

Eduardo Paolini\*

# El modelo sociosanitario italiano en la gestión de las toxicodependencias\*\*

## RESUMEN

*En el presente trabajo se pretende realizar una aproximación al estado actual del modelo sanitario italiano utilizado para hacer frente al problema de las toxicodependencias. Se toman como referencia: documentación general sobre el tema, datos estadísticos proporcionados por el Gobierno y un estudio de campo de los servicios públicos y privados más representativos en regiones y ciudades cualitativamente desarrolladas.*

*Quedan esbozados los aspectos más destacados del marco jurídico, la organización de la infraestructura sanitaria, las características particulares de las instituciones observadas y algunos datos epidemiológicos de interés; se concluye con un somero análisis de los elementos centrales del sistema poniendo especial énfasis en lo relativo a la utilización de los métodos grupales en el abordaje del problema.*

## SUMMARY

### The Italian Social Health Care Model for dealing with drug addicts

*The purpose of this paper is to take a closer look at the current state of the Italian health care model which is used to confront the problem of drug addiction. The following has been used as a reference: general documentation on the subject, statistical data provided by the Government and a study that was carried out in the field of the public and private services that were considered most representative in the qualitatively developed regions and cities.*

*The most notable aspects within the legal framework are outlined, the organization of the health care infrastructure, the particular characteristics of the institutions observed and some epidemiological information of interest; it is concluded with a brief analysis of the main elements of the system placing special emphasis on that which is relative to these group methods in the approach to this problem.*

**L**a elección de Italia para llevar a cabo una investigación en torno a las toxicodependencias se debe a la existencia de algunas impor-

tantes analogías con España en caracteres sociales y culturales, así como la correspondencia en datos epidemiológicos de enfermedades colaterales. Al mismo tiempo, el sistema creado por este país tiene un diseño muy anterior y está comparativamente más evolucionado que el español, principalmente en las regiones del norte (Veneto y Emilia Romagna), que han sido las privilegiadas en el estudio de campo. Por todo ello, pensamos que puede ser un mo-

(\*) Correspondencia: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Canto Blanco, 28049 Madrid.

(\*\*) Este trabajo forma parte de la investigación realizada en Italia (1987), gracias a una bolsa postdoctoral de estudios otorgada por la Dirección General de Política Científica, Plan de Formación del Personal Investigador. Ministerio de Educación y Ciencia.

delo de referencia útil para los especialistas españoles.

Para la información epidemiológica se han tomado como datos de base los proporcionados por los organismos oficiales (calculados sobre todo el territorio italiano). Para la elaboración de las conclusiones se ha tomado como referencia la observación realizada en un conjunto de instituciones que corresponden a las iniciativas públicas y privadas de una región o ciudad previamente determinada. Los centros visitados (cuya relación se adjunta en el Apéndice) pueden ser agrupados de la siguiente manera:

1. Servicios Médicos y de Asistencia Social (pertenecientes a la red del Sistema Sanitario Nacional y creados según el marco de la ley 685/75) (10 servicios).
2. Comunidades Terapéuticas (públicas y privadas) (9 centros).
3. Cooperativas de trabajo e iniciativas de reinserción laboral (públicas y privadas) (6 centros).
4. Servicios Psiquiátricos y Centros de Higiene Mental (públicos) (5 servicios).
5. Centros oficiales dedicados a la prevención primaria (educativos y sanitarios) (2 centros).
6. Centros de planificación, investigación y formación (8 centros).
7. Institutos de formación especializada en grupos y toxicodependencia (privados) (4 institutos).

Un objetivo adicional de este trabajo ha sido estudiar la utilización de métodos grupales en la coordinación de

equipos interdisciplinarios, tema que ha sido objeto de otra publicación<sup>1</sup>; por esta razón, se ha privilegiado el registro de datos relativos a la organización y funcionamiento de cada equipo en el cumplimiento de su tarea y a la «dinámica» natural de cada grupo.

La información ha sido recogida en base a un esquema de observación constituido por: una entrevista individual con el responsable o delegado del servicio; una entrevista con el grupo de profesionales implicados (en los casos en que fue facilitada); observación no participante del funcionamiento general del centro, y documentación sobre los datos estadísticos elaborados por su propio sistema.

Somos conscientes de que la amplitud del objetivo y el procedimiento utilizado para conseguirlo implica necesariamente un sesgo en la interpretación de los resultados al que se debe sumar la escasa disponibilidad de algunos responsables de centros privados a la hora de proporcionar información. Por estas razones, sólo se pretende ofrecer una somera visión, a modo de reflexión, sobre algunos aspectos regionales del modelo socio-sanitario italiano en la asistencia al toxicodependiente.

#### Recogida de datos (información analizada)

- a) El marco legal nacional y las particularidades regionales y locales específicas sobre drogodependencias.
- b) Información epidemiológica nacional y características sociodemográficas de la región y ciudad en cuestión.
- c) Historia, composición profesional,

métodos de organización, supuestos teóricos de referencia y filosofía general del servicio visitado.

- d) Sistemas informáticos y diseños de programas de registro para la investigación epidemiológica.
- e) Sistemas de prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la heroíno-dependencia y enfermedades colaterales.
- f) Métodos para la recogida de información clínica, para el diseño de indicaciones terapéuticas y confección de programas.
- g) La utilización del grupo en su dinámica natural o como método en el tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes.

## EL MARCO LEGAL

La normativa italiana en materia de estupefacientes presenta claras influencias de la legislación internacional en este tema<sup>2</sup>. La evolución que el fenómeno comenzaba a tener en la década de los setenta se reflejó en la adopción del protocolo de enmiendas de la Organización de las Naciones Unidas (Ginebra, marzo de 1972).

Paralelamente, el problema se introdujo en la legislación interna, que establecía una distinción fundamental entre consumidor, vendedor y traficante de droga. El primero deja de ser considerado como un delincuente o criminal y pasa a ser contemplado como una persona necesitada de asistencia médica, psicológica y social. En este sentido, los toxicómanos procesados deben someterse a curas o tratamientos de recuperación. La ley prevé asimismo la despenalización del consumo personal de cualquier sustancia siempre que su tenencia no exceda una cantidad no especificada; de esta manera, el com-

portamiento adictivo pierde la naturaleza de ilícito penal, pero queda regulado por el ordenamiento civil o administrativo.

La ley 685/1975 («Disciplina de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Prevención, cura y rehabilitación del estado relativo a la toxicodependencia».)<sup>3</sup>, hoy en estudio para su modificación/sustitución por considerarla superada en algunas de sus partes, resulta incompleta en su filosofía de fondo y poco operativa a nivel nacional (LABOS, 1986)<sup>4</sup>, prevé la creación de servicios públicos específicos y especializados destinados en primera instancia a los tóxicodependientes que acuden a ellos voluntariamente o por mandamiento judicial para ser tratados o en algunos casos derivados a otros centros privados concertados (Comunidades Terapéuticas o Cooperativas).

Las disposiciones relativas al tratamiento de recuperación (arts. 95 y siguientes)<sup>3</sup> señalan que éste es en principio voluntario, pudiendo el toxicómano elegir el lugar de la cura y los médicos, así como gozar, si lo desea, del anonimato en las relaciones con las personas encargadas de la dirección del centro terapéutico. La obligatoriedad del tratamiento está sólo prevista en los casos de renuncia o interrupción de la terapia por parte del sujeto reconocido como necesitado de asistencia médico-social (art. 100). Aunque contra el tratamiento coactivo se han hecho numerosas y fundamentadas críticas, los que aplican la justicia esgrimen como argumento de referencia la definición de 1961, donde se declara a la toxicomanía como una enfermedad social ante la que el Estado no puede desinteresarse.

Posteriormente a la promulgación de la ley 685, diversos decretos y disposiciones normativas del Ministerio de Sa-

nidad han regulado de manera progresiva los aspectos concernientes al tratamiento con metadona, analgésicos y morfina<sup>5, 6, 7</sup>, restringiéndolos en 1984<sup>8</sup> a períodos breves de uso. De la misma manera, se ha reglamentado sobre la prevención<sup>9, 10</sup> y el control del estado general de salud del toxicodependiente<sup>11</sup>. Más recientemente, y como respuesta a la realidad social, se han establecido cauces de información sanitaria relativos al uso de cocaína<sup>12</sup> y medidas de prevención de la difusión del SIDA en la población adicta a la heroína<sup>13</sup>.

Esta normativa ha marcado un paso importante en el desarrollo italiano hacia una consideración moderna y realista del fenómeno de la droga. Se trata, en definitiva, de un complejo de disposiciones, una filosofía y un marco legal todavía incompleto, ya que su acontecer ha dependido sobre todo de factores organizativos y de la voluntad operativa del poder público (estatal y regional), así como de la capacidad de los equipos responsables de los centros de recuperación.

#### INFRAESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN SOCIOSANITARIA

El Sistema Sanitario Nacional, que

entró en vigor con la Ley de Reforma Sanitaria de 1978 (tres años posterior a la promulgación de la ley 685), y que significó una ruptura, sobre todo con el sistema psiquiátrico tradicional, atribuye importantes tareas legislativas y programáticas a las regiones; éstas operan en base a grandes centros sanitarios (Unidad Sanitaria Local —USL—), que están distribuidos por todo el territorio italiano. A las UUSLL les está confiada la responsabilidad de gestión de todos los servicios sanitarios y sociales, incluidos los dedicados a la toxicodependencia, es decir, que los servicios especializados (SMAS/CTST) operan a través de ellas.

La organización sanitaria cuenta con una red de aproximadamente 734 servicios de asistencia al toxicodependiente<sup>14</sup> (ver cuadro 1: distribución territorial de las estructuras públicas, y cuadro 2: distribución territorial de comunidades terapéuticas), lo que la convierte en una de las más desarrolladas de Europa. La legislación dispone que los servicios públicos funcionen de forma multidisciplinaria para, de esta manera, suministrar la asistencia sanitaria, psicológica y social necesitada por cada sujeto en particular; así, se pretende superar el modelo exclusivamente sanitario.

**Cuadro 1. Distribución territorial de las estructuras públicas**

Area territorial	N.º	Increment. % (*)
Noroeste	168	25,4
Nordeste	92	5,7
Total norte	260	17,6
Centro	107	7,0
Sur	56	1,8
Islas	31	-8,8
Total nacional	454	10,7

Fuente: elaboración SMAS, ULSS 25. Verona, 1986<sup>15</sup>.

**Cuadro 2. Distribución territorial comunidades terapéuticas.**

Area territorial	N.º	Increment. % (*)
Noroeste	124	25,2
Nordeste	70	42,8
Total norte	194	31,1
Centro	50	25,0
Sur	21	110,0
Islas	15	114,3
Total nacional	280	36,6

Fuente: elaboración SMAST, ULSS 25. Verona, 1986.<sup>15</sup>

(\*) El incremento de porcentaje de las estructuras censadas está calculado a partir del censo precedente del Observatorio Permanente del 15/6/1984.

La investigación del CENSIS (Ministerio del Interior. Roma, 1984)<sup>14</sup> sobre la difusión de la toxicodependencia y la cantidad y calidad de las acciones públicas italianas a este respecto pone en evidencia una estrategia de intervención muy diversa entre el servicio público y las comunidades terapéuticas o servicios privados en general, ya que cada estructura tiene sus propias peculiaridades tanto en el tipo de oferta, en la formación de sus trabajadores, como en el abordaje del problema<sup>16</sup>.

Según datos del Ministerio del Interior<sup>14</sup>, los servicios públicos representan aproximadamente el 69% del total de los servicios existentes sobre el territorio, y las comunidades terapéuticas y otros centros de gestión privada, aproximadamente el 23,5%. La distribución de los servicios, considerada en su conjunto, no es homogénea, y su número es mayor en las regiones septentrionales y centrales (Piamonte 16,8%; Toscana 11,9%; Veneto 9,3%) y menor en las meridionales e insulares. Las regiones que presentan un mayor número de concentración de comunidades terapéuticas son Emilia Romagna (18,9%) y Veneto (15,1%).

Para la realización de los programas destinados a los toxicodependientes se cuenta con una variedad de recursos

desarrollados por cada región para este fin; muchas de ellas elaboran «proyectos objetivos» para afrontar la programación y organización de la gestión del problema en base a las exigencias particulares del territorio, y que incluyen tanto iniciativas públicas como privadas en régimen de concierto.

Como extensión del servicio sanitario nacional se han constituido en cada región los siguientes órganos:

1. Comité Regional para la prevención de la toxicodependencia, que realiza las tareas de organización y control regional sobre los organismos y entes habilitados para la prevención, cura y rehabilitación; se encarga asimismo de la recogida y evaluación de los datos epidemiológicos.
2. Uno o más centros de asistencia sociosanitaria especializados en toxicodependencias (SMAST/CTST), constituidos según la necesidad local y que tienen por finalidad:
  - Brindar la ayuda especializada necesaria a los entes sanitarios locales (casas de cura, centros hospitalarios, médicos en general).

- Determinar la mejor terapia de desintoxicación o tratamiento sustitutivo.
- Efectuar las iniciativas idóneas para la mejor recuperación social del toxicómano.

### 1. Características de los Servicios Públicos (SMAST)

Estas instituciones, integradas en el Sistema Sanitario Nacional y creadas según el marco de la ley 685/75, están distribuidas de desigual manera en el territorio y se denominan bajo las siglas SMAST (Servicios Médicos y de Asistencia Social al Toxicodependiente), CTST (Centro de Tratamiento Socio Sanitario al Toxicodependiente) o nombres análogos según disposiciones regionales. Todos estos centros, de carácter gratuito, son el primer lugar al que acude el toxicómano (por voluntad propia o por indicación judicial) para someterse a un tratamiento subvencionado. Tienen como objetivo realizar una evaluación global del estado y situación del paciente y, en base a ello, establecer un programa terapéutico y rehabilitador adecuado a las características del usuario. Los programas diseñados, por lo general, incluyen una primera fase de desintoxicación (ambulatoria o en una unidad hospitalaria especializada), el apoyo psicofarmacológico, la asistencia social y la atención psicoterapéutica (psicoterapia individual, familiar y/o de grupo); en los casos en que las condiciones evaluadas así lo aconsejen (y esto se da en una cantidad significativa de ellos), se procede a la derivación a una comunidad terapéutica dependiente del propio servicio o supervisada por él. Habitualmente la última fase de un programa es la inserción en una cooperativa de trabajo o la reinserción laboral a través

de otros programas concertados; en cualquier caso, el servicio debe realizar el seguimiento ambulatorio de sus pacientes.

Los servicios de asistencia al tóxico-dependiente, analizados en base a la oferta (según porcentajes extraídos a partir de los últimos datos disponibles de todo el territorio italiano)<sup>14</sup>, presentan las siguientes características:

- Días de apertura: el 40% de los servicios públicos están abiertos 6 días a la semana; el 30% abren los siete días; del 10 al 15%, cinco días, y el resto, de 0 a 4 días. Con respecto a la oferta horaria, para un 35,8% existe una oferta de 0 a 5 horas al día, y, en lo que se refiere al servicio nocturno, sólo el 7% de los servicios lo aseguran. Estos cálculos reflejan una disponibilidad clínica limitada si se tiene en cuenta la necesaria relación que hay que establecer con la particularidad semiótica de los usuarios.
- Tratamiento farmacológico: el 80% de los servicios suministra metadona en pauta decreciente, y de ellos el 60% la administra como forma de mantenimiento más o menos velado de sujetos crónicos. Esta cifra puede reflejar una tendencia en los servicios a mantener el uso de tratamientos farmacológicos que si bien contribuye a la disminución de la «angustia social» encierra la paradoja de sentenciar el estatus de incurabilidad del paciente.
- Tratamiento psico-social: prácticamente la totalidad de los servicios utilizan más de una modalidad de asistencia que, por lo general, se prestan de manera combinada (por esta razón los porcentajes se han distribuido según cada actividad);

el 70% de los servicios utilizan psicoterapia individual; el 20%, psicoterapia de grupo; el 50%, terapia familiar, y el 20%, actividades psicoterapéuticas heterogéneas. La reinserción laboral por iniciativas propias se realiza en el 40%, mientras que el 60% utiliza la derivación a comunidades terapéuticas o cooperativas de trabajo privadas en régimen de concierto. Se observa un creciente interés por las técnicas psicológicas, fundamentalmente aquellas que sirven para el análisis y modificación de las estructuras grupales.

- Equipo interdisciplinario: la totalidad de los servicios cuenta con diversos profesionales (médico, psicólogo, asistente social y enfermería), pero sólo un 20% funciona con modelos operativos lógicos de gestión y con una supervisión técnica externa, lo que en la práctica se traduce en que un gran número de ellos tiene serios problemas en su dinámica interna que obstaculizan el cumplimiento de la tarea en los términos previstos por la ley.

## 2. Características de las Comunidades Terapéuticas

En Italia existe una gran cantidad de servicios privados no gratuitos entre los que se incluyen las comunidades terapéuticas. Estas instituciones, en su gran mayoría privadas, funcionan con convenios o acuerdos con los organismos públicos regionales y municipales; existen algunas que, si bien dependen de fondos públicos y son supervisadas por los servicios especializados, están gestionadas por trabajadores privados. Para que la Comunidad pueda disfrutar de la ayuda que el Estado asigna por cada toxicodependiente, éste debe ha-

ber sido previamente derivado por una entidad pública. En general, tienen como objetivo la rehabilitación del toxicómano, esto es, liberarlo de su pauta de conducta adictiva y reintegrarlo a la sociedad. Sus métodos se centran en una estricta planificación horaria con un peso fundamental en el trabajo y actividades creativas o de orientación terapéutica, pero que por lo general no incluyen métodos sistemáticos de psicoterapia. El Estado, ante la proliferación de comunidades, está comenzando a ejercer un control y supervisión de sus condiciones y métodos, llegando en algunos casos a prohibir el ejercicio de algunas y promover el concierto con otras.

Reflejamos a continuación algunos datos extraídos de la investigación del Censis<sup>14</sup> sobre las características de estos centros:

- El 32,8% son asociaciones de hecho, el 31,13% asociaciones reconocidas, el 19,31% cooperativas y el resto se diversifica en fundaciones y comunidades públicas o mixtas. Aunque hay una gran diversidad entre las comunidades, la mayoría de ellas tienen una matriz de origen o inspiración católica; por regla general están sostenidas por voluntarios. Últimamente se observa una declinación de este rol a favor de una mayor profesionalidad.
- Condiciones generales de admisión: motivación para abandonar el tóxico, desintoxicación física y que la familia se involucre en la acogida y el tratamiento. Por lo general, se demanda de manera explícita una participación activa en las reuniones y encuentros (72,64%), el respeto de los horarios (58,49%) y estar disponible para los otros (29%). Un segundo grupo

de normas se encamina a que el usuario acepte la dependencia del centro: no salir solo del recinto, no recibir dinero sin permiso, no disponer de dinero propio, aceptar un control sobre la correspondencia y control médico sobre el uso de fármacos. Como tercer núcleo, las comunidades con reglamentación más estricta incluyen la prohibición de comportamientos que forman parte de la «cultura toxicodependiente», como fumar, beber alcohol, y el control sobre las formas de vestido, música, televisión, etc...

- Actividades. El 96,3% de las comunidades desarrollan actividades laborales y algunas se centran exclusivamente en este método. Por lo general, no se utiliza ningún tipo de

fármacos, y como contrapartida ofrecen un alto interés por el trabajo de orientación (70%), reinserción laboral, asesoramiento legal, información y prevención (82%). Un elemento aglutinador importante y destacado en la mayoría de este tipo de estructuras es la existencia de un líder formal vinculado a la propia existencia de la comunidad y con gran influencia sobre los residentes.

El análisis comparativo entre servicios público y comunidades terapéuticas en lo relativo a: actividades (cuadro 3), motivación profesional (cuadro 4) y formación (cuadro 5), se ilustra según las conclusiones extraídas de la investigación de LABOS (Ministerio del Interior, Dic., 1986)<sup>4</sup>.

**Cuadro 3.**

Actividades	Servicio Público	Comunidad Terapéutica
Relaciones con otros entes y/o instituciones (Magistratura, Entes Locales, Prevención)	22,80%	17,14%
Psicoterapia individual, familiar y de grupo	16,95%	21,58%
Intervención farmacológica	15,68%	9,32%
Consulta	10,56%	9,20%
Prevención e información	8,16%	7,30%
Trabajo con familia	8,00%	7,93%
Laboratorios	2,58%	12,70%
Acogida	1,44%	4,76%
Otras	1,92%	3,49%
Fuente: LABOS, 1986 <sup>4</sup> .		

**Cuadro 4.**

Motivaciones profesionales	Servicio Público	Comunidad Terapéutica
Elección personal	27,6%	82,1%
Elección profesional	37,0%	12,3%
Dispuesta por superiores	12,6%	—
Unico empleo encontrado	11,8%	—
Reconversión de estructura precedente	5,9%	—
Otros motivos	5,1%	4,7%
Fuente: LABOS, 1986 <sup>4</sup> .		

**Cuadro 5.**

Participación en cursos de formación	Equipos públicos	Equipos privados
Estado de toxicodependencia	74,8%	92,5%
Tratamiento de deshabituación	73,0%	89,6%
Farmacología	—	87,7%
Aspectos estadísticos-epidemiológicos	—	77,4%
Aspectos normativos	76,0%	75,5%
Instrumentos encaminados a la definición precisa de la identidad profesional	79,1%	75,5%
Instrumentos de investigación para conocer y verificar las intervenciones efectuadas	77,2%	—
Modalidad de activación de una red de relación con el territorio	72,0%	—
Fuente: LABOS, 1986 <sup>4</sup> .		

## EPIDEMIOLOGIA

En primer lugar, es necesario especificar qué se entiende por toxicodependencia en los estudios epidemiológicos italianos, esto es, determinar cuál es su objeto formal de estudio. En este sentido, una de las investigaciones más fiables<sup>14</sup> toma como objeto a aquellos sujetos que están en una fase de «toxicofilia»; esto es, la del consumo ocasional y/o no compulsivo ni de absoluta dependencia de la sustancia, sin que necesariamente se hayan configurado todavía como toxicómanos, pero que restringen el campo de la experiencia al mundo de la droga negándose cualquier otro interés o actividad.

Como reconocen los responsables del estudio anteriormente citado («Centro studie investimenti sociali» —CENSIS—), el concentrarse sobre la población toxicodependiente los ha puesto a la fuerza en situación de ver a la población que acude a los servicios (fundamentalmente heroinómanos), categoría que constituye por otra parte el verdadero objeto de la preocupación social en el sector. Prácticamente todos los estudios epidemiológicos se han ocupado de la adicción a la heroína, en tanto en Italia es prácticamente irrelevante la cantidad de individuos que denuncian la dependencia de otras sustancias o soliciten ayuda o sostén a los servicios y a la sociedad<sup>14</sup>.

Ante un problema como el de la toxicodependencia, no es adecuado limitarse a datos directos a la hora de realizar una evaluación, ya que su carácter multiforme y su realidad sumergida no permiten una correcta estimación a través del método tradicional del censo y es necesario atenerse a aproximaciones hechas en base a datos indirectos. Los principales indicadores indirectos disponibles son los recogidos por la Dirección General Antidroga del Ministerio del Interior a través de las Fuerzas del Orden y relativas a la actividad de control y represión de tráfico; éstos comprenden las muertes provocadas por la droga, las sustancias decomisadas, las personas denunciadas o «señaladas» y los hurtos o atracos relacionados con la adicción. Según estas fuentes, el consumo desde 1973 a 1978 sufrió un progresivo aunque ligero incremento, produciéndose en 1978

un notable salto cuantitativo que alcanzó su cota más alta en el año 1983/84.

Si bien los indicadores de mortalidad por sobredosis no pueden ser considerados directamente proporcionales al número de toxicodependientes (en tanto la muerte está ligada a variables no constantes en el tiempo y en el espacio, como la cantidad y la pureza de la sustancia absorbida por el organismo, la impericia o la modalidad de uso), sí pueden ser considerados como un impacto sobre la opinión pública y por tanto proporcionales al estado de la preocupación social. En el cuadro 6 se exponen algunas cifras indicadoras que muestran un aumento constante de la mortalidad, a lo que se debe sumar que desde 1985 los heroinómanos representan en Italia el grupo principal de pacientes afectados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

**Cuadro 6.**

Muertes por droga en Italia		
1973 : 1	1978 : 62	1983 : 259
1974 : 8	1979 : 126	1984 : 397
1975 : 26	1980 : 206	1985 : 242
1976 : 31	1981 : 237	1986 : 292
1977 : 40	1982 : 252	1987 : 516
Fuentes: Dirección General Antidroga. Ministerio del Interior.		

La Dirección Central para la Documentación del Ministerio del Interior ha intentado realizar un cuadro lo suficientemente amplio, articulado y completo del fenómeno computando datos reales y valores estimados sobre la base de una acumulación de investigaciones previas (cuadro 8) y con el objeto fundamental de valorar cuantitativamente y cualitativamente el fenómeno en sus aspectos sumergidos. El resultado obtenido (alrededor de 328.000 sujetos relacionados con la droga) arroja la relación de un toxicodependiente por cada 171 habitantes, porcentaje que baja aún más, si se considera la fase com-

prendida entre los 15 y 34 años («edad de riesgo»).

En términos de zona geográfica, se evidencia que el área central (29,5% del total de la población) presenta una incidencia prevalente del 8,5/1.000; le siguen las áreas septentrionales (40,1% del total nacional) y la nororiental, que presenta una relación toxicodependencia/población del 6,5 por 1.000 habitantes. Aunque el cálculo de la población sumergida es siempre incierto, puede ser interesante la prospectiva elaborada por el CENSIS (cuadro 7).

**Cuadro 7. Habitantes y toxicodependientes por áreas geográficas**

Area geográfica	Población residente N.º habit.	Residentes en el área de mayor incidencia		Estimación toxicómanos Número	Densidad toxicómanos por 1.000 residentes
		N.º habit.	% total		
Noroeste	15.266.458	8.062.338	52,81	63.950	4,19
Nordeste	10.349.499	4.950.166	47,83	67.600	6,53
Centro	10.754.921	7.841.414	72,91	93.450	8,69
Sur	13.432.237	5.601.379	41,70	64.870	4,83
Islas	6.449.546	3.203.341	49,67	37.900	5,88
Italia	56.252.661	29.658.638	52,72	327.770	5,83

Fuente: elaboración CENSIS (1984) sobre datos de la Dirección Central para la Documentación, Ministerio del Interior<sup>14</sup>.

En lo que se refiere a la eficacia, según la última estimación<sup>4</sup>, los sujetos rehabilitados (entendiendo por tales a aquellos sobre los que se tiene un control de las recaídas) se sitúan en torno al 15-20% de los usuarios del servicio público (ver cuadro 8: sujetos en tratamiento estructura pública). No se poseen datos fiables de los índices de remisión en los centros privados que poseen un alto porcentaje de sujetos en tratamiento (ver cuadro 9: sujetos en

tratamiento público y privado por regiones). Es importante tener en cuenta, desde el punto de vista estadístico, el hecho de que las instituciones privadas son, en no pocas ocasiones, aquellas que se hacen cargo de las últimas fases del proceso de rehabilitación de los toxicodependientes; de la misma forma, los resultados entre servicio público y privado no son comparables, en tanto el primero no puede ni debe efectuar una selección de sus usuarios.

37

**Cuadro 8. Sujetos en tratamiento (estructura pública)**

Sexo	Tratamiento		Total
	Sustitutivo	No sustitutivo	
Masculino	14.634	8.348	22.982
Femenino	3.511	1.958	5.469
Total	18.145	10.306	28.451

Fuente: Observatorio Permanente (septiembre de 1985)<sup>15</sup>.

**Cuadro 9. Sujetos en tratamiento por regiones (datos de todo el territorio nacional)**

Regiones	Sujetos en tratamiento	
	Centros públicos	Centros privados
Lombardía	2.369	797
Lazio	2.237	341
Liguria	1.911	191
Campania	1.844	73
Emilia Romagna	1.700	1.063
Veneto	1.283	341
Piamonte	1.049	354
Toscana	743	561
Total	13.126	3.721

Fuente: Observatorio Permanente 25/6/1985<sup>15</sup>.

Con respecto a los índices de afectados, agrupados según la variable sexo, el CNR<sup>17</sup> señala una prevalencia del sexo masculino de aproximadamente el 80% en población mayor de edad; en menores, la proporción está alrededor de 35 mujeres por cada 100 hombres. Asimismo se ha observado un aumento de la venta por parte de mujeres menores, mientras que en los pequeños traficantes masculinos, la clase que aumenta es la que va de 26 a 40 años. Estos datos contrastan con el mayor incremento de mortalidad en el sexo femenino. Con relación al tipo de tratamiento de base (sustitutivo o no) en el sistema público, y a la incidencia por sexo en esta población, ver cuadro 9 (realizado cuando en la misma fecha eran seguidos 4.930 sujetos en los servicios de tipo residencial censados).

Las personas involucradas en el consumo de heroína poseen características muy variadas y no necesariamente están ligadas a una historia individual compleja de marginación o de sufrimiento psíquico manifiesto; de todas maneras, la iniciación en el consumo se encuentra generalmente vinculada a una situación básica de carácter depresivo (percepción del ambiente como duro o dificultoso, sentimientos ambivalentes, ausencia de motivación y satisfacción en las actividades cotidianas —«vacío vital»—, escasa tolerancia a la frustración y a la espera, conflictos familiares, carencias afectivas, etc.). Estas características son inherentes a las edades de sujetos de riesgo (15-22 años); probablemente, el efecto tóxico neutraliza los sentimientos egodistónicos sin necesidad de un particular esfuerzo o sufrimiento psíquico.

La correlación de datos entre servicios de área metropolitana y rural indican un 7-8% de sujetos en tratamiento

que se caracterizan por una enfermedad psíquica relevante; la historia de los mismos demuestra cómo la heroína, alucinógenos, anfetaminas o cocaína han actuado como desencadenantes y no como causa principal.

El fenómeno, aunque prevalente, no es exclusivo del mundo juvenil. El uso esporádico de heroína comienza alrededor de los 15-16 años en la parte más baja de la pirámide de edad, mientras en la parte alta alcanza los 37-40 años. En la práctica, casi el 100% de las personas que están implicadas en venta, tráfico y abuso de sustancias estupefacientes y psicotropas tienen entre 14 y 40 años, la edad más expuesta es la que va de 20 a 25 años, le siguen en orden decreciente la de 18-20, 25-30 y 15-18. En el conjunto, las indicaciones terapéuticas por mandamiento judicial a menores muestran una tendencia a disminuir, aun en aquellas regiones en las cuales la tasa global continúa en aumento<sup>17</sup>.

El toxicodependiente, así como el consumidor ocasional, está siempre implicado en una trama vital marcada de uso-abuso de drogas legales (alcohol, psicofármacos) y de drogas ilegales (heroína, cocaína).

En la práctica, el 96,3% de los usuarios del servicio público son adictos a la heroína<sup>18</sup>; aunque diversos sujetos, en la aproximación inicial eran consumidores de drogas legales, y la heroína no estaba presente o no era la droga fundamental de su adicción.

## CONCLUSIONES

### a) Evolución epidemiológica

Actualmente, el problema de las toxicomanías en Italia, particularmente en

lo que se refiere a la adicción a la heroína, parece haber alcanzado una cierta estabilización, cediendo el paso a una nueva modalidad de consumo ocasional y al uso y abuso de drogas legales e ilegales en expansión. Esto se evidencia en la diversificación del mercado clandestino, el incremento de alijos de cocaína aprehendidos y en el significativo aumento de la pureza de la heroína incautada en los últimos años (del 9-12% al 60-95%)<sup>4</sup>. La sedimentación del fenómeno de la heroíno-dependencia ha incidido en la disminución de la «angustia social» generada en torno al mismo y está ocupando su sitio un problema colateral pero de características y alcance muy diverso como es el SIDA.

#### b) Población afectada

Las edades de inicio en el consumo coinciden con la entrada en la adolescencia, y este hecho parece estar relacionado con la reorganización de la identidad que se produce en ella. En esta etapa del ciclo vital se comienzan a manifestar las primeras pautas adictivas de conducta que, por lo general, son incentivadas y sostenidas por el grupo de referencia en el que se apoya la personalidad del adolescente. Existe, desde el punto de vista estadístico, una marcada prevalencia del sexo masculino, posiblemente relacionada con un mayor silencio clínico del sexo femenino, y fundamentalmente con la impronta cultural que determina la diferencia psicosocial de los sexos y sus correspondientes objetos de deseo y consumo. Los dispositivos asistenciales han sido creados básicamente por la gran incidencia de adicción a la heroína; actualmente se observa un envejecimiento de esta población y el cambio de sus pautas adictivas (ocasionales), como asimismo el aumento pro-

gresivo de otro tipo de tóxicos integrados en subculturas determinadas.

#### c) Etiología

Parece existir un consenso generalizado sobre la necesidad de realizar una interpretación multifactorial del fenómeno, en cuya etiología podemos encontrar la interacción de variables muy dispares: genéticas, precozmente adquiridas, circunstanciales, grupales, culturales, socioeconómicos, desencadenantes y del efecto tóxico en sí. Estos factores intervienen complementariamente, por lo que ya no se razona en términos causa-efecto, sino en términos de probabilidad; sin embargo, no es necesario destacar la relación existente entre los factores de personalidad y la estructura familiar como determinante en la situación individual de riesgo durante la adolescencia<sup>15, 19, 20, 21, 22, 23, 24</sup>.

#### d) Tratamiento

En la actualidad es un hecho indiscutido que la dependencia física de la heroína se resuelve con métodos relativamente sencillos y rápidos, por lo que el síndrome de abstinencia no constituye un problema en sí, con la excepción de su valor de mito con fuerza de carácter sugestivo aún vigente en algunas subculturas; pero también es un hecho habitual la cronificación de esta pauta de conducta, y el peligro potencial de la reincidencia en el consumo es la regla.

Neutralizar el gran poder del efecto tóxico de los opiáceos no es tarea fácil, ya que siempre tendrá más fuerza que cualquier oferta terapéutica no farmacológica pueda ofrecer. El Ministerio de Sanidad tiende a restringir el uso de la metadona a tratamientos breves,

pero quizá los fracasos en los intentos de conseguir una desintoxicación permanente expliquen la existencia de tratamientos velados con fármacos analgésicos-narcóticos. Se tiende a la disminución progresiva de la medicación, haciendo paralelamente un acercamiento psicológico y social, donde el objetivo es que los sujetos consigan un equilibrio en su sentido más general, esto es, que se sientan compensados en y con su vida cotidiana.

La evaluación es el primer paso necesario para realizar una indicación terapéutica específica, y en ella se debe considerar: la historia del sujeto, su manera de establecer relaciones, la motivación al tratamiento y el diagnóstico diferencial de otras manifestaciones psicopatológicas. En base a esta información, se diseña un programa terapéutico adecuado a las características del usuario, cuya planificación implica el cumplimiento de varias fases en las que se usan los siguientes métodos: entrevistas individuales, entrevistas y/o tratamiento familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y rehabilitación por la convivencia y el trabajo. En la evaluación del grado de rehabilitación alcanzado no se debe perder de vista que difícilmente se logra de manera total antes de los cinco años.

#### e) Problemas emergentes de los servicios especializados

El análisis y las investigaciones realizadas en Italia sobre el funcionamiento de su propio sistema pone en evidencia un tipo de intervención completamente diversa en los servicios públicos y en los privados. Cada uno de ellos posee sus propias peculiaridades que no pocas veces se contradicen entre sí, ya sea en el tipo de oferta, en la

formación de sus trabajadores o en la modalidad concreta de la intervención. Esto se traduce en la práctica en una cierta falta de coherencia y por tanto de descoordinación entre el sistema en general y algunos programas en particular.

La confusión de marcos teóricos y técnicos de referencia como factor subyacente impide una rápida adaptación a los cambios que se generan en relación al fenómeno de la droga y a los progresos científicos realizados, desencadenando con frecuencia en los profesionales una falta de motivación, el olvido de la tarea (razón de ser de la institución) y la instauración de procesos burocratizados o poco eficaces; esto se traduce en el trabajo cotidiano en un bajo índice de permanencia y un alto grado de rotación.

La realidad observada parece demostrar que el desarrollo de los servicios tiende hacia un tipo de gestión operativa y plural, en la que la dinámica grupal y la interacción poseen un valor nuclear. Consecuentemente, existe una creciente demanda de formación sistémica en métodos grupales polivalentes, así como la necesidad de encontrar alternativas no conflictivas capaces de tramitar la ansiedad que genera este tipo particular de trabajo y que repercute negativamente en el funcionamiento del grupo.

La sedimentación de la experiencia de los equipos demuestra que uno de los problemas centrales sigue siendo el paso de la estructura burocrática multidisciplinaria a un funcionamiento horizontal interdisciplinario; o, dicho en otros términos, pone en evidencia la necesidad de encontrar métodos aptos para lograr una eficaz gestión de los servicios.

#### f) Comunidades terapéuticas y voluntariado

La gestión inicial de la asistencia a los adictos a la heroína en Italia se hizo sin una lógica asistencial planificada, quedando espacios de acción vacíos que fueron progresivamente cubiertos por iniciativas privadas, sobre todo en la modalidad de comunidad terapéutica. La filosofía que generalmente sustenta este tipo de centros hace hincapié en el aspecto social y marginal del problema y no en su enfoque médico o psicológico. El voluntariado que realiza la mayor parte de la labor, entre los que se encuentran extoxicodependientes, si bien es indispensable para la capilarización del trabajo, en la práctica, algunas veces, carece de formación y de un suficiente análisis de las motivaciones, factores ambos indispensables para una gestión profesional y eficaz.

Digna de ser destacada en la mayoría de las comunidades terapéuticas es la presencia de un fuerte líder carismático o figura de identificación que asume la dirección de las mismas; creemos que este fenómeno, frecuentemente constatado y ocasionalmente factor de manipulación, debería ser investigado más en profundidad en relación con la estructura de personalidad y el tratamiento del toxicodependiente, como así también de cara a establecer una estricta supervisión oficial de los mismos.

#### g) Evaluación de la eficacia

No es posible establecer una evaluación comparativa entre los resultados obtenidos en el servicio público y las instituciones privadas en tanto, como ya hemos señalado, el primero no puede y no debe efectuar una selección de los usuarios, y la mayoría de las veces

un mismo usuario pasa por diversos centros. Algunas ciudades del sistema italiano (Venecia, Padua, Verona, Gorizia) pueden ser tomadas como modelo de la necesidad de integración coordinada de ambos tipos de servicios dentro de una estrategia que contemple la movilización de todos los componentes sociales, tanto institucionales como de sociedad civil. El modelo italiano es operativo porque su capilarización social le permite que cada adicto tenga un sitio, una alternativa, y de esta manera contiene parcialmente la opinión pública, pero sus índices de rehabilitación, como es habitual en el tratamiento de cualquier toxicofilia, están también sujetos a la recaída.

#### h) Profesionales especializados

Conviene destacar la implicación personal que conlleva este trabajo, por lo que parece decisivo acceder mediante una libre elección profesional; los más jóvenes parecen estar más motivados y ser más indicados para realizarlo. Un mínimo de garantía en la eficacia de la gestión requiere una formación general y especializada de los profesionales. Actualmente se concede prioridad a la ampliación de los modelos interpretativos y al conocimiento de los procesos grupales: el grupo como forma de acogida, apoyo o terapia familiar, en la co-gestión o autogestión de cooperativas de trabajo, y como método para el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios de cara al diagnóstico, orientación terapéutica y tratamiento.

#### i) Prevención primaria

En general, se concede prioridad a la creación de modelos operativos de prevención primaria de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comu-

nidad Europea, para ser aplicados en los centros docentes, en el servicio militar y en las poblaciones de riesgo. En la actualidad dichos modelos tienden a evitar mensajes específicos o puramente informativos en torno a la droga, ya que se ha demostrado que resultan ineficaces y contraproducentes. El tipo de formación privilegiada es la encaminada a una educación integral para la salud (calidad de vida). Es de señalar el énfasis puesto sobre el problema «dependencia» en el sentido más amplio del término, así como de la modificación de la actitud social (opinión pública) de cara al toxicómano. El objetivo central de este tipo de prevención es la formación de una personalidad responsable y socializada, que tienda a la independencia de la persona a través de una educación permanente; evitan, por lo tanto, la difusión de mensajes moralistas o paternalistas y la realización de campañas propagandísticas informativas.

#### j) Investigación

La aproximación al fenómeno de la toxicodependencia, en general, y de opiáceos, en particular, se ha desarrollado en el último decenio en forma singular respecto a otros países europeos. Italia se ha caracterizado por la investigación de las causas más que por la comprensión y racionalización del fenómeno; esto ha repercutido en una cierta tendencia a una política de intervención ideológicamente contaminada o confusa en lo que respecta al rol y la función del servicio público en el sector.

#### k) Objetivos clínicos

El significado de «curación» es complejo y no siempre unívoco en este

campo, por lo que no puede ser evaluado con parámetros provenientes del modelo sanitario clásico. En este sentido, el trabajo terapéutico con el toxicómano puede ser considerado como un paradigma del modelo clínico-social; éste sería una nueva forma de concebir el tratamiento, no sólo de toxicófilos, sino en general de aquellos sujetos con trastornos egosintónicos. Es importante tener en cuenta que el equipo terapéutico no puede brindar las motivaciones de base para salir de la dependencia y que, por lo tanto, el objetivo central del tratamiento debe girar en torno al aprendizaje del proceso sublimatorio; éste sólo se puede dar desde el exterior hacia el interior, es decir, a través de la experiencia pensada y consideramos al grupo como el instrumento idóneo para comenzarla.

#### l) Métodos grupales

De las muestras del estudio de campo se desprende que los únicos métodos grupales previamente definidos teórica y metodológicamente (categorizados según escuelas conocidas) son: el enfoque sistémico y relacional (escuelas de Milán y Roma), el modelo del group-analysis (escuela de Roma), y la teoría y técnica de los grupos operativos (escuelas de Venecia y Bolonia); las últimas poseen un origen estrechamente vinculado al modelo psicoanalítico.

Parece existir una convergencia epistemológica reconocida entre la teoría de la técnica del grupo-análisis y de los grupos operativos, que en algunos ámbitos ya ha quedado lo suficientemente explícita<sup>25</sup>. Actualmente se están desarrollando trabajos teóricos sobre estas coincidencias, también constatadas en el centro de grupo análisis de Roma.

Los tratamientos sistémicos se centran en la familia como objeto material y formal de trabajo. Presentan una correspondencia con el grupo-análisis y el grupo operativo en tanto todos consideran al síntoma como un signo que expresa la disfunción del sistema en el que está inserto; en este caso, del grupo de pertenencia del paciente. Es en definitiva, lo que se entiende por la coordenada horizontal del comportamiento según el marco referencial operativo.

Si bien existen coincidencias generales significativas a tener en cuenta a la hora de construir una teoría general sobre grupos, en la práctica se observan divergencias metodológicas importantes; se puede subrayar la diferencia en la estructuración del campo terapéutico («setting»), por ejemplo: la escuela de Milán establece un mes de intervalo entre una entrevista familiar y la siguiente, y además da indicaciones precisas para incidir sobre la estructura grupal en ese período; mientras que, con el método de los grupos operativos, se lleva a cabo un seguimiento y

análisis periódico «in situ» no sólo de la red de comunicación, sino también sobre la particular influencia de la misma en cada sujeto (dimensión vertical del comportamiento) y la integración que cada miembro hace de la dialéctica dentro-fuera.

Experiencias terapéuticas sistémicas con toxicodependientes (como por ejemplo, la del servicio público de la ciudad de Padua) han demostrado que los períodos muy prolongados entre una entrevista y otra no facilitan el cambio y determinan en muchos casos un factor de neutralización a la aproximación terapéutica.

En cualquier caso, si bien se reconoce la importancia de los métodos grupales en el tratamiento de toxicodependientes por considerarlo como un problema de dimensión psicosocial, pocos son los servicios que emplean métodos sistemáticos de formación y supervisión de la tarea, y muchos aquellos que tienen problemas derivados de esta carencia.

43

## APENDICE

Relación de centros observados:

1. Servicios médicos y de asistencia al toxicodependiente (SMAST o CTST) de la red del Sistema Sanitario Nacional (según marco ley 685/75):

- SMASST de Venecia (Sta. Lucía): psicoterapia individual y grupal de orientación dinámica. Tratamiento de la familia, y grupos de apoyo a padres de toxicómanos.
- SAT de Padua (USL 21): tratamiento de la familia con orientación sistémica y psicoterapia individual.

— STA de Castelfranco Veneto (Hospital General de la USL 13): mantenimiento asistencia social, psicoterapia individual y familiar.

— SMAST de Verona (USL 25): unidad operativa de investigación del Consejo Nacional de Investigación (CNR), Comisión Regional para el control del SIDA. Desarrollo de investigación y programas pilotos específicos. Psicoterapia grupal.

— CMAS de Trento (Provincia Autónoma): acogida, atención ambulatoria y preparación para la comunidad te-

rapéutica; análisis y seguimiento de la relación con la familia. Modelo de referencia psicoanalítico.

- CTST de Modena (USL 16): orientación sociológica, supervisión externa del equipo, orientación analítica y sistemática.
- CTST de Rimini (UUSLL 40 y 41): marco referencial método de los grupos operativos con supervisión externa («Istituto dei Psicologia Sociale Analitica»). Elaboración de programas terapéuticos que incluyen estructuras articuladas, además de la psicoterapia individual, grupal y familiar.
- SAT de Roma (USL 18): mantenimiento, psicoterapia familiar e individual sistémica con supervisión externa («Centro di Studi di Terapia Familiare»).
- SAT de Roma (USL 1): mantenimiento. Delegación CNR para la Comisión de la Comunidad Europea, elaboración del *Concertes action on standardization of Epidemiological Surveillance System of Illicit Drugs*.
- SAT de Roma (USL 5): mantenimiento, tratamiento individual y familiar.
- Comunità Amicia. Padua: centro aislado creado por iniciativa de un sacerdote rural, y que acoge fundamentalmente a sujetos en libertad condicional. Sólo varones, 7 personas, de edad media 30-35 años; disciplina laxa. Tratamiento a través del trabajo (floricultura, carrocería, transporte), y del desarrollo de los conocimientos previos. Método del grupo «Abele» (Torino).
- Comunità La Garlanda. Padua: unidad perteneciente al «Proyecto Hombre» (CEIS), para sujetos en última fase del proceso de rehabilitación; en el caso de incumplimiento de las normas, vuelven a empezar desde la primera fase. Mixta, 12 plazas. Tiene como objetivo el aprendizaje de un trabajo y de los métodos de gestión cooperativa (ver Cooperativa Il Ponte).
- Comunità La Genovese, Verona: financiada por el ayuntamiento de Verona y supervisada por la USL 25; se gestiona por una cooperativa privada de voluntarios. Está organizada en dos estructuras residenciales: una para usuarios en la primera fase del programa terapéutico (mixta, 15 plazas), y la otra para la última fase del programa de reinserción (6 plazas). Conceden gran importancia a la vida y trabajo en grupo. Horticultura, cría de animales de granja, carpintería. Relación sistemática con los grupos familiares.

## 2. Comunidades Terapéuticas:

- Comunità Incontro. Padua: es uno de los centros de la red italiana coordinada por un sacerdote, padre espiritual de los mismos. Sólo varones, 20 plazas; disciplina rigurosa, no hay espacio para la intimidad; tratamiento a través del trabajo rural y de la fe. Los coordinadores responsables de cada comunidad son extoxicodependientes.
- Comunità Tempesta, Gorizia: concertada con diversas unidades socio sanitarias locales, gestionada con el método de los grupos operativos, con supervisión técnica externa («IPSA»). Mixta, doce plazas; respeto del reglamento interno y relación con el entorno fluida. Actividades agrícolas y culturales, grupos

terapéuticos y seguimiento de la reinserción.

- San Patrignano, Rimini (Forlì): sociedad privada fundada por un particular y sus colaboradores en 1979, muy conocido y polémico en Italia por sus métodos no ortodoxos. Finca en donde viven aproximadamente 600 toxicodependientes, cifra que la convierte en una de las más voluminosas de Europa y del mundo. Gran cantidad de grupos familiares con sus hijos. Inexistencia de profesionales; rehabilitación a través del trabajo y de la vida en comunidad. Autogestión económica dentro de una estructura piramidal, explotaciones agrarias, cría caballar, confección de peletería, imprenta publicitaria, etc., con nivel de competencia en el mercado.
- Vallechio, Rimini (UUSLL 40 y 41): coordinada por el CTST. Mixta, 30 plazas; actividades agrícolas y educativas. Disciplina gestionada con grupo operativo supervisado. Cinco profesionales con actividades de preparación de cada semana laboral y redefinición periódica del programa terapéutico de cada usuario.
- Camparta, Trento: comunidad coordinada por el CMAS. Mixta, 25 plazas. Actividades agrícolas y educativas. Se propugnan los métodos de autogestión. Grupos de psicoterapia coordinados por un especialista de la Universidad de Padua, modelo de referencia psicoanalítico.
- C.E.I.S., Roma: casa central de lo que se conoce por «Proyecto Hombre», programa de inspiración religiosa que abarca gran cantidad de estructuras distribuidas por todo el territorio italiano como son las casas de acogida, las comunidades

terapéuticas, las cooperativas de trabajo y las casas de reinserción que suelen ser las únicas no mixtas. Todo el sistema tiene una organización piramidal y cuenta con un «staff» profesional central y con una casa de formación de operadores que por lo general son voluntarios y ex toxicodependientes.

### 3. Cooperativas de trabajo y reinserción laboral:

- Centro polifuncional de Gorizia: servicio de apoyo a la organización sanitaria del territorio. Promueve diverso tipo de actividades socio culturales y de ayuda a la reinserción (Cooperativa Arcobaleno), además de centros específicos para niños huérfanos y tercera edad.
- Sector Social de la USL 21, Padua (Ufficio tossicodipendenze): coordinación y supervisión de todas las iniciativas privadas del territorio destinadas a la toxicodependencia y que disfrutan de subvenciones.
- A.C.A.P., Padua: empresa pública de autobuses urbanos convenciona-  
nada con la USL 21. Los ex toxicodependientes en fase de reinserción prelaboral, colaboran en la subida y bajada de minusválidos de microbuses especiales para esta tarea.
- Cooperativa Il Ponte, Padua (Saonara): Concertada, es un núcleo del «Proyecto Hombre» del CEIS. Se propone funcionar como organización empresarial, con investigación del mercado, producción y venta. Impresión gráfica, diseño, etc.
- Cooperativa Vénere, Padua: funcio-

na dentro de los terrenos del Hospital Psiquiátrico de Padua. Floricultura, horticultura y cerámica. Reciben clases semanales de profesores de la Escuela Profesional.

- Centro Fiori, Rimini: dispositivo de reinserción laboral de las UUSLL 40 y 41. Cuenta con diversos sectores (náutico, serigrafía, artesanado, etc.) de los cuales son responsables artesanos o profesionales especializados que coordinan y supervisan la actividad.

#### 4. Servicios psiquiátricos y centros de higiene mental:

- Servicio psiquiátrico de diagnóstico y cura, USL 31. CAVARZERE: inserto en un hospital general, trastornos psiquiátricos agudos de corta estancia.
- Servicio de higiene mental, USL 31. Adria: servicio con prestaciones preventivas secundarias de ámbito territorial.
- Hospital Psiquiátrico de Rovigo: pacientes de larga estancia, terminales; en fase de reconversión.
- Servicio de Higiene Mental, Bolonia: ambulatorio de los barrios «Barca» y «Costa-Saragozza», competencia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Bolonia. Asistencia preventiva y terapéutica a pacientes jóvenes y adultos. Psicoterapia individual, familiar y grupal. Metodología de grupos operativos con supervisión externa (IPSA, Venecia).
- Instituto de Clínica Psiquiátrica «Otonello», Universidad de Bolonia: actividades académicas (escuela de especialización en Psiquiatría), y clí-

nicas (servicio externo e ingresos de corta duración). Organización de toda la estructura a través de métodos grupales con moderador rotante, originalmente técnica operativa.

#### 5. Prevención Primaria:

- Provveditorato agli studi, Padua (servicio de educación para la salud y la prevención de la toxicodependencia): organismo del Ministerio de Educación encargado de todo lo relativo a la enseñanza elemental, media y superior. El servicio organiza y pone en práctica las disposiciones de la ley 685 en lo que concierne a la prevención primaria. Se destaca en el contexto italiano por su efectividad en la pedagogía activa a través de la utilización de métodos grupales, tanto con los alumnos como con el profesorado.
- SMAST de la ULSS 25 (Coordinamento dei Servizi per le tossicodipendenze per le Commissioni Regionali per il controllo dell' AIDS). Verona: detección, investigación de métodos y desarrollo de programas preventivos específicos sobre el SIDA.

#### 6. Centros de planificación, investigación y formación:

- Comité de la Región Veneto. Padua: organización, planificación y control de las estructuras de asistencia médica y social, y de los programas de formación especializada (fundamentalmente métodos grupales) para profesionales en toxicodependencia de los servicios regionales.
- Università degli studi di Venecia: Departamento de Filosofía y Teoría

de la Ciencia, Cátedra de Psicología. Investigación sobre el grupo como objeto y como método; epistemología convergente con los grupos operativos.

- Università degli studi di Padua: Curso de *laurea* en Psicología. Cátedra de Psicopatología General y de la edad evolutiva. Investigación en psicoterapia de grupo con toxicodependientes; epistemología abierta de orientación dinámica.
- Università degli studi di Bologna: Departamento de Ciencias de la Educación. Investigación específica (proyecto CNR) sobre mecanismos rúpaes que consolidan la conducta adictiva.
- Università degli studi di Roma: Curso de *laurea* en Psicología. Investigación sobre el papel del psicólogo en la reforma psiquiátrica y método sistémico en toxicodependencias.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Verona y Roma: proyectos de investigación sobre toxicomanía y dependencia (M.E.TO.DI.), SIDA, y participación en la confección del protocolo europeo único.
- Policlínico de la USL 16. Hospital Universitario de Modena: Servicio de Toxicología y Farmacología Clínica. Estructura universitaria de investigación toxicológica para el Ministerio de Sanidad, procedimientos

de desintoxicación en estancias breves y seguimiento ambulatorio de casos.

## 7. Formación especializada en métodos grupales:

- Istituto di Psicologia Sociale Analitica (IPSA), Venecia: cursos internacionales sobre epistemología de grupos y análisis institucional. Formación sistemática en grupos operativos. Asesoramiento institucional en servicios socio sanitarios.
- Istituto per la Formazione e la Ricerca Applicata (IFRA), Bologna: Proyectos FSE de rehabilitación. Formación de especialistas en práctica psicomotora. Curso trienal para educadores de comunidad terapéutica y organización de symposiums internacionales. En todos los trabajos didácticos y clínicos se utiliza el método de los grupos operativos.
- Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale (RANDOM), Roma: Entrenamiento en métodos sistémicos de tratamiento, familia y toxicodependencias. Intervención y supervisión en servicios públicos. Cursos internacionales de formación.
- Istituto di Gruppo Analisi (IGAR), Roma: formación sistemática en grupo-análisis. Psicoterapia de grupo, supervisión clínica y edición de publicación especializada.

47

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PAOLINI, E.: «Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilias». *Revista A.E.N.* Vol. VII. n° 23. Madrid, 1987.
2. SERVIZI ANTI-DROGA DEL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE. CURA DELL'UFFICIO STUDI E PRO-

GRAMAZIONE: *Aggiornamento sul problema della droga*. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1978.

3. LEGGE 22 DICEMBRE, 1975, N. 685: «Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza». *Gazzetta Ufficiale*

- della Repubblica Italiana n. 342, del 30-12-1975.
4. LABOS: «1. Cultura degli operatorie qualità dei bisogni degli utenti nei servizi per le tossicodipendenze in Italia». Nuove bisogni e nuove politiche sociali. Collana promossa dalla Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'Interno. Tipografica Editrice Romana. Roma, 1986.
  5. *DECRETO MINISTERIALE 4 agosto 1978*: «Normativa per l'impiego di preparati a base di metadone per il trattamento del farmaco dipendente». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 230, del 18-8-1978.
  6. *DECRETO MINISTERIALE 7 agosto 1980*: «Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 219, del 11-8-1980.
  7. *DECRETO MINISTERIALE 10 ottobre 1980*: «Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 281, del 13-10-1980.
  8. *CIRCOLARE 20 Ottobre 1984, n. 83*: «Trattamento di disintossicazione da oppioidi con metadone a breve termine». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 323, del 23-11-1984.
  9. *CIRCOLARE 20 Ottobre 1984, n. 84*: Indicazioni relative agli interventi di prevenzione delle farmacotossicodipendenze. Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
  10. *CIRCOLARE 28 maggio 1985, n. 23*: «Indicazioni relative a modelli operativi per la realizzazione di interventi di prevenzione delle farmacotossicodipendenze e di educazione alla salute». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
  11. *CIRCOLARE 25 ottobre 1984, n. 86*: «Tutela dello stato generale di salute del tossicodipendente». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
  12. *CIRCOLARE 2 maggio 1985, n. 20*: «Interventi di informazione sanitaria relativi all'uso di cocaina». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
  13. *CIRCOLARE 25 novembre 1985, n. 48*: «Misure di prevenzione della diffusione della sindrome da immunodeficienza acquisita tra i tossicodipendenti». Ministro Degan. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 9, del 13-1-1986.
  14. *CENSIS: Diffusione delle tossicodipendenze: quantità e qualità degli interventi pubblici privati in Italia*. Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno. Ed. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1984.
  15. S.M.A.S.T., ULSS 25. PAROLIN, A y col.: *Tossicodipendenza da oppiacei: aspetti socio-demografici e clinici*. Ed. ULSS 25. Verona, 1986.
  16. CALVARUSO, C. et al.: *Droga: operatori, orientamenti*. Cura della Fondazione «Emanuela Zancan». Padova, 1984.
  17. CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto Biostatistica es Epidemiologia: *Rapporto Droga Italia 1977-78-79*. Incarico della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale. Ministero della Sanità. Giardini Ed. Pisa, 1980.
  18. DI FIANDRA, T.: «An overview of Italian Reporting and Surveillance Systems». In: *Proceedings of the first European workshop held*. COMAC Epidemiology. Ed. by F. Mariani. Roma, 1984.
  19. AA.VV. (CURA DI L. GALLIMBERTI): *Disagio individuale, collettivo e Droga*. ESSECOOP 2000. Ed. Dolo. Venezia, 1984.
  20. AA.VV.: «Psichiatria: fascicolo speciale sulle tossicodipendenze». n° 5. Padova, 1985.
  21. ADLER SEGRE, E.; MARZANI, C.: «Riflessione derivanti da una esperienza clinica e psicoterapica con adolescenti tossicomani». In *Atti Congresso Nazionale S.I.N.N. di San Marino*, ot. 1980.
  22. BARGELINI, A.; MACCHIA, B.; MORELLI, I.: *Droga, giovani e società*. Libreria editrice fiorentina. Firenze, 1980.
  23. BRUSA, M.; CORNACCHIA, P.; CUSANO, P.: *Le tossicodipendenze*. Franco Angeli Ed. Milano, 1980.
  24. CANCRINI, L.: *Quei temerari sulle macchine volanti*. La Nuova Italia Scientifica. Roma, 1982.
  25. KESSELMAN, H.; CAMPOS, J.: *Comunicación al VII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo*. Copenhagen, 1980.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AA.VV.: *Tossicodipendenze: esperienze operative e organizzazione degli interventi nelle U. S. L.* Assessorato ai Servizi Sociali. Regione Emilia Romagna. Incontro. Bologna, 1986.
- AA.VV.: *Una città di fronte alla droga. Tra realtà e progetto*. Comune di Roma. Savelli Ed. Roma, 1982.

- ANDREOLI, V.: «L'altra faccia del metadone». In: *Le Scienze Quaderni*. Roma, gen. 1984.
- ATTI DEL CONVEGNO: *Abuso di sostanze psicotrope, tecniche di intervento e valutazioni*. Giunta Regionale del Veneto. Padova, 1982.
- BARROWS, S.: «Family therapy in Europe: an interview with M. Andolfi». In: *The American Journal of Family Therapy*. V. 9 n° 4. 70:75. Brunner/Mazel Pub. N. Y., 1981.
- BAULEO, A.: *Verso una Psicologia Sociale Analitica*. Ed. G. R. Bologna, 1983.
- BAULEO, A.; BLEGER, J.; DE BRASSI, M.: *Strumenti di analisi operativa*. Ed. I.F.R.A. Bologna, 1985.
- BOIDI, G.; MONTERISI, G.: «Alcune considerazioni sulla integrazione dei servizi per tossicodipendenti nel Servizio Sanitario Nazionale». *Rivista di Freniatria*, ag. Roma, 1981.
- BORGONOV, E.; BELLAMANO, R.: *L'analista costi benefici*. Franco Angeli Ed. Milano, 1983.
- CANCRINI L.: *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanile in Italia*. Mondadori Ed. Milano, 1973.
- CARTA, I.; CLERICI, M.; GARINI, R.; et al.: «Un modello integrato di riabilitazione per tossicodipendenti da eroina di un servizio ambulatoriale e residenziale nell'arco di 10 anni». In *Atti Congresso Sottoprogetto Tossicodipendenze*, Firenze. Ed. Alba Centro Stampa. Roma, 1985.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto di Biostatistica ed Epidemiologia: *Il sistema delle rilevazioni statistico-sanitarie in Italia*. Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche. Giardini Ed. Pisa, 1982.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto di Biostatistica ed Epidemiologia: *Progetto TO. Di. L'accertamento e la determinazione di morfina nei liquidi biologici negli iscritti alla leva militare per il 1980*. Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche. Giardini Ed. Pisa, 1982.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Cura dell'Ufficio Studi. Provveditorato di Padova: «Problemi di educazione sanitaria e prevenzione alle tossicodipendenze in ambito scolastico». *Atti del seminario di formazione per insegnanti di scuola media, inferiore e superiore*. Padova, 1980.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. UNITÀ OPERATIVA DI VERONA (CURA DI A. PAROLIN, G. SERPELLONI y G. MARTIN): *Infezione da HIV e AIDS. Metodi e materiali per l'educazione sanitaria neitossicodipendenti*. Verona, 1987.
- DI FIANDRA, T.; MARIANI, F.; PAROLIN, A.: «Survey system in the field of drug abuse: an italian project». *X Meeting of Euro Working Group on Operational Research Applied to Health Services*. Altavilla Vicentina, 1984.
- FANTOZZI, R.; LUCIANI, G.; MASINI, E.; et al.: «Clonidine and Naloxone induced opiate withdrawal a comparison between clonidine and morphine in man. Substance and alcohol action/misuse». *Fed. Med.*, 1:369, 1980.
- GIULUCCI, G.; ZAGO, E.: *Droga: prevenzione e terapia*. Mastrogiacomio Ed. Padova, 1980.
- LO RUSSO, A.; BENEDETTI, F.; ZOTTA, M.: *Il metadone nei Servizi Pubblici per tossicodipendenti*. Ed. Lauretana. Ancona, 1984.
- MALAGOLI TOGLIATTI, M.: *Droga, verso quale intervento?* La Nuova Italia Scientifica. Roma, 1981.
- MARIANI, F.; AVICO, U.: «Rapporto Droga Italia». Indagine attuata all'interno del Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche del CNR. Pisa, 1980.
- MARTIN, G.; SERPELLONI, G.; PAROLIN, A.; MARIANI, F.: *Infezione da HIV e AIDS: modello per la prevenzione in tossicodipendenze*. CNR, Unità Operativa di Verona, 1987.
- MASINI, L.; LUCIANI, B.; BLANDINA, P.; et al.: «Clonidine and naloxone for rapid opiate detoxification comparison between treatments». *Clin. Toxicol.*, 18:1021, 1981.
- MISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE. UFFICIO STUDI E PROGRAMMAZIONE: «Indagine sull'educazione sanitaria e prevenzione delle tossicodipendenze». *Bollettino d'Informazione del MPI*. 2-3 giugno e 4-5 luglio, 1981.
- TARTAROTTI, L.; VEZZANI, B.: *Scuola e prevenzione delle tossicodipendenze*. Giuffrè Ed. Milano, 1986.
- PAROLIN, A.: «Droga: simbologia e trasformazione del sistema medico negli anni 70». In *La società italiana. Crisi di un sistema*. Franco Angeli. Ed. Milano, 1981.
- PICHON RIVIÈRE, E.: *Il processo grupale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Ed. Lauretana. Loreto, 1986.
- TALLANDINI, M.: *Cosa pensano i bambini della droga*. Franco Angeli Ed. Milano, 1982.