/	/
TOTALE	38	100,00	9	100,00	47	100,00

GRAFICI

Grafico 1

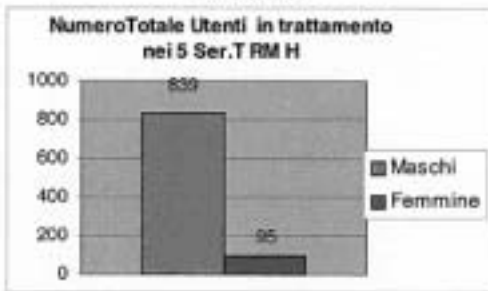


Grafico 4

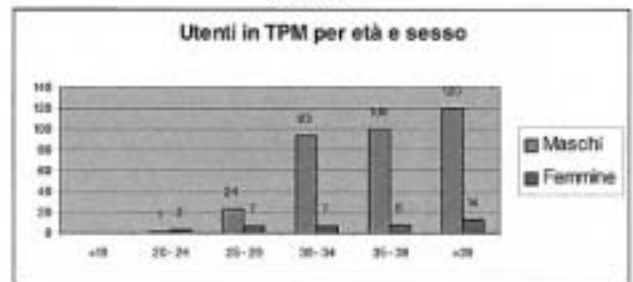


Grafico 2

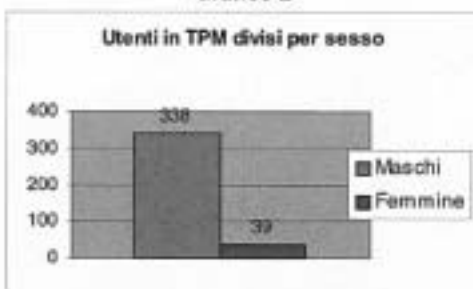


Grafico 5



Grafico 3

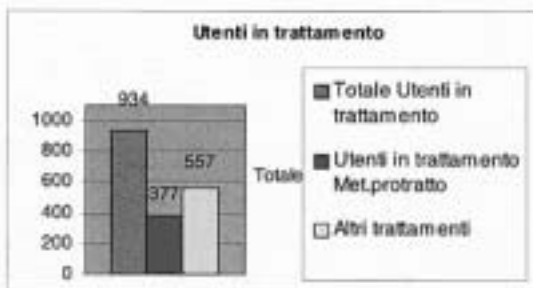


Grafico 6

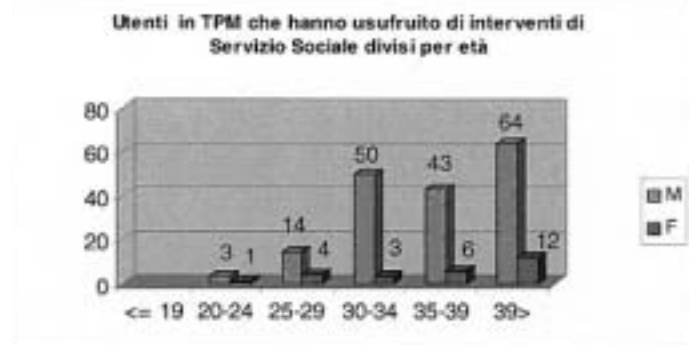


Grafico 8

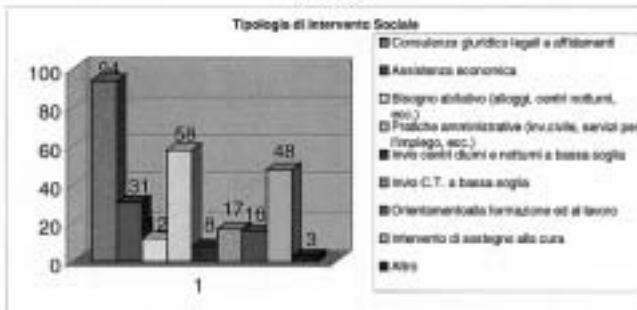


Grafico 7

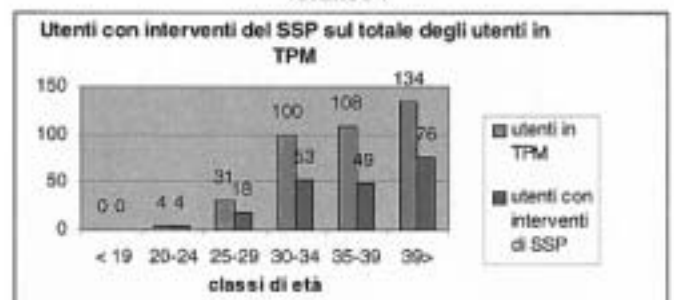


Grafico 9

