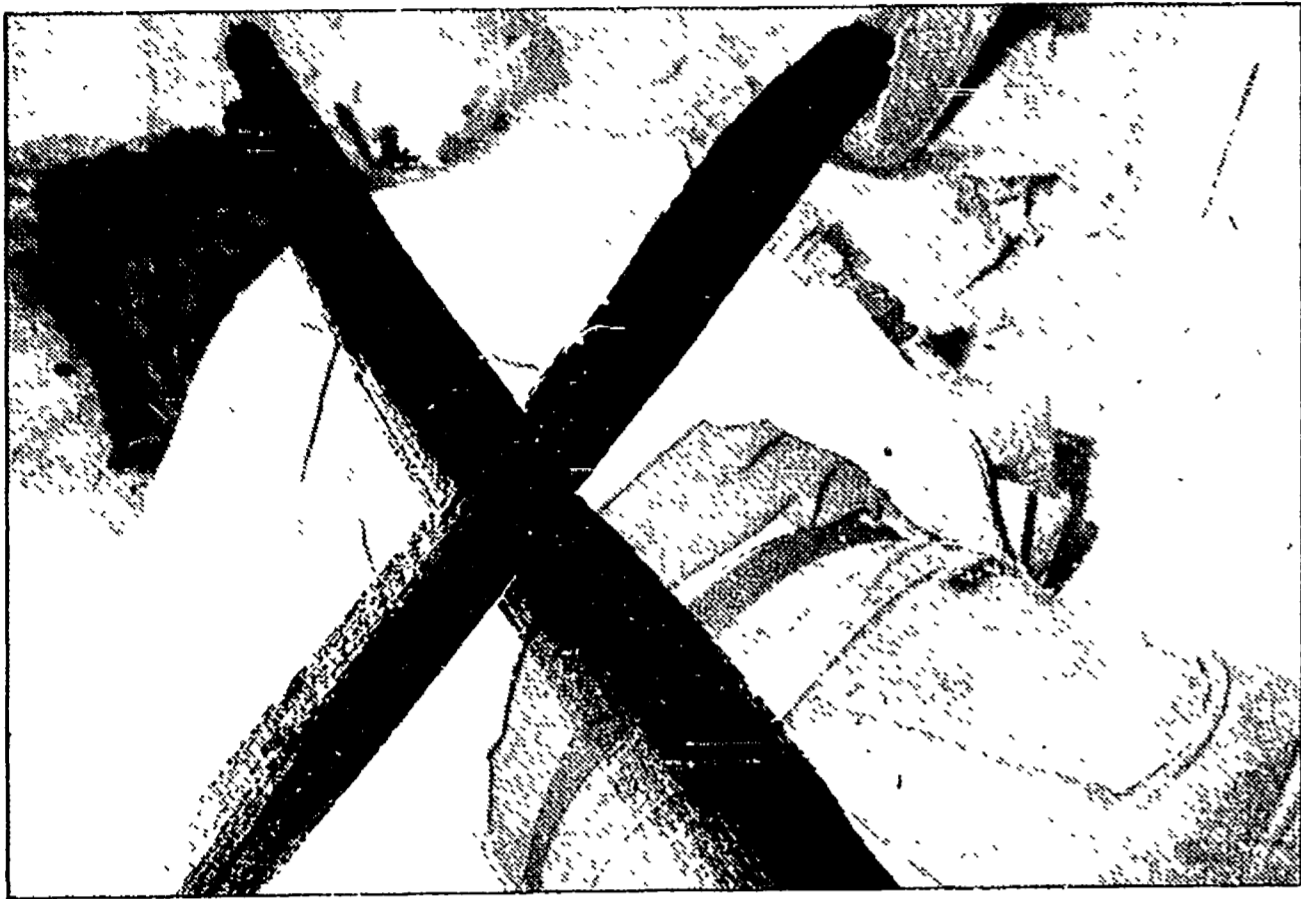


La cura può nascere da un libero contratto fra utente e servizio sanitario

Per non morire di droga

Il complesso sistema terapeutico per il recupero degli intossicati si deve avvalere di una multidisciplinare esperienza attraverso gruppi di lavoro organici e affiatati che operino su un vasto terreno sia sanitario che psicologico che ambientale - Non tutto è buono e utile per tutti - L'analisi individuale



Il numero di tossicomani che si rivolge ai servizi pubblici per un trattamento terapeutico è in continuo aumento. Di conseguenza nasce l'urgente necessità che i servizi socio-sanitari del nostro paese si dotino di una linea di condotta, di una specifica strategia di intervento nei confronti di questo nuovo bisogno terapeutico (come mostrano le tabelle 1 e 2). È opinione corrente tra gli operatori che da tempo si occupano di questo problema, che non si può rispondere adeguatamente ai bisogni terapeutico-riabilitativi dei tossicomani con l'adozione di una metodologia di lavoro paritaria: sia essa farmacologica, oppure psicoterapica, oppure ancora sociale.

Le esperienze di trattamento più consolidate e coordinate e mirate documentano come si può riuscire a costruire un progetto terapeutico con buona probabilità di successo almeno ai bisogni del tossicomane si risponde in maniera multidisciplinare; tenendo conto cioè degli aspetti fisici, psicologici, sociali e

culturali che caratterizzano la condizione di tossicodipendenza. Da qui deriva un trattamento che si articola su più livelli, collegati con la gravità dello stato di tossicodipendenza e con la molteplicità delle cause che la originano. Si passa, così, da una fase iniziale di pura e semplice disintossicazione, che si realizza in una sede ospedaliera, alla terapia di ambiente, mediante la quale si valutano i riflessi che i caratteri della vita quotidiana in un determinato contesto socio-culturale producono sul tossicomane; alla psicoterapia, alla terapia di gruppo, al trattamento a lungo termine, alla realizzazione di interventi per l'inserimento sociale.

Senza un questo prefigurarsi dei servizi speciali per i tossicomani, si può dire che l'équipe socio-sanitaria territoriale può avere discrete possibilità di riuscita nel trattamento di tossicomani se possiede le risorse necessarie per l'attivazione dei differenti stadi o fasi del processo terapeutico; se gli operatori

che lavorano insieme hanno una robusta formazione tecnico-pratica di base nella gestione di programmi complessi, se l'équipe è in grado di stabilire la durata, il tipo e l'organizzazione del trattamento e se possiede inoltre un sistema informativo idoneo a valutare a breve, medio e lungo termine l'efficacia del programma prescelto.

Il trattamento di un tossicomane, come si vede, è un sistema molto complesso nel cui interno interagiscono molti fattori: quelli motivazionali, che spingono il tossicomane ad accedere ad un programma di trattamento; quelli professionali che caratterizzano lo stile di lavoro e la qualità delle prestazioni di un'équipe; quelli strumentali che orientano il consumo delle risorse in una direzione piuttosto che in un'altra.

Ecco cosa dicono gli studi sull'uso del metadone

Vantaggi e svantaggi nel mantenimento della tossicodipendenza per il recupero sociale

Un problema aperto resta quello relativo alla terapia di mantenimento: anche se la prescrizione di metadone non può essere considerata come facente parte di un programma di trattamento e di recupero sociale più ampio, molti sono gli interrogativi da sciogliere. Traduciamo, su questo aspetto particolare del trattamento, la parte del rapporto redatto, per il Consiglio d'Europa, da un gruppo ristretto di esperti e pubblicato recentemente.

I vantaggi dei programmi di mantenimento sono i seguenti: 1) per una limitata percentuale di tossicomani il reinserimento sociale a condizione di continuare la farmacodipendenza da metadone può essere il solo obiettivo; 2) gli studi dei risultati mostrano che gli individui sottoposti a un programma di mantenimento prolungato possono arrivare ad una condizione di stabilità sociale; 3) l'esperienza mostra che la terapia di mantenimento è utile se la droga impiegata dai tossicomani è rara e cara e che il tossicomane trova vantaggio ed essere sottoposto al traffico illecito; grazie a ciò l'équipe curante può intervenire opportunamente; 4) la diminuzione degli indici di casi non identificati.

Gli svantaggi che sono rinchiusi nei programmi di mantenimento sono: 1) il prolungamento della farmacodipendenza, poiché i programmi di mantenimento sostituiscono una dipendenza con un'altra; 2) il tasso di mortalità, registrato nei malati curati con metadone, è superiore di molto al tasso di mortalità generale che si riscontra negli stessi gruppi di età ed è più elevato che negli eroinomani; 3) in alcuni casi non è possibile interrompere la dipendenza da altri tipi di tossicomania; 4) se una donna sottoposta ad un programma di mantenimento resta incinta, il neonato sarà anche fisicamente dipendente; 5) la tendenza nei tossicomani ad accedere ad un programma di

TABELLA 2
Segnalazioni regionali di inizio trattamento in ricovero o ambulatoriale per motivi di interruzione del trattamento, in accordo con le disposizioni relative alla legge 685/75

| Regioni (1979)* | Rifiuto cura n. (%) | Fine trattamento n. (%) | Altri motivi n. (%) | Totale n. |
|----------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| VALLE D'AOSTA | — | — | — | — |
| PIEMONTE | 128 (26,5) | 274 (57,5) | 76 (16,0) | 478 |
| LIGURIA | 66 (16,0) | 74 (18,0) | 272 (66,0) | 412 |
| LOMBARDIA | 942 (23,8) | 618 (20,6) | 2206 (55,6) | 3966 |
| TRENTINO-ALTO A. VENETO | — | — | — | — |
| FRIULI-VENEZIA G. EMILIA-ROMAGNA | 34 (43,6) | 28 (35,9) | 16 (20,5) | 78 |
| TOSCANA | 152 (20,6) | 262 (35,5) | 324 (43,9) | 738 |
| MARCHE | 14 (7,8) | 120 (66,6) | 46 (25,6) | 180 |
| UMBRIA | — | — | — | — |
| LAZIO | 60 (11,5) | 234 (44,7) | 230 (43,8) | 524 |
| ABRUZZI | — | — | — | — |
| MOLISE | 2 (100) | — | — | 2 |
| CAMPANIA | 56 (80,0) | 6 (8,5) | 8 (11,4) | 70 |
| PUGLIA | — | — | — | — |
| BASILICATA | — | — | — | — |
| CALABRIA | — | — | — | — |
| SICILIA | 34 (18,1) | 114 (60,6) | 40 (21,3) | 188 |
| SARDEGNA | — | — | — | — |
| Medie C.V. % | (34,8) 89,2% | (34,8) 65,5% | (30,4) 69,0% | |

Altri motivi - Affidati ad altri presidi sanitari, deceduti, privi di dati, non rilevabili. * Valori stimati raddoppiando i dati del primo semestre 1979. (Fonte: ministero della Sanità)

trattamento senza utilizzazione della droga sarà in diminuzione; 6) la distribuzione del metadone confluisce verso i canali di distribuzione illecita determinando un aumento del traffico e della dipendenza; 7) il tasso di politossicomania è più elevato nei clienti del programma di mantenimento, soprattutto per quelli che usano alcool; 8) gli effetti secondari e le proprietà antagoniste del metadone presentano ancora dei problemi.

Il comitato infine afferma che la decisione di elaborare programmi di mantenimento non dovrà essere presa se non dopo una discussione approfondita ed un esame minuzioso di tutti i fattori in gioco.

Insieme professionisti e volontari

Importante è l'unità operativa - Non vanno cambiati i metodi e gli obiettivi di cura

Il personale che lavora nel settore delle tossicodipendenze deve avere una formazione multidisciplinare in modo che possa comprendere l'insieme delle cause individuali e sociali che danno origine alla tossicomania.

Si possono distinguere per comodità operativa due gruppi di operatori che abitualmente agiscono in maniera coordinata ed integrata: i professionisti ed i non professionisti.

Dal primo gruppo fanno parte medici, infermieri, psicologi, operatori sociali, terapisti di diverse formazioni formatori ed insegnanti.

Il secondo gruppo possono fare parte quelle persone

che un eccesso di neutralità e di distacco che è presente nella pratica sociale dei professionisti è vissuto quasi sempre come minaccia alla propria identità culturale e come forzatura per accedere a norme e valori non condivisi.

Fra i due gruppi di lavoro, perché un programma possa funzionare, ci deve essere una precisa definizione degli obiettivi da raggiungere, un controllo ed una verifica dei risultati che si ottengono.

Molto spesso infatti i tossicomani sono sbalottati nel giro di poco tempo da un servizio ad un altro cambiando velocemente metodi ed obiettivi terapeutici. Ciò è percepito come una incoerenza tra gli operatori e dà origine ad un ulteriore approfondimento del processo di emarginazione del tossicomane il quale si serve strumentalmente di questa incoerenza per non impegnarsi a fondo in un programma di riabilitazione psico-sociale.

Pagina a cura di Giuseppe De Luca

Quanto (con le leggi) ci si preoccupa degli intossicati

Alcuni esempi legislativi di Paesi stranieri come gli Stati Uniti, l'URSS, la Svezia e la RDT

I dispositivi di legge in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza variano da paese a paese.

Negli Stati Uniti con la legge n. 93-281 del 14 maggio 1974 si introducono due tipi di trattamento: quello di mantenimento e quello di disintossicazione.

Il trattamento di mantenimento consiste nel somministrare per un periodo di tempo superiore ai 21 giorni una sostanza stupefacente con l'obiettivo di tentare l'avvio di un trattamento nella tossicomania da eroina o morfina.

Il trattamento di disintossicazione consiste invece nel somministrare per un periodo

di tempo inferiore a 21 giorni uno stupefacente a dosi decrescenti per attenuare gli effetti fisiologici e psicologici negativi dovuti alla crisi da astinenza e con l'obiettivo di condurre l'individuo, in questo arco di tempo, ad uno stato di completa disintossicazione fisica.

In Unione Sovietica con il decreto n. 522 del 25 aprile 1974 del Presidium del Soviet supremo si afferma che le persone che sono affette da una tossicomania sono tenute a sottostarsi ad un trattamento nelle istituzioni di cura e di prevenzione. Gli ammalati che rifiutano questo trattamento sono ricoverati in un centro di cura

e di lavoro dove sono sottoposti ad un trattamento obbligatorio per un periodo che va da 6 mesi a 2 anni.

In Svezia a partire dal 17 luglio 1974 un decreto della direzione della previdenza sociale elenca gli stupefacenti che sono sottoposti ad un riserbo di trattamento a dispetto di un trattamento a base di stupefacenti nei servizi sanitari di prevenzione e di cura. L'unico programma di trattamento con metadone è quello del centro di ricerca sulla tossicodipendenza della clinica neuropsichiatrica di Uppsala e riguarda un numero molto limitato di tossicomani criminali che in alternativa alla detenzione carceraria optano per il trattamento metadonico.

Nella Repubblica Democratica Tedesca le persone che in seguito ad un esame psichiatrico sono diagnosticate tossicomane vengono iscritte in un apposito registro speciale. I farmaci che contengono stupefacenti non possono essere rilasciati ai tossicomani per l'autoamministrazione a diritto di prescrivere medicinali contenuti in questi registri è ritirato a quei medici che risultano essere tossicomani.

Nelle biblioteche a parlare della battaglia antidroga

Una esperienza compiuta in una città industriale con la proiezione di film, di videocassette e con discussioni concrete

Dopo la disintossicazione i trattamenti terapeutici più comunemente usati sono: psicoterapia individuale o di gruppo, comunità terapeutica, gruppo-famiglia, centri aperti.

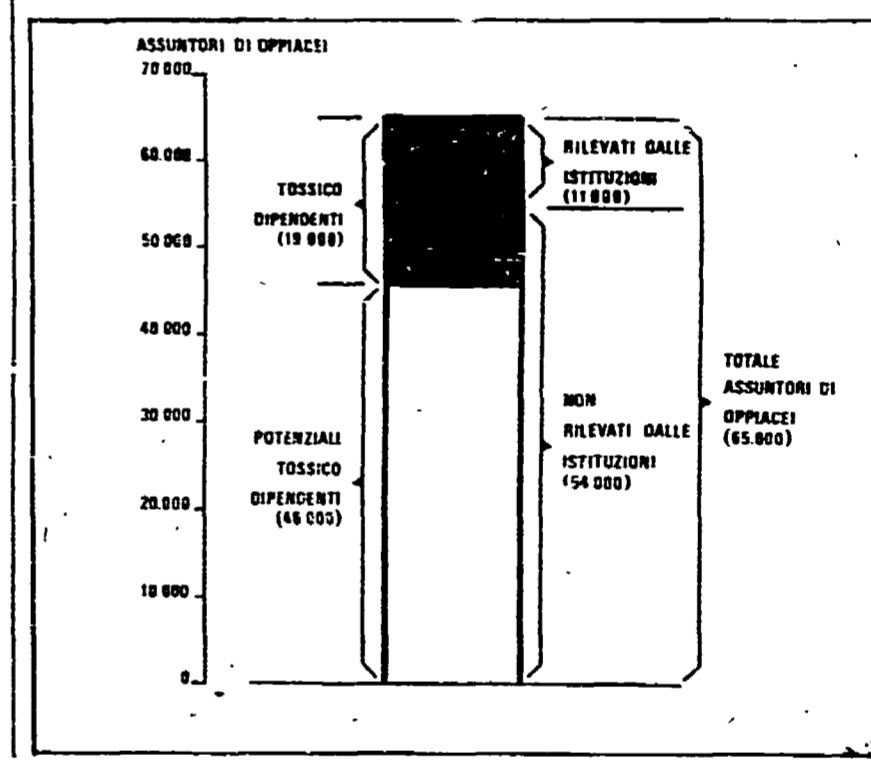
Un centro aperto è un centro di riferimento per altri tossicomani che vogliono fare un serio tentativo di emancipazione e di indipendenza dalla droga. La vita all'interno è regolata da un contratto mediante il quale il tossicomane si impegna a non drogarsi fino a quando sta nel gruppo-

famiglia. C'è quasi sempre un sostegno psico-sociale realizzato mediante incontri giornalieri con psicologi ed educatori i quali in genere non fanno parte del gruppo-famiglia.

La comunità terapeutica a regime aperto o vincolato è per i tossicomani che hanno un indice molto elevato di reinserimento. Il tossicomane sottoscrive all'inizio, subito dopo la disintossicazione, un impegno a rispettare tutte le fasi del progetto terapeutico, pena l'espulsione dalla comunità. Le comunità aperte, dove questo impegno non è richiesto, spesso si riducono a funzionare come i centri aperti. Elemento comune a tutte le comunità, variamente orientate, è un'organizzazione meticolosa della giornata i cui ritmi e scadenze debbono essere puntualmente rispettati e soprattutto la partecipazione degli operatori come protagonisti delle esperienze collettive.

La psicoterapia individuale o di gruppo ha maggiore successo per quei tossicomani che sono ancora alle prime esperienze di consumo abituale di droga e che non hanno una personalità fortemente deteriorata; vi accedono anche quei tossicomani che sono in uno stadio avanzato di emancipazione.

In tali casi la psicoterapia permette di lavorare sui componenti emotivi e relazionali del tossicomane spostando la dipendenza dalla droga verso il terapeuta e da qui agendo per la guarigione.



Come si aiuta il tossicomane: centri aperti e gruppi-famiglia

La trasmissione di esperienze collettive da parte degli operatori

La prevenzione della tossicomania passa anche attraverso una corretta ed efficace opera di informazione della popolazione su tutti gli aspetti che concorrono a determinare la diffusione della droga.

Su questo, come su altri terreni, un'informazione parziale e settoriale rischia di rappresentare in termini riduttivi e minimizzanti un problema che ormai tocca decine di migliaia di famiglie.

Le metodologie che in genere vengono usate dai vari servizi socio-sanitari o dagli Enti locali per informare la popolazione variano da situazione a situazione: si passa dalle assemblee che coinvolgono molte persone ed organismi, agli incontri mirati con un gruppo di giovani a rischio di droga, alla formazione di gruppi di discussione nei quartieri maggiormente interessati al problema, alle classiche tavole rotonde in cui esperti di diverse formazione (economisti, magistrati, medici, psicologi, sociologi) spiegano la complessità del fenomeno.

Ovviamente queste sono tutte metodologie che ancora conservano una loro validità ma che non il limite di basarsi essenzialmente sull'uso della parola, un uso, va detto, che

molto spesso sovrappone nell'abuso dando luogo a disinteresse, scarsa attenzione.

Vi sono anche nuovi criteri informativi che sempre più trovano un largo impiego: essi sono quelli che si basano sull'uso della immagine comunicata attraverso un film od una videocassetta. Recentemente è stata attuata a Sesto S. Giovanni a cura dell'Associazione dei genitori, del Comune e del Centro medico e di assistenza sociale della Provincia un'esperienza informativa di massa seguendo questi criteri metodologici. In ogni biblioteca di quartiere della città si proiettava un film oppure si osservava una videocassetta sul tema droga ed alla fine seguiva una discussione, orientata da esperti di differente formazione, su ciò che era stato visto.

A chiusura dell'iniziativa si avevano i seguenti risultati: in media si registrava un maggiore indice di presenza rispetto al dibattito tradizionale; si riscontrava un maggiore coinvolgimento della popolazione nella discussione; una diminuzione degli interventi di carattere ideologico a favore di quelli tecnico-pratici; una maggiore capacità di ascolto da parte dei cittadini.

sete d'estate?

sete di ESTATHÉ

certo, Estathé disseta, non è gassato ed è senza coloranti. E' squisito thè al limone, in una confezione igienica e comodissima. Portalo con te e bevilo quando vuoi: Estathé disseta sempre, anche non ghiacciato. Estathé per la sete d'estate.

Disseta e... non è gassato!

FERRERO