

**UNO STUDIO DI FOLLOW-UP SU 545 EROINOMANI
AMMESSI IN COMUNITÀ RESIDENZIALE TRA IL 1980 E IL 1992**

Annibale Cois, Laura Ganadu, Salvatore Morittu
Associazione Mondo X - Sardegna CAGLIARI ITALY

Riassunto

Questa ricerca prende in considerazione la totalità dei 545 eroinomani ammessi negli anni compresi tra il 1980 e il 1992 nelle comunità residenziali dell'Associazione Mondo X - Sardegna.

450 di questi (83%) sono stati direttamente o indirettamente rintracciati e intervistati nel periodo tra il giugno 1993 e il dicembre 1994. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario strutturato in grado di valutare la situazione di ogni soggetto rispetto all'uso di droga, trattamenti terapeutici, occupazione e studio, relazioni sociali, integrato da altre informazioni (riguardo, ad esempio, i problemi giudiziari). I dati dell'intervista sono stati verificati rispetto al parametro principale dell'uso di droghe, con un campione casuale, utilizzando fonti di informazione indipendenti: si è trovata una concordanza superiore al 90%, confermando così la sostanziale attendibilità dei dati forniti dagli intervistati. Come gruppo di confronto è stato utilizzato il sottocampione dei 174 *early dropouts* (permanenza ≤ 10 giorni). Gli esiti sono stati valutati e classificati secondo diversi parametri, con l'obiettivo di stabilire correlazioni tra i dati del follow-up, le variabili pre-trattamento (caratteristiche demografiche, durata della tossicodipendenza,...) e le variabili del percorso comunitario (permanenza, modalità di uscita dal programma, ...).

Abstract

***FOLLOW-UP STUDY OF 545 OPIOID ADDICTS
ADMITTED TO A RESIDENTIAL COMMUNITY BETWEEN 1980 AND 1992***

This study takes into account the whole population of the 545 opioid addicts admitted between 1980 and 1992 to the residential communities of the "Associazione Mondo X - Sardegna".

450 of these (83%) have been directly or indirectly located and interviewed between June 1993 and December 1994. For the data collection a structured questionnaire has been used to evaluate the status of each subject with regard to the drug use, treatments, employment and school, social relations; these data have been completed with other information (e.g. problems with the justice administration). The data of the interview have been checked with regard to the main indicator (drug use or abstinence), with a random sample, using independent information sources: an agreement greater than 90% has been found. This occurrence confirms the substantial reliability of the self-reported information. We have considered a comparison group: the sub-sample of the 174 early dropouts (time in treatment ≤ 10 days). The outcomes have been evaluated and classified according to various indicators, with the objective of establish correlation among the follow-up data, the pre-treatment variables (e.g. demographic and background characteristics, years of opioid use before treatment) and the in-treatment variables (e.g. time in treatment, type of termination).

Introduzione

La presente indagine, che si propone di verificare gli esiti dell'intervento delle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna attraverso il follow-up degli utenti che hanno intrapreso e concluso un trattamento negli anni 1980-1992, rientra nell'ambito delle ricerche volte a valutare l'efficacia di un trattamento per le tossicodipendenze con modalità omogenee a quelle dei principali studi presenti in letteratura.

Lo spirito di questo progetto è quello di conservare fortemente la dimensione all'interno della quale ci si chiede qual è il senso delle cose che si fanno, dimensione che ha caratterizzato sin dalle origini l'esperienza della comunità.

Una riflessione seria, fondata su osservazioni oggettive, oggi non solo è possibile ma è anche urgente: «... oggi alcune scadenze non sono più eludibili ed il privato sociale è costretto a confrontare l'originalità dell'esperienza italiana con il vento che soffia dal nord: prima ancora della traduzione delle politiche di riduzione del danno e del rischio, è necessario andare al confronto dei dati, portando i risultati, a distanza di tempo, di quella che è stata l'esperienza più tipica dell'Italia nell'intervento sulla tossicodipendenza: il movimento delle comunità terapeutiche » (Grosso, 1994).

Metodologia

L'impostazione di una ricerca di follow-up che si ponga l'obiettivo della confrontabilità deve tener conto fondamentalmente di quattro aspetti (Tidone, 1988) (Martin et al., 1989) (Catalano et al., 1991) (Ercolani et al., 1993):

1. i criteri di inclusione nei campioni da sottoporre a follow-up e il problema del gruppo di controllo;
2. la durata del periodo di follow-up e il punto a partire dal quale tale periodo viene misurato;
3. la/le definizioni di *successo* dell'intervento;
4. i modelli di analisi dei dati.

1) Il campione considerato include la totalità degli utenti che per la prima volta hanno intrapreso e concluso un programma di riabilitazione nel periodo compreso tra il 01.01.1980 e il 31.12.1992 riferendo come sostanza d'abuso principale l'eroina. Gli utenti che per una seconda o terza volta sono stati ammessi in comunità per un nuovo programma sono stati esclusi dal campione, e il nuovo programma è stato assimilato ad altra esperienza terapeutica.

L'ingresso in comunità è successivo a una fase di accoglienza che consiste in una serie di quattro-cinque colloqui con cadenza settimanale in cui vengono presentati e chiariti i termini del contratto (che prevede come unica possibilità la comunità residenziale, impedendo di calcolare l'indice di attrazione): il campione è quindi il risultato di una certa selezione (più passiva che attiva), i cui criteri sono difficilmente esplicitabili, ma che, comunque, si sono dimostrati non riconducibili a caratteristiche demografiche (Cois et al., 1993).

Il sottogruppo di coloro che hanno abbandonato il programma nei primi dieci giorni di permanenza (*early dropouts*) e che verosimilmente non hanno usufruito di alcun trattamento, è stato considerato come *gruppo di confronto*: non essendo infatti casuale l'assegnazione degli utenti al campione e a tale gruppo, quest'ultimo, a rigor di termini non può essere definito gruppo di controllo.

Questa stessa circostanza, ovviamente generale per motivi etici, classifica questa ricerca tra le quasi-sperimentali.

Le caratteristiche demografiche, di background, del percorso di tossicodipendenza e

comunitario sono ricavate dalle cartelle personali compilate al momento dell'ingresso nel programma e aggiornate durante l'esperienza comunitaria. Alcune omissioni sono state recuperate in fase di follow-up.

2) La durata del periodo di follow-up considerato, è compresa tra i sei mesi e i quattordici anni, calcolati a partire dalla conclusione del trattamento. La scelta di valutare il periodo di follow-up a partire dal termine piuttosto che dall'inizio del trattamento, anche se controversa in letteratura, è giustificata qui per le notevoli differenze relative alla permanenza in comunità e di conseguenza, del periodo a rischio, cioè del tempo in cui il soggetto si trova in un ambiente non protetto, con la concreta possibilità di scelta tra astinenza e non astinenza (*Martin et al., 1989*).

Per la raccolta dei dati gli utenti sono stati contattati e intervistati. Le interviste sono state realizzate, previo contatto telefonico, da operatori dei Centri di Accoglienza presso le sedi dell'Associazione per la maggior parte dei casi, a domicilio per alcuni. In pochi casi si è ricorsi all'intervista telefonica. Quando l'intervista diretta non è stata possibile si sono raccolte comunque informazioni indirette.

La scheda predisposta per la raccolta dei dati in forma strutturata è una elaborazione di quella proposta da Cancrini (*Cancrini, 1987*): è stata compilata dagli operatori a seguito di un colloquio della durata media di 60 minuti.

Il questionario valuta lo stato di ciascun soggetto rispetto all'uso di sostanze, trattamenti terapeutici, occupazione o studio e relazioni sociali. Questi dati sono stati completati con altre informazioni (per esempio problemi giudiziari).

3) Non esiste in letteratura una concordanza per il concetto di *successo* dell'intervento: i criteri per la individuazione dei risultati positivi variano in maniera sostanziale a seconda degli studi.

Con l'obiettivo di fornire dati confrontabili con più ricerche, in questo lavoro i risultati dell'intervento vengono riportati sia considerando il parametro fondamentale dell'astinenza (cioè nessun uso di sostanze stupefacenti né abuso di alcool) relativa al momento dell'intervista e al periodo passato, sia considerando altre aree (relazioni sociali, occupazione e studio, problemi con la giustizia) che nel loro insieme contribuiscono a meglio definire il cambiamento avvenuto.

Nel tentativo di approfondire la controversa questione dell'attribuzione del successo al trattamento piuttosto che ad altri fattori, si sono presi in considerazione i trattamenti terapeutici e i sintomi di tensione emotiva nel periodo successivo alla conclusione del programma.

Viene inoltre calcolato un punteggio composito (*Cancrini, 1994*) che riassume i dati relativi a tutte queste aree.

4) Per l'elaborazione dei dati sono stati impiegati gli opportuni modelli di analisi statistica a seconda della natura delle variabili e delle relazioni di interesse. L'esistenza o l'assenza di relazioni tra variabili va quindi intesa come statisticamente provata.

In particolare sono stati utilizzati il test *t* di Student per valutare la significatività delle differenze tra medie, il test del χ^2 per le tabelle di contingenza, il coefficiente di cograduazione τ_c di Kendall per le relazioni tra variabili su scala ordinale, il coefficiente di correlazione *R* di Pearson e il test di Fisher per l'analisi delle relazioni tra variabili misurate su scale a intervalli.

Il campione

Il campione è composto da 545 soggetti, di cui 483 maschi e 62 femmine (M/F=7.79).

Caratteristiche demografiche e di background

L'età media è di 24.32 anni ($\sigma=5.87$), in crescita approssimativamente lineare dai 20.7 anni del 1980-1981 ai 26.8 anni del 1992. La distribuzione complessiva è riportata in Fig.1.

Per ciò che riguarda lo stato civile, l'80% è rappresentato da celibi/nubili, il 15% da coniugati e solo il 5% da separati/divorziati. La grande maggioranza (81%) non aveva figli al momento dell'ingresso in comunità.

I genitori dei soggetti sono in gran parte viventi e conviventi (73%).

Il titolo di studio più frequente è la licenza media (55%), seguita dalla licenza elementare (27%), dal diploma di scuola superiore (10%). Come secondo le attese, la percentuale di soggetti che riescono a completare gli studi della scuola dell'obbligo è piuttosto bassa e sensibilmente inferiore alla media nazionale.

Soltanto il 9% degli utenti proviene da regioni diverse dalla Sardegna. Le provincie sarde più rappresentate sono Cagliari e Sassari, come logica conseguenza della maggior popolazione e della maggiore incidenza del fenomeno tossicodipendenza in tali provincie, oltre che della ubicazione dei centri di accoglienza dell'Associazione.

La Fig.2 rappresenta (per i 399 soggetti ammessi in comunità dal 1985, anno in cui si è cominciato a richiedere all'ingresso il test per l'Hiv), la percentuale di Hiv positivi per anno di ingresso, in evidente diminuzione nel tempo corrispondentemente a quanto rilevato negli altri servizi in Italia (*Ministero della Sanità, 1993*). L'assenza di indicazioni in alcune cartelle è stata ragionevolmente interpretata come uno stato di sieronegatività.

Caratteristiche della tossicodipendenza

La latenza media (il periodo che intercorre tra la prima assunzione di eroina e l'ingresso in comunità) è di circa 5.5 anni (66.7 mesi, $\sigma=43.15$). La Fig.3 ne mostra la distribuzione per classi. È maggiormente rappresentata la classe 5-10 anni, che raccoglie il 39% dei soggetti. Il valore medio varia crescendo dai 40.4 mesi del 1980-1981 ai 97.7 mesi del 1992.

L'età media di prima assunzione di eroina (differenza tra età all'ingresso e latenza) è di 18.8 anni ($\sigma=4.72$) e le sue variazioni negli anni sono limitate.

Il 42% degli utenti ha fatto l'esperienza del carcere per reati legati allo stato di tossicodipendenza; il dato non considera la durata della detenzione.

All'ingresso in comunità il 96% era libero, il 3% era agli arresti domiciliari, il rimanente 1% in affidamento in prova al servizio sociale.

Dalla totalità dei 545 utenti è stato casualmente estratto un campione (N=120), classificato a posteriori utilizzando le relazioni fatte dagli operatori dell'accoglienza in seguito ai colloqui, secondo le categorie previste dal DSM-III per la dipendenza da sostanze psicoattive (*American Psychiatric Ass., 1991*), e secondo la tipologia di tossicodipendenza proposta da Cancrini (*Cancrini, 1982*).

La classificazione è stata realizzata col metodo della doppia codifica cieca e la discussione comune dei casi dubbi, da due psicologi con esperienza di lavoro nel campo delle tossicodipendenze. La Fig.4 e la Fig.5 rappresentano i risultati di tale codifica: è da notare, in Fig.5, la scarsa consistenza del gruppo con dipendenza lieve. Per quanto riguarda le tipologie, si riscontrano sensibili differenze rispetto ad un altro studio riguardante un campione nazionale di 354 utenti (*Cancrini, 1994*). In particolare le differenze consistono in una minore prevalenza di tossicomanie traumatiche (3% contro il 12%) e una maggiore di tossicomanie sociopatiche (26% contro il 9%).

Caratteristiche del percorso comunitario:

La Fig.6 mostra la curva di ritenzione estesa su tre anni (che rappresenta la durata indicativa del programma). L'ordinata y di ogni punto di ascissa x di tale curva rappresenta

la percentuale di utenti ancora in trattamento dopo x mesi dall'inizio dello stesso. Tale curva è paragonabile con altre presenti in letteratura, come ad esempio quelle riportate da Bale (*Bale et al., 1984*) e da Berglund (*Berglund et al., 1987*).

Le possibili modalità di conclusione del trattamento sono:

<i>dropout</i> (DO)	=	abbandono nei primi 90 giorni;
<i>self-terminator</i> (ST)	=	abbandono oltre i 90 giorni;
<i>graduate</i> (G)	=	uscita concordata tra utente, famiglia e responsabili della comunità.

La categoria dei *dropouts* comprende gli *early dropouts* (EDO), con permanenza ≤ 10 giorni, e i *late dropouts* (LDO), con permanenza maggiore. La Fig.7 illustra le percentuali di utenti per ognuna di queste modalità.

Differenze tra maschi e femmine

Lo stato civile, i precedenti penali, la permanenza in comunità sono significativamente differenti per la popolazione maschile e femminile (χ^2 , $p < 0.001$ e t -Student con $p < 0.01$ per le medie della permanenza); la differenza sussiste (χ^2 , $p < 0.01$) anche per il numero dei figli.

In particolare le femmine sono in percentuale più elevata coniugate e con figli, hanno meno precedenti penali e trascorrono in comunità un periodo più lungo.

Non esistono differenze significative per provenienza, latenza, situazione giudiziaria all'ingresso, modalità di conclusione del trattamento (χ^2 , $p > 0.3$) e tra le medie delle età (t -Student, $p > 0.2$). Con probabilità inferiore si possono escludere relazioni tra sesso e titolo di studio ($p > 0.01$), stato in vita dei genitori e Hiv ($p > 0.05$).

Osservazioni sul gruppo di confronto

Il gruppo di confronto è costituito, come già accennato, dai 174 *early dropouts*.

Per quanto riguarda le variabili considerate non si riscontrano significative differenze rispetto al campione complessivo. Il test del χ^2 fornisce probabilità $p > 0.1$ per stato civile, figli, titolo di studio, provenienza, positività all'Hiv, classificazione DSM-III e tipologia di tossicodipendenza, e probabilità $p > 0.01$ per età, latenza, precedenti penali e situazione giudiziaria all'ingresso.

Reperimento

Dei 545 soggetti considerati, 450 (83%) sono stati direttamente o indirettamente rintracciati. A 287 di questi (53% del totale) è stata somministrata l'intervista, mentre per i restanti 163 questo non è stato possibile, per i motivi riportati in Tab.1.

La percentuale di reperimento sembra essere in linea con quanto riportato in letteratura, tenendo conto anche del fatto che, a differenza di altri studi di follow-up (come il DARP), non è stata prevista alcuna forma di compenso per la partecipazione all'intervista (*Simpson, 1982*). La percentuale dei reperiti è una funzione decrescente della lunghezza del follow-up: si passa dal 100% per il primo anno, al 90% per 1-5 anni, all'83% per 5-9 anni, per arrivare al 37% oltre 9 anni.

In generale il numero dei dati omessi in una scheda aumenta con il tempo di follow-up. Per l'utilizzo delle schede incomplete si è scelto il metodo della *pairwise deletion*, che consiste nell'eliminare la scheda dal calcolo di una statistica se il corrispondente dato non è disponibile.

La percentuale dei reperiti cresce inoltre con la permanenza in comunità ed è funzione della modalità di conclusione del trattamento: si passa dal 72% degli *early*

dropouts al 100% dei *graduates*. Ne consegue che i due gruppi reperiti/non reperiti differiscono rispetto alle modalità di uscita.

Sono inoltre significativamente differenti (al livello $p=0.01$) per età e permanenza (maggiori nei reperiti) e per titolo di studio (livello di istruzione più elevato nei reperiti). Non risultano differenze per ciò che riguarda stato civile, positività all'Hiv, latenza, classificazione secondo il DSM-III e secondo le tipologie di Cancrini, numero di arresti e pendenze penali.

Attendibilità

L'attendibilità dei dati forniti dagli utenti durante le interviste è stata verificata attraverso l'attribuzione di un punteggio al grado di partecipazione al colloquio, in base al confronto con altri elementi noti agli intervistatori per i loro continui contatti professionali coll'ambiente della tossicodipendenza, che si concretizza in un giudizio percentuale di concordanza, e attraverso controlli incrociati (per un sottocampione casuale) con altre fonti di informazione indipendenti (strutture sanitarie, altri servizi per le tossicodipendenze,...).

- 1) Secondo la valutazione degli intervistatori, il 79% dei soggetti partecipa attivamente e costruttivamente all'intervista, il 17% esprime un certo disagio, è laconico ma congruo in tutte le sue risposte, il 2% ha un atteggiamento passivo e, sollecitato, risponde malvolentieri e in modo incompleto, l'1% risponde con un atteggiamento costantemente ironico e squalificante, l'1% infine, evita accuratamente e attivamente di partecipare.
- 2) In base al confronto con altri elementi noti, gli intervistatori hanno valutato, per ogni soggetto, una percentuale di attendibilità, come da Tab.2. Considerando la variabile come continua, ne risulterebbe una attendibilità media dell'88%.
- 3) La concordanza rispetto al parametro principale dell'uso di droghe per il campione casuale (N=50) utilizzato per la verifica con fonti di informazione indipendenti è risultata del 92%.

Esiti

La Fig.8 mostra la distribuzione degli esiti secondo tre classi principali: *astinenza immediata* (astinenza evidenziatasi immediatamente alla conclusione del trattamento e protratta sino al momento dell'intervista), *astinenza differita* (astinenza negli ultimi 30 giorni, successiva ad un periodo di uso), *uso di sostanze stupefacenti* (qualunque uso di sostanze stupefacenti negli ultimi 30 giorni).

La tabelle 3, 4 e 5 suddividono ulteriormente tali classi.

Per quanto riguarda la costanza dei risultati, la Fig.9 mostra che l'andamento nel tempo delle tre classi considerate tende a stabilizzarsi dopo circa 5 anni di follow-up. Per il gruppo di confronto la percentuale elevata di non rintracciati per lunghi periodi di follow-up impedisce analoghe considerazioni. Questi dati portano a ritenere, nel dibattito sulla lunghezza ottimale del follow-up, che periodi sufficientemente lunghi (oltre i 4-5 anni) sono più adeguati per la valutazione dell'efficacia di un intervento rispetto a periodi più brevi in cui la situazione si mostra in rapida evoluzione.

L'esistenza di relazioni è stata ricercata tra l'astinenza (valutata in percentuale su tutta la popolazione e quindi considerando la non reperibilità come segno prognostico infausto), le principali variabili pre-trattamento (età, stato civile, figli, stato in vita dei genitori, titolo di studio, positività al test per l'Hiv, latenza e problemi giudiziari), e le variabili del percorso comunitario (permanenza e modalità di conclusione del trattamento).

L'unica relazione significativa per le variabili pre-trattamento è quella con il titolo di studio (χ^2 , $p < 0.001$): la percentuale degli astinenti cresce sensibilmente col livello di istruzione. Significative e prevedibili relazioni si evidenziano anche con la permanenza e con la modalità di conclusione (χ^2 , $p < 0.001$ per entrambe): la percentuale di astinenti è funzione approssimativamente lineare del primo parametro, e aumenta nel passaggio dalla categoria dei *dropouts* a quella dei *self-terminators*, a quella dei *graduates* (vedi Fig.10 e Fig.11). Relazioni analoghe esistono anche quando si considerano soltanto gli astinenti immediati che non hanno usufruito di ulteriori trattamenti e per i quali, quindi, il cambiamento dello stile di vita è riconducibile all'esperienza comunitaria.

Esaminando il gruppo dei 287 intervistati, questo differisce significativamente (al livello $p=0.01$) dal totale dei reperiti soltanto per ciò che concerne la permanenza (504 giorni in media per gli intervistati e 141 per gli altri) e la modalità di uscita (sono minori tra gli intervistati le percentuali di *dropouts* e maggiori quelle di *self-terminators* e *graduates*).

Per questo gruppo è possibile integrare i dati sull'astinenza con altri elementi. Le notizie raccolte fanno rilevare che solo il 26% mantiene rapporti regolari con la comunità (a sfatare la comune opinione che vede come frequenti forme di dipendenza dalla comunità), che il 40% ha avuto problemi sanitari (in massima parte legati allo stato di sieropositività) che nel 15% dei casi ha portato a ricoveri ospedalieri. Il 22%, infine, è incorso in nuovi problemi giudiziari.

La scheda utilizzata per l'indagine prevede inoltre l'attribuzione di un punteggio da 0 a 4 in ciascuna area esaminata e i punteggi maggiori indicano un miglior adattamento (Cancrini, 1994). La somma dei punteggi ottenuti in ciascuna area costituisce un indice composito i cui valori possono essere utilizzati per classificare gli esiti: punteggi più alti corrispondono a situazioni migliori.

L'analisi dei dati nelle aree della occupazione o studio e delle relazioni sociali al momento dell'intervista e dei sintomi di tensione emotiva nel periodo successivo all'uscita dalla comunità, mostra una significativa relazione tra l'appartenere a categorie più elevate nella scala che va dagli *early dropouts* ai *graduates* e il riportare punteggi più elevati (T_C rispettivamente uguali a 0.25 per l'occupazione, 0.31 per le relazioni sociali e 0.31 per i sintomi di tensione emotiva). Queste osservazioni confermano quanto rilevato a proposito dell'astinenza.

Calcolando i punteggi compositi con tutti i dieci items della scheda si ottiene una distribuzione che può essere messa in relazione con le altre variabili. La prima osservazione è che la media dei punteggi è significativamente maggiore nel campione rispetto al gruppo di confronto (27.2 contro 19.3, $p < 0.001$). Più in generale il punteggio composito è funzione crescente della durata del trattamento: a permanenze maggiori corrispondono punteggi medi più alti, con un coefficiente di correlazione $R=0.42$.

Conclusioni

I dati presentati evidenziano l'esistenza di significative differenze riguardo l'uso di droghe tra coloro che hanno proseguito o meno il trattamento: il 54% del campione risultava astinente al momento dell'intervista contro il 24% del gruppo di confronto. Se dagli astinenti si escludono coloro che, al momento dell'intervista, avevano in corso un qualche trattamento (prevalentemente erano inseriti in un programma residenziale) le percentuali si riducono rispettivamente al 41% e al 13%.

I risultati positivi sono funzione crescente della permanenza e aumentano sensibilmente nel passaggio dai *dropouts* ai *self-terminators* ai *graduates*. Questo risultato, in linea con quanto riportato in letteratura, è confermato anche dai parametri nelle aree dell'occupazione o studio, delle relazioni sociali e dei sintomi di tensione

emotiva, che risultano significativamente correlati alle stesse variabili permanenza e modalità di uscita.

Il non fare uso di droghe è quindi una condizione non indipendente da un benessere più complessivo che si concretizza in una realizzazione di sé in altre aree: ciò sembra confermare i presupposti dell'intervento delle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna, che punta ad una presa in carico globale della persona tossicodipendente, con obiettivi che vanno al di là della remissione del sintomo.

La validità statistica delle relazioni esposte (in particolare riguardo all'astinenza e alla presenza/assenza di sintomi di tensione emotiva) anche in riferimento al sottogruppo di coloro che non hanno seguito nessun programma riabilitativo ulteriore rafforza l'ipotesi che ci sia un rapporto di causa-effetto tra intervento comunitario e risultati positivi: l'assegnazione non casuale degli utenti al gruppo di confronto non permette comunque di escludere, qui come d'altronde in altri lavori, che tali risultati siano frutto del fenomeno dell'autoselezione. Le variabili pre-trattamento considerate in questa ricerca non hanno però permesso di evidenziare quali possano essere i criteri di questa selezione: se selezione quindi esiste, questa deve essere ricondotta a variabili più complesse, come le caratteristiche di personalità o la motivazione al cambiamento. Questa ipotesi sembra confermata da alcuni studi sui fattori che influenzano la ritenzione in programma, effettuati sia su un campione di utenti delle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna (*Congia, 1988*) sia su altre strutture (*Condelli et al., 1993*) (*Toumbourou et al., 1993*).

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Ass. (1991), *DSMIII-R Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- 2) Bale R.N. et al., (1984), Three therapeutic communities, *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol 41.
- 3) Berglund G et al., (1987), The SWEDATE project. Interaction between treatment, client background and outcome in one year follow up, Karolinska Institute,Stockolm.
- 4) Cancrini L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*, NIS, Roma.
- 5) Cancrini L. et al. (1987), La cartella clinica nel servizio per tossicodipendenti: verso una razionalizzazione degli interventi , *Marginalità e Società*, 3.
- 6) Cancrini L. (1994), Tipologia e trattamento delle tossicodipendenze, In: Onnis L., Galluzzo W., *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma.
- 7) Catalano et al. (1991), Evaluation and effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention, *Int. Journal of the Addictions*, 25(9A & 10A).
- 8) Cois A. et al. (1993), Follow-up di 12 anni delle Comunità Mondo X - Sardegna: metodologia e dati preliminari, *III Convegno Regionale dei Ser.T.*, Sassari.
- 9) Condelli W.S. et al., (1993), Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities, *Journal of substance abuse treatment*, vol. 10.
- 11) Congia P (1988), Analisi delle differenze di personalità fra DROP-OUT, NON-DROP-OUT e "Residenti Anziani" in un campione di tossicodipendenti inseriti in tre comunità Terapeutiche della Sardegna, *Rivista N.P.S*, Volume VIII, N°6.
- 12) Ercolani et al. (1993), *La ricerca in psicologia*, NIS, Roma.
- 13) Grosso L. (1994), Ruolo delle comunità residenziali e del volontariato sociale dopo le modifiche prodotte dal referendum, *Boll. per le Farmac. e l'Alcool.*, 2.
- 14) Martin G.W., Wilkinson A. (1989), Methodological issues in the evaluation of treatment of drug dependence, *Advances in Behaviour and Therapy*, 11.
- 15) Ministero della Sanità (1993), Diffusione dell'infezione da virus della immunodeficienza umana (Hiv) e da virus dell'epatite B (Hbv) tra i tossicodipendenti in Italia: 1990-1992, *Boll. per le Farmac. e l'Alcool.*, 3-4.
- 16) Simpson D.D., Marsh K.L. (1986), Relapse and recovery among opioid addicts 12 years after treatment, In: Tims F. e Leukefeld (a cura di), *Relapse and recovery*, NIDA Research monograph 72,NIDA.
- 17) Simpson D.D. et al. (1992), Six-year follow-up of opioid addicts after admission to treatment, *Arch. Gen. Psychiatry*, 39.
- 18) Tidone L. (1988), I criteri di valutazione quantitativa e qualitativa nella terapia della tossicodipendenza, *Marginalità e Società*, 5.
- 19) Toumbourou J. et al., (1993), Perceived client and program moderators of successful therapeutic community treatment for drug addiction, *The Int. Journal of the addiction*, 28.

Figure

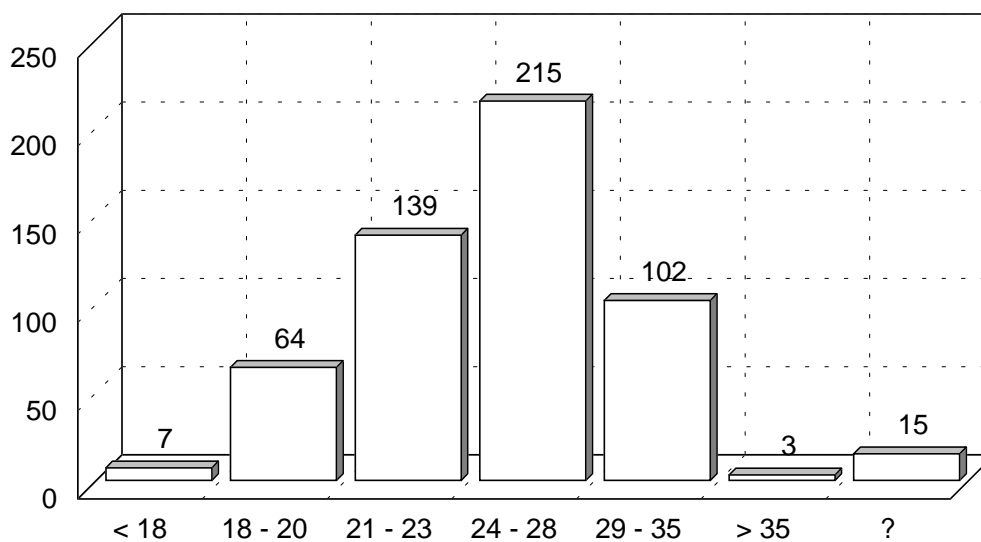


Fig. 1: Distribuzione per classi di età

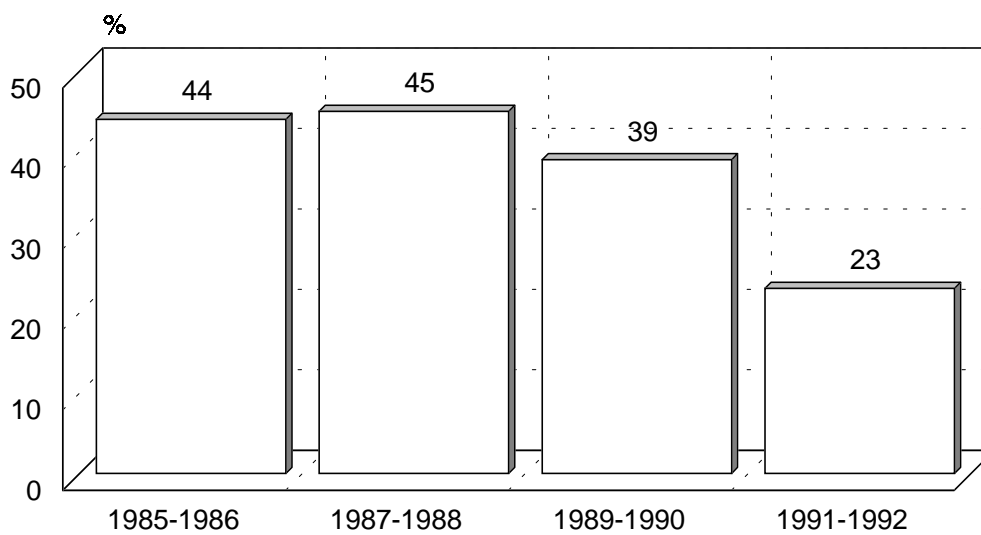


Fig. 2: Prevalenza HIV+ tra i nuovi ingressi

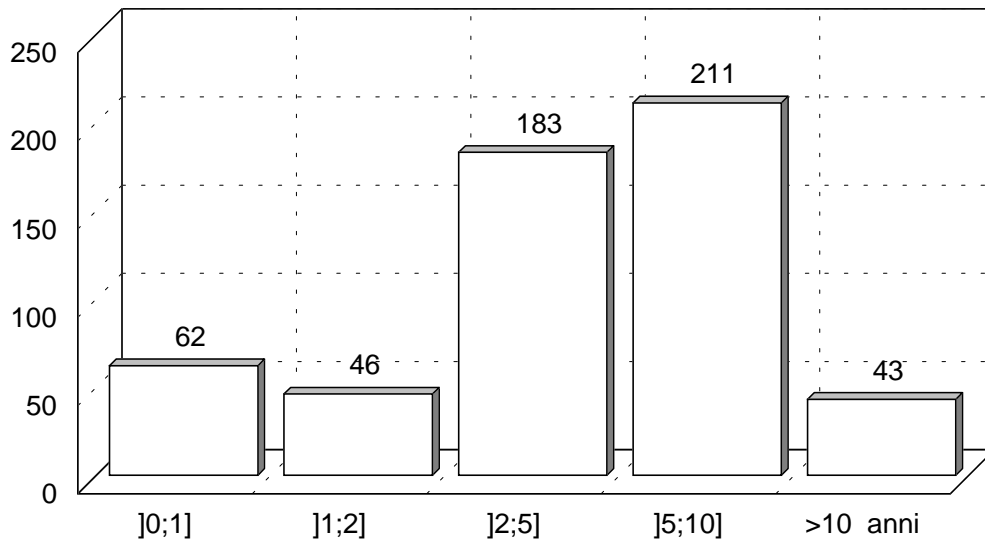


Fig. 3: Distribuzione per classi di latenza

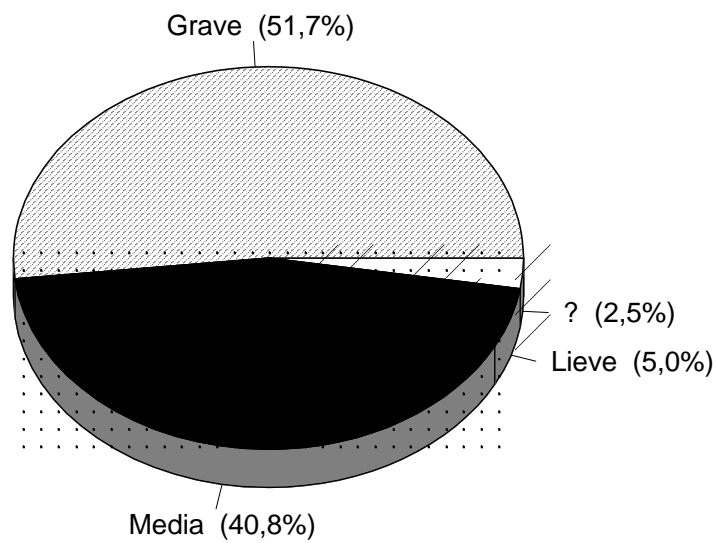


Fig. 4: Gravità della dipendenza (DSM III-R)

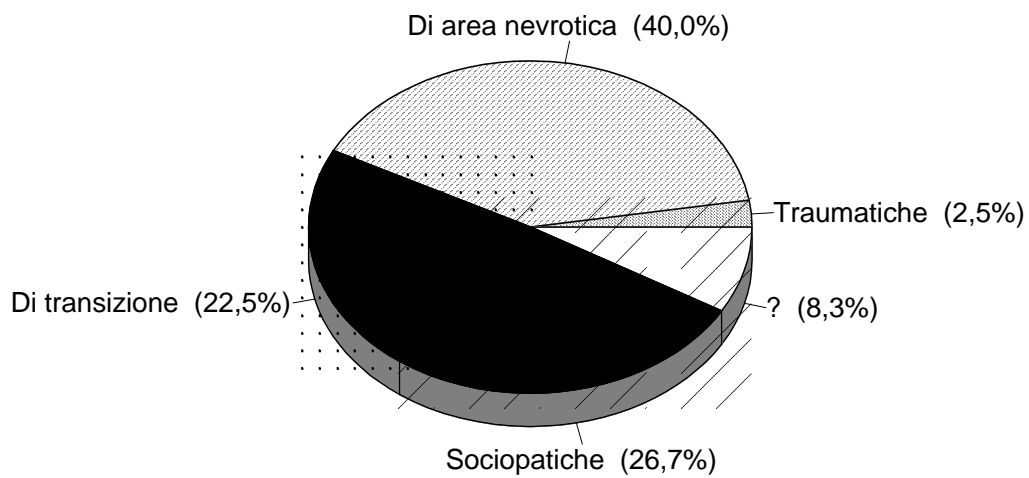


Fig. 5: Tipologia di tossicodipendenza

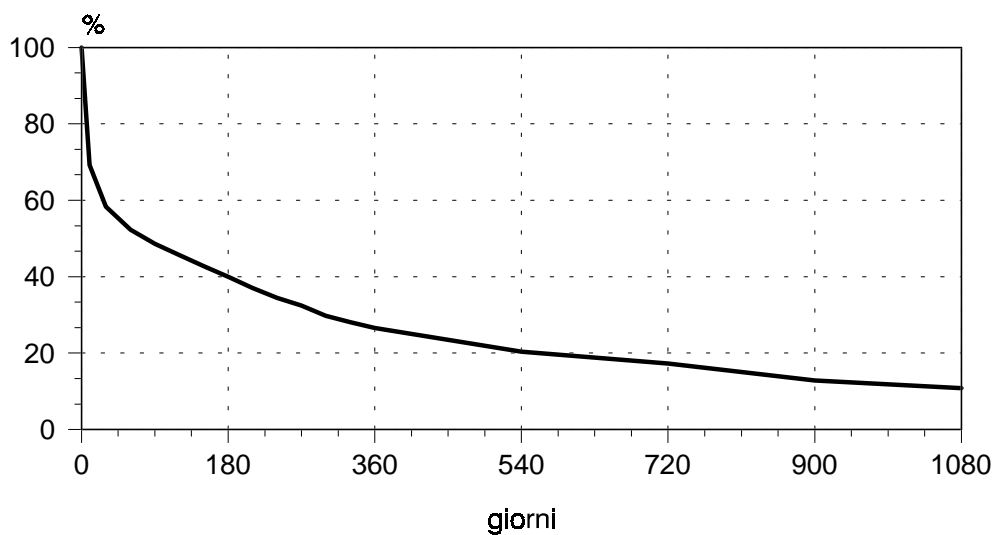


Fig. 6: Curva di ritenzione

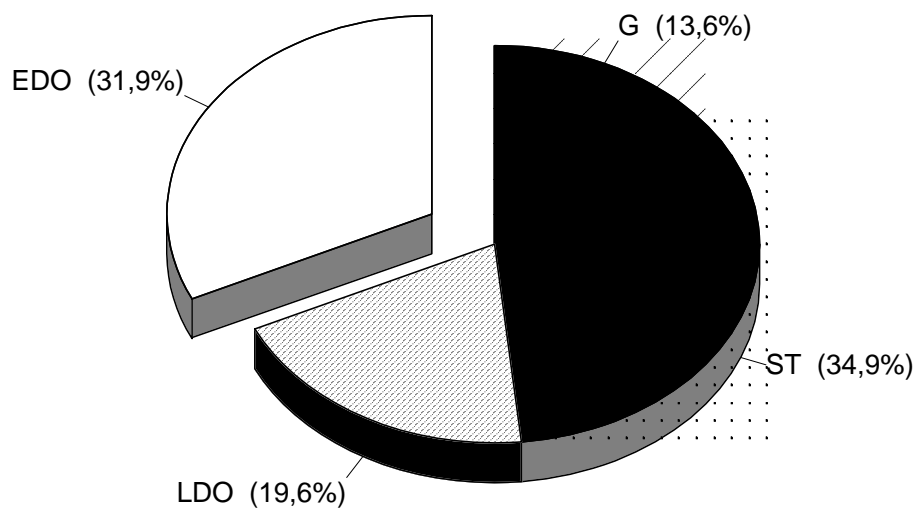


Fig. 7: Modalità di conclusione del trattamento

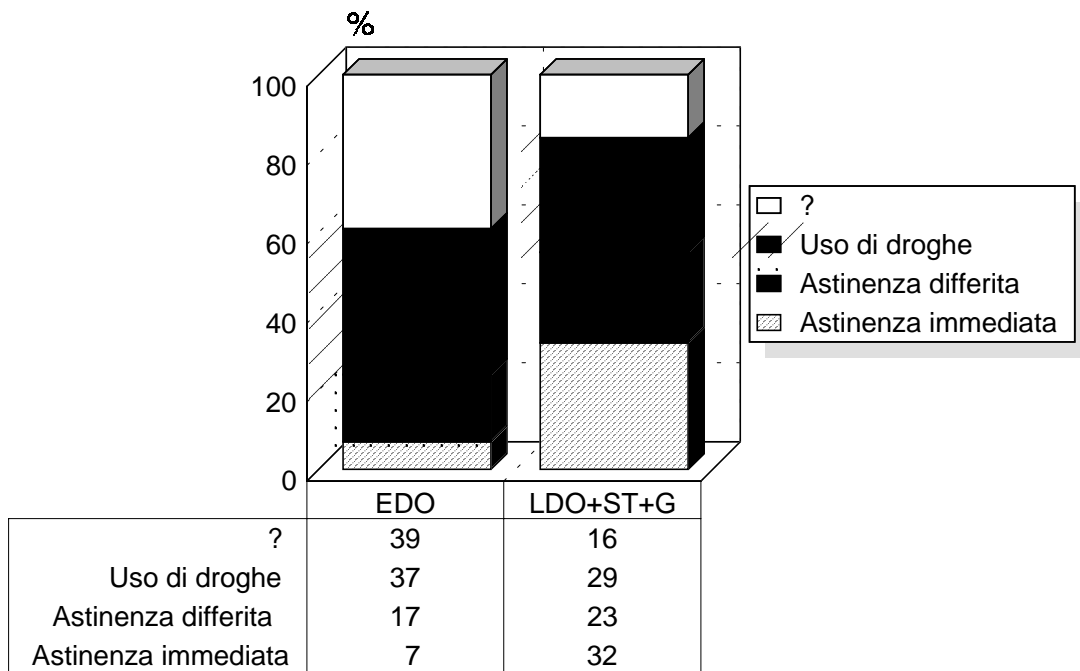


Fig. 8: Esiti per EDO e per LDO+ST+G

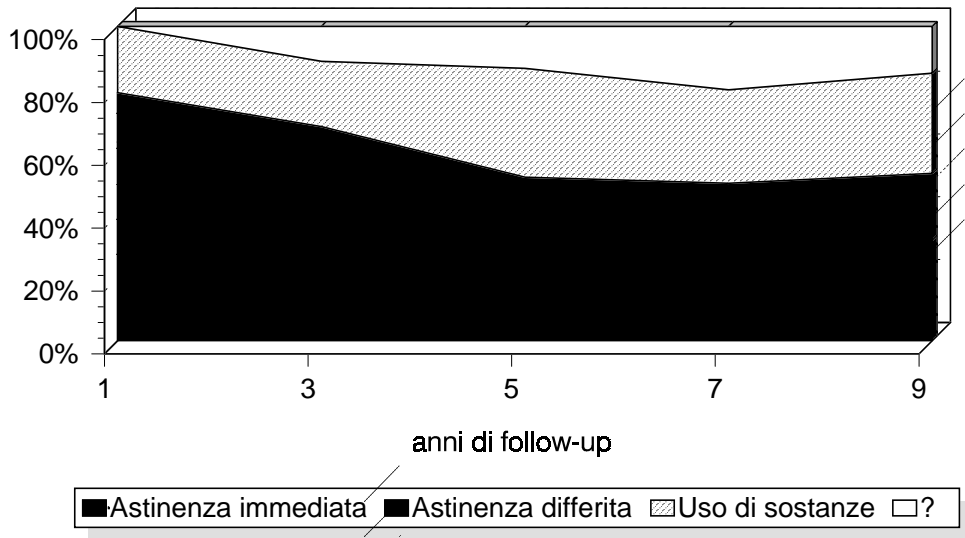


Fig. 9: Esiti per LDO+ST+G per lunghezza di follow-up

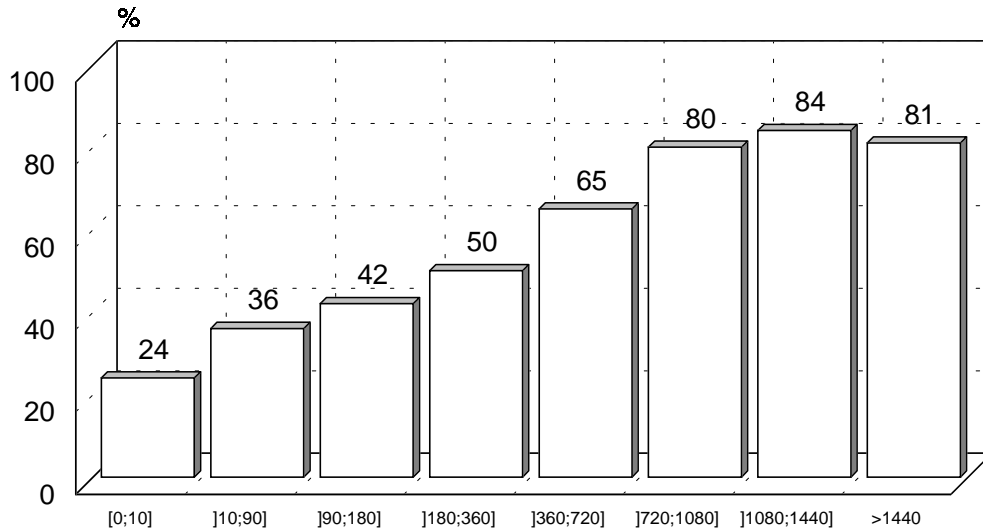


Fig. 10: Astinenti per periodo di permanenza

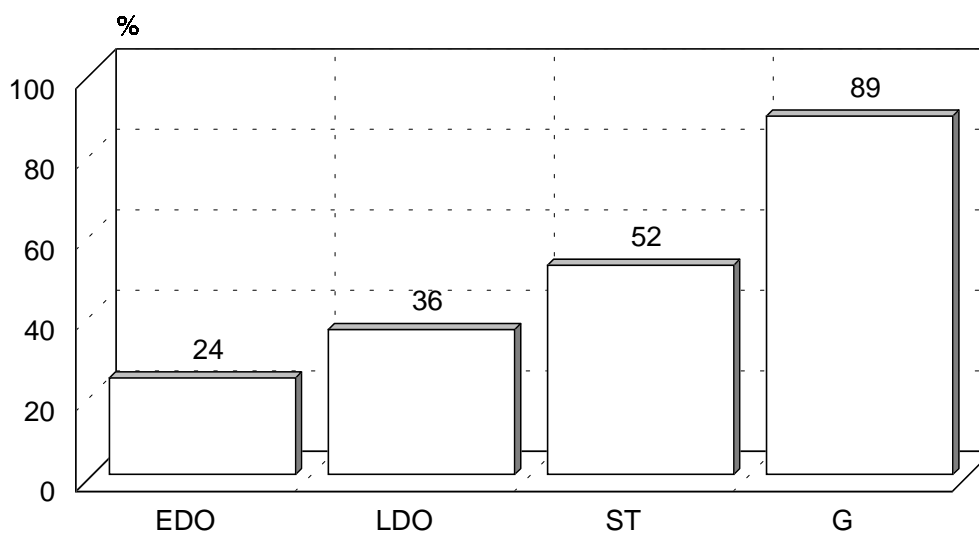


Fig. 11: Astinenti per modalità di conclusione del trattamento

MOTIVO	N
Deceduti	62
Informazioni indirette insufficienti	33
In comunità	30
In carcere	19
Trasferiti in altre regioni/stati	10
Non disponibili	7
Altre	2

Tab. 1: Cause di non somministrazione dell'intervista

% ATTENDIBILITÀ	N
100 %	176
75 %	76
50 %	33
25 %	2

Tab. 2: Percentuale di attendibilità

CLASSE	EDO (N=12)	LDO+ST+G (N=117)
Senza successivi trattamenti	8	104
Con successivi trattamenti conclusi	2	7
In trattamento	2	6

Tab. 3: Astinenza immediata

CLASSE	EDO (N=29)	LDO+ST+G (N=87)
Senza successivi trattamenti	2	16
Con successivi trattamenti conclusi	9	26
In trattamento	17	44
?	1	1

Tab. 4: Astinenza differita

CLASSE	EDO (N=65)	LDO+ST+G (N=106)
Senza successivi trattamenti	7	17
Con successivi trattamenti conclusi	17	24
In trattamento	16	33
?	25	32

Tab. 5: Uso di sostanze