

13.4

IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE. L'ESPERIENZA DEL SER.D DI TRAPANI E PANTELLERIA NEL PERIODO GENNAIO 2022 - MARZO 2023

Faliero I.^[1], Maltese V.^[1], Pollina P.*^[1]

^[1]Asp Trapani- Servizio Dipendenze ~ Trapani ~ Italy

Sottotitolo: Analisi e descrizione organizzativa di un servizio per le dipendenze: evoluzione storica, condizione attuale e prospettive future.

Testo Abstract

Introduzione

I SerD ossia i servizi per le Dipendenze patologiche, sono servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale dedicati alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive o da alcol o da comportamenti compulsivi come quelli causati dal gioco d'azzardo.

Negli ultimi decenni i classici SerT, Servizi per le Tossicodipendenze, hanno necessariamente dovuto sviluppare nuove competenze, integrate fra loro, per rispondere ai nuovi bisogni di cura e prevenzione delle nuove dipendenze. Oggi si chiamano SerD, Servizi per le Dipendenze e rispondono sui territori ai bisogni e alle emergenze causate dalle dipendenze sia da sostanze psicotrope sia da comportamenti come il disturbo da gioco d'azzardo, ma anche la dipendenza da internet, lo shopping compulsivo, la dipendenza dalle nuove tecnologie digitali, la dipendenza dal lavoro, dall'esercizio fisico, dal sesso, dalle relazioni affettive.

Cenni storici

L'attuale sistema di intervento sulle dipendenze nasce dopo gli anni '80 con la confluenza, nei Nuclei Operativi Tossicodipendenze, dell'esperienza dei Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e dei Presidi di Diagnosi e Cura (geralmente identificati come Centri Metadonici), per formare Servizi erogativi in ogni

Unità Sanitaria Locale. Parallelamente ai N.O.T., già esistevano anche sedi specifiche per il trattamento di problemi alcolologici: i Nuclei Operativi Alcolologia (N.O.A.).

I Centri Medici e di Assistenza Sociale erano nati ai sensi della Legge 685 del 1975 che, all'articolo 90, faceva riferimento al fatto che la cura e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti fossero affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici.

Le finalità di tali presidi riguardavano il fornire ausilio specialistico, determinare idonee terapie di disintossicazione e attuare tutte le iniziative possibili atte al recupero sociale degli assistiti, coinvolgendo quando possibile le famiglie.

Il legislatore -particolarmente preoccupato di garantire parità di accesso ai servizi ed alle prestazioni erogate dai servizi pubblici e dalle strutture private accreditate-specificava che ai "servizi e alle strutture autorizzate, pubbliche e private" accreditate, spettano le funzioni di:

- analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia con anche l'effettuazione di controlli clinici e di laboratorio;
- individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione. (Gatti, 2018)

Dunque, la legge del '75 migliorava l'organizzazione e la distribuzione territoriale dei Servizi specificamente dedicati alla cura delle tossico-alcol dipendenze sul territorio, e negli applicativi della legge 685/75, i Decreti del Ministero della sanità del 6 giugno e del 4 agosto '78 (Decreti Anselmi) ed i successivi del 7 agosto e del 10 ottobre 1980 (Decreti Aniasi), indicarono il metadone (e lo sciroppo di morfina in una prima fase sperimentale durata sino al 1985) come farmaci sostitutivi per il trattamento della dipendenza da eroina.

Negli anni '80, con la nascita delle Unità Sanitarie Locali, in tempi differenti da Regione a Regione, venivano istituiti Servizi territoriali per la cura delle tossico-alcol dipendenze che riassumevano, come già

detto, l'esperienza multidisciplinare dei CMAS con quella, più medica, dei Presidi (metadonici) costituiti ai sensi dei Decreti Anselmi ed Aniasi.

Nascevano così i progenitori degli attuali SERT (Servizi Tossicodipendenze) che fornivano trattamenti multidisciplinari integrati ed anche "trattamenti metadonici". Secondo questa prospettiva, l'uso di metadone o buprenorfina a medio - lungo termine, infatti, elimina il desiderio compulsivo per gli oppiacei, ferma gli eventuali sintomi dell'astinenza, blocca l'euforia indotta dagli oppiacei e stabilizza, regolarizzandolo, il disfunzionamento dei meccanismi neuronali causati dalla dipendenza.

La nuova era venne segnata dalla legge 162/90 e dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 - Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. La Guerra alla droga, a livello internazionale, era nel suo pieno e la legge italiana ribadiva l'uso di droghe come fatto illecito fino al punto di affermare che, in determinate condizioni, poteva anche essere sottoposto a detenzione chi non accettava di curarsi.

Il SERT degli anni '90 diventò così, contemporaneamente, un luogo di cura ma anche la parte di un contenitore con tre lati: gli organi di controllo, Polizia, Magistratura, Carcere e Prefettura su un lato; Comunità terapeutiche, su un altro; e, appunto, il SERT. Uno strumento importante di questo contenimento fu indubbiamente il metadone. Il farmaco principale usato per il trattamento della tipologia principale di utenza (gli eroinomani) era molto attraente ed uno dei pregi vantati del suo utilizzo era proprio la ritenzione in trattamento. Proprio l'indice di ritenzione, infatti, è tuttora uno degli indicatori di risultato più utilizzato per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti nel campo della tossicodipendenza. Gli stessi flussi di dati istituzionali erano, ed ancora oggi sono, più interessati al numero delle persone prese in carico, piuttosto che all'esito reale del percorso.

Allo stesso tempo permaneva l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo alla detenzione, a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive. In questo caso il medico o, comunque l'operatore del Servizio Sanitario diventavano i segnalatori di "tutte le violazioni" (il testo di legge non è più chiaro) commesse dalla persona sottoposta a programma terapeutico. Tale situazione genera un doppio mandato per il terapeuta che diventa a tutti gli effetti anche un controllore, inficiando in tale maniera l'alleanza terapeutica o quanto meno permeandola di altri costrutti simbolici (Gatti,

2018).

Il sistema legislativo del Paese, dopo il referendum che spegneva definitivamente le parti più sanzionatorie e repressive della legge del giugno 90 detta Jervolino - Vassalli per il nome dei principali proponenti, cambierà ancora con una legge del 2006 (Fini - Giovannardi).

La nascita dei primi Nuclei Operativi Tossicodipendenze rappresentò un processo graduale che tuttavia non comportava, nella sua prima fase, la messa a regime di un vero e proprio "sistema di cura" quanto, piuttosto, di sedi operative con mission ed organizzazioni simili, inquadrate in Unità Sanitarie Locali differenti, successivamente denominate Unità Socio Sanitarie Locali e ridotte di numero. Solo nella seconda metà degli anni '90, con la istituzione di Aziende Sanitarie Locali, più ampie territorialmente, i Servizi Erogativi incominciarono ad essere maggiormente organizzati in Sistemi coerenti, prodromi dei futuri Dipartimenti Dipendenze. Nei diversi territori del Paese l'organizzazione era, tuttavia, differente. In alcuni casi era mantenuta strettamente la competenza zonale di ciascuna sede operativa, in altri, la barriera del confine di zona era superata permettendo di differenziare l'offerta sulla base di equipe specializzate, da una parte e, dall'altra, nel limite del possibile, di lasciar scegliere al cittadino il luogo o l'equipe di cura preferita. Fu in questa fase che lo "splendido isolamento" del Sistema di Intervento sulle Dipendenze raggiunse gradualmente il suo massimo vigore con il consolidamento, almeno in alcuni luoghi, dei Dipartimenti Dipendenze. Il mandato relativo a prevenzione, terapia e riabilitazione avrebbe dovuto consolidarsi con il coordinamento e la direzione di Dipartimenti che prevedevano, sebbene in modo differente, la partecipazione di Pubblico e Privato (sociale). Negli anni più recenti in molte regioni italiane i Servizi Dipendenze sono stati inseriti all'interno dei Dipartimenti di Salute mentale. Ciò ha determinato una maggiore vicinanza dei servizi e un superamento dell'isolamento iniziale.

La presenza dei Servizi Dipendenze nei Dipartimenti Salute Mentale prefigura un insieme operativo che dovrebbe essere in grado di offrire programmi più adeguati per i soggetti con "doppia diagnosi" anche tenendo presente che oggi, probabilmente, solo una parte delle persone che risultano affette da patologie inquadabili in una "doppia diagnosi" può ricevere un trattamento appropriato per entrambe le condizioni. Detto ciò sono esistiti e permangono una serie di condizionamenti, culturali, operativi e di mandato che, sebbene non esplicitamente, hanno indirizzato i Servizi Dipendenze verso un particolare tipo di utenza. I programmi di trattamento e l'organizzazione dei

Servizi di cura si sono così “adattati” soprattutto a questa tipologia di utenza. Se i Dipartimenti di Salute Mentale, dovessero orientarsi ancora di più su un particolare tipo di utenza (soprattutto uomini, soprattutto dipendenti cronici da sostanze illecite contemporaneamente affetti da disturbi mentali medio gravi) diventerebbe difficile trovare altri tipi di risposte per la rimanenti tipologie di potenziale utenza; per la possibilità di intervenire precocemente per prevenire la cronicità senza limitarsi, semplicemente a gestirla; per meglio intervenire sui disturbi da uso di sostanze lecite, che sono molto più diffusi di quelli inerenti le sostanze illecite.

A più di quarant'anni dalla loro nascita i Servizi territoriali di intervento sulle dipendenze patologiche si trovano di fronte a profondi mutamenti susseguitisi molto velocemente: il trattamento, infatti, è sempre più orientato verso il trattamento di tutte le dipendenze patologiche ma il Sistema sanitario nel suo complesso e la popolazione generale conservano una sorta di stigma verso il tossicodipendente che finisce per etichettare in generale tutto il settore. Tutto ciò determina una delle principali motivazioni del ritardo con il quale le persone si rivolgono ai servizi (Gatti, 2018).

Si determina la necessità di un cambiamento dei Servizi che permetta di fornire queste risposte e determinare un'organizzazione delle stesse che permetta di inserirle all'interno di un concetto di presa in carico globale dell'individuo, non sottoponendolo a isolati trattamenti al di fuori degli altri servizi ma inserendoli dentro un sistema globale di benessere e cura.

Struttura organizzativa servizi dipendenze

L'obiettivo precipuo di un SerD riguarda la cura delle persone con problemi di dipendenza e comprende contestualmente la prevenzione del fenomeno e il completo recupero dei pazienti. L'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999 ha definito nel dettaglio, quali sono gli interventi terapeutici che un SerD deve necessariamente garantire per realizzare la propria mission.

Le prestazioni che il servizio (SerD) garantisce sono:

- accoglienza e diagnosi;
- terapie farmacologiche specifiche e il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- psicodiagnosi e attività di sostegno;
- attività di riabilitazione;
- Focal Point della ricerca epidemiologica e sociale;
- partecipazione all'attività del dipartimento” (Lovaste, 2015).

La struttura organizzativa di base di un SerD dovrebbe

prevedere cinque componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, lo staff di supporto al vertice strategico, l'équipe terapeutica e la componente tecnico/amministrativa. L'équipe multi disciplinare rappresenta il nucleo operativo del SerD, l'équipe è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo, dall'assistente sociale e dall'educatore professionale. L'équipe è il contesto all'interno del quale sono elaborati e attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico. (Lovaste, 2015).

Tutte le persone che accedono al servizio formulando una richiesta di presa in carico legata ad un problema di dipendenza vengono accolte senza tempi di attesa. Tale scelta è finalizzata a rendere il più veloce possibile il primo contatto e l'accesso al servizio maggiormente tempestivo.

Il primo contatto è volto all'analisi della domanda e di norma viene effettuato dall'assistente sociale e dal medico psichiatra. Le informazioni raccolte vengono discusse in équipe al fine di stabilire quali interventi attivare (Varango et al. 2022).

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa-diagnostica che, a seconda della peculiarità e priorità presentata, può vedere impegnate contemporaneamente o in tempi diversi una o più figure professionali. La fase della valutazione può essere definita come l'insieme delle attività che consentono una conoscenza più approfondita del caso e che permettono di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato centrato sul paziente. La valutazione medica e infermieristica permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM-5 e di avere un quadro sufficientemente chiaro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di patologie associate o concomitanti. La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la dinamica delle sue relazioni familiari e il significato soggettivo dell'esperienza tossicomania. Inoltre individua le risorse psicologiche, proprie del paziente, mobilitabili ai fini del cambiamento. La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita dei pazienti e gli eventuali problemi giuridici connessi alla dipendenza. La fase della presa in carico, comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del paziente. Il progetto terapeutico deve sempre essere concordato con il paziente, intendendo con ciò la ricerca di un suo attivo coinvolgimento non solo sul

piano del consenso, ma anche rispetto alla definizione degli obiettivi, dei reciproci impegni e dei criteri di verifica di risultato. Periodicamente, l'equipe multidisciplinare deve discutere l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili. (Lovaste, 2015).

SerD Trapani e Pantelleria

Il servizio per le dipendenze di Trapani negli ultimi anni ha vissuto un cambiamento all'interno della struttura organizzativa, che ha permesso di ampliare e arricchire lo staff di nuove professionalità e nuove figure assunte attraverso progetti specifici per la cura del Gioco d'azzardo patologico e di altre dipendenze comportamentali. Tali progetti hanno permesso di creare ambulatori specifici e la strutturazione di trattamenti personalizzati sulle dipendenze comportamentali.

Il SerD di Trapani comprende oltre il territorio della città di Trapani e del territorio limitrofo, anche i pazienti dell'isola di Pantelleria e gli utenti tossicodipendenti della Casa Circondariale P. Cerulli di Trapani. Nello specifico la struttura del SerD di Trapani è composta da un responsabile dirigente medico psichiatra il quale, oltre a svolgere pratica clinica, ha il compito di coordinare le attività del servizio, due medici psichiatri strutturati, tre infermieri strutturati che si occupano sia del front-office e che rappresentano il primo contatto con l'utente, sia di coordinare tutto il monitoraggio laboratoristico, un dirigente psicologo strutturato e cinque psicologhe a progetto che si occupano di tutto l'ambito delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo e internet addiction in particolare) ed infine un'assistente sociale strutturata e quattro assistenti sociali afferenti ai progetti sopra menzionati. La strutturazione del SerD promuove il lavoro di equipe multidisciplinare favorendo una presa in carico globale del paziente afferente al servizio e la programmazione di un trattamento quanto più rispondente alle caratteristiche specifiche del soggetto potendo, altresì, contare su professionisti aventi specializzazioni differenti e quindi, promuovendo, trattamenti ad orientamento analitico-transazionale, cognitivo-comportamentale, gestaltico integrato e sistemico. A tal proposito lo screening iniziale, rispetto all'utente che arriva al Servizio, viene generalmente, effettuato al fine di valutare quale approccio, tra quelli sopra indicati, possa essere quello più appropriato.

Tra il primo Gennaio del 2022 e il primo Marzo del 2023 hanno avuto accesso al nostro Servizio 158 pazienti con diagnosi di alcol-dipendenza di cui 137

maschi (86,7%) e 21 femmine (13,3%) (Figura 1) di cui nuovi 24 (maschi 20 e femmine 4).

I pazienti con diagnosi di tossicodipendenza in carico erano 421 di cui di cui 380 maschi (90,3%) e 41 femmine (9,7%), (Figura 2) e dei quali nuovi 51 (maschi 39 e femmine 12).

I pazienti con gioco d'azzardo patologico che risultano in carico sono 63 di cui 57 maschi (90,5%) e 6 femmine (9,5%) (Figura 3), di questi, i nuovi ingressi sono stati 12 (10 maschi e 2 femmine).

La distribuzione per età dei pazienti con alcol-dipendenza è la seguente: 13 avevano un'età compresa tra 20 e 29 anni (8,23%), 29 tra 30 e 39 anni (18,9%), 54 tra 40 e 49 anni (34,2%), 46 tra 50 e 59 anni (29,11%) e 16 avevano un'età superiore ai 60 anni (10,1%).

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti afferenti al SerD per tossicodipendenza così si compone: 10 avevano un'età compresa tra 15 e 19 anni (2,4%) 77 tra 20 e 29 anni (18,3%), 107 tra 30 e 39 anni (25,4%), 148 tra 40 e 49 anni (35,1%), 69 tra 50 e 59 anni (16,4%), 10 avevano un'età superiore ai 65 anni (2,4%).

La distribuzione dei pazienti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico si compone così: 8 avevano un'età compresa tra 20 e 29 anni (12,7%), 17 tra 30 e 39 anni (26,9%), 15 tra 40 e 49 anni (23,8%), 11 tra 50 e 59 anni (17,4%), 12 avevano un'età superiore ai 65 anni (19%).

Conclusioni

Le dipendenze, in Italia, e non solo, rappresentano oggi una vera e propria pandemia rispetto la quale l'azione di contrasto dell'offerta non è da sola sufficiente: occorre invece ridisegnare e tornare ad investire sul sistema dei servizi, dalla prevenzione primaria, alla cura e riabilitazione sino all'inserimento sociale e lavorativo. Le dipendenze patologiche presentano la necessità di un intervento integrato, sociale e sanitario. Il SerD di Trapani e Pantelleria da qualche anno invita nuovi e vecchi utenti, che si presentano al servizio, a sottoporsi ad un programma d'intervento multidisciplinare che coinvolge nello specifico l'Assistente Sociale, il medico-psichiatra e lo psicologo. Nella pratica quotidiana il lavoro in equipe permette di operare in maniera sistematica, indirizzato alla presa in carico totale del paziente che spesso si trova disorientato rispetto alla problematica di dipendenza e necessita di

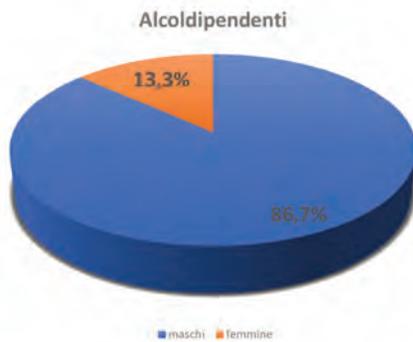


Figura 1. Percentuale maschi e femmine con alcolodipendenza in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

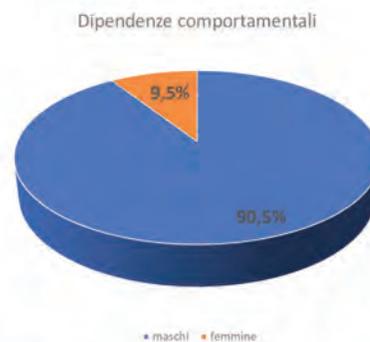


Figura 3. Percentuale maschi e femmine con dipendenze comportamentali in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

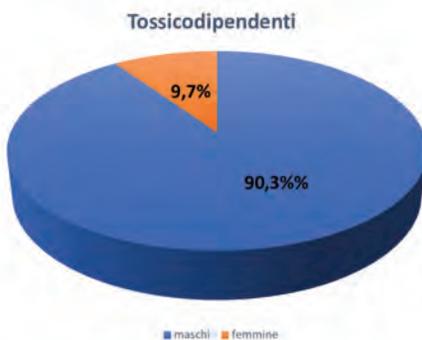


Figura 2. Percentuale maschi e femmine tossicodipendenti in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

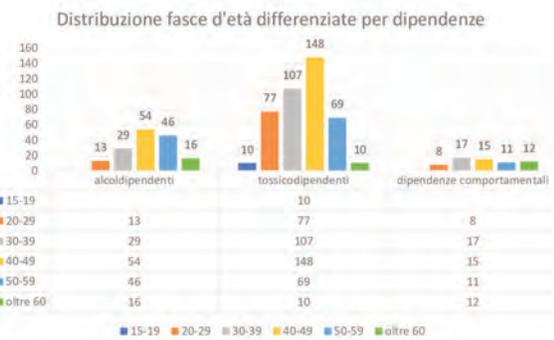


Figura 4. Distribuzione per fasce d'età pazienti in carico Ser.D di Trapani tra l'1/01/2022 e l'1/03/2023

chiarezza in particolare rispetto all'eventuale richiesta d'ingresso presso le comunità per avviare il percorso di disintossicazione. L'utente, spesso, è convinto che l'accesso al SerD sia correlato al successivo, immediato, ingresso in comunità per tossicodipendenti e non è sempre facile far comprendere la necessità di un percorso di accoglienza e sostegno medico-psico-sociale, affinché, possa valutare e maturare insieme agli operatori di riferimento l'eventuale inserimento in comunità. Inevitabilmente si è riscontrato nella realtà del SerD di Trapani e Pantelleria che i nuovi utenti si lasciano, perlopiù, guidare dal modello operativo che gli viene presentato durante il primo colloquio di accoglienza, mentre, i cosiddetti "vecchi utenti", che ritornano al servizio per delle ricadute, tendono a faticare nell'accettare ed aderire al programma proposto. A tal proposito ci si propone come servizio di monitorare e studiare il fenomeno della "richiesta d'ingresso in comunità" ipotizzando generalmente che coloro i quali aderiscono al programma proposto dal SerD entrino in comunità con una maggiore motivazione e vi rimangono per più tempo, svolgendo in maniera più consapevole il trattamento, rispetto a coloro i quali richiedono con urgenza di fare ingresso in comunità con il rischio di abbandonare quasi subito il percorso. Il Servizio si propone, altresì, di attivare nel prossimo futuro dei

gruppi di psico-educazione per genitori e familiari di soggetti dipendenti (prevalentemente da sostanze stupefacenti) che spesso richiedono di essere aiutati e sostenuti nella gestione della crisi d'astinenza oltre che per le innumerevoli contraddizioni che vengono spesso espresse dal soggetto dipendente. La tossicomania deve quindi essere intesa come processo ciclico che coinvolge più individui: comunemente il figlio tossicomane ed i suoi genitori,- un importante punto cui si è pervenuti è quello della necessità di fare un lavoro con le famiglie le quali, anche se non possono sempre considerarsi causa della tossicomania, hanno sicuramente un ruolo determinante sia nel suo mantenimento come nella sua risoluzione: La famiglia può essere protagonista nel processo di riabilitazione di un tossicomane sia se direttamente coinvolta sia come famiglia "risorsa" Se è vero infatti che la stessa qualche volta rappresenta "un sistema in difficoltà" è anche vero che se motivata e preparata, può essere in grado di esercitare una funzione di accoglienza e di enorme contributo al processo di riabilitazione e di reinserimento di un giovane tossicodipendente. È importante sottolineare come le dipendenze comportamentali prese in esame afferiscono principalmente al campo della dipendenza da gioco d'azzardo patologico, questo è indicativo di come ancora le dipendenze com-

portamentali (internet addiction, dipendenze sessuali e altre nuove dipendenze), non siano ancora vissute e identificate socialmente come un problema e ciò ci indica la strada sul lavoro futuro dei SerD.

Tra i diversi interventi e trattamenti su cui il SerD di Trapani e Pantelleria sta investendo in termini di formazione degli operatori, una menzione a parte merita il trattamento di Stimolazione magnetica transcranica -TMS, la quale agisce sfruttando un campo magnetico ad alta intensità, generato facendo passare una corrente elettrica in una bobina a spirale. Appoggiando la bobina su alcune parti del cranio, in particolare dell'area frontale laterale, è quindi possibile provare a scardinare gli schemi di funzionamento neurale che codificano il desiderio della sostanza e i comportamenti di ricerca e uso nelle dipendenze. Gli impulsi magnetici emessi dalla TMS infatti possono modificare l'attività elettrica delle aree della corteccia cerebrale (e in parte anche dei centri anche inferiori ad essa collegati), modulando in questo modo l'eccitabilità (aumentando o inibendola) dei circuiti neuronali interessati e invertire i processi di neuroplasticità prodotti dall'uso continuato delle sostanze che alimentano il ciclo della dipendenza.

Bibliografia

Angeleri M, Felici G., Ianniciello S., Matteoli G., Ruggerini A.M., Vischetti S. (2018). La famiglia "in aiuto". L'esperienza dell'Associazione Genitori ed Amici "Insieme contro la Droga". www.villamaraini.it

Audino G., Battaglia E., Genco F., Mellace V, Montesano F., Macrina R, Notaro M., Codispoti L., Macrina A., Pascolo A., Squillace M.C., Samà G., (2020) "Percorso clinico-diagnostico-riabilitativo dei pazienti con dipendenza da alcol in carico nell'anno 2019 al SerD di Soverato". Periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 53, 36-38.

Gatti R. C., (2018). Il sistema sanitario per le dipendenze sul territorio l'evoluzione del sistema. www.droga.net.

Lovaste R. (2015), "Elementi base di organizzazione di un SerD". Mission - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 43.

Varango C., Cerutti L., Gavina M. (2022). Un percorso di integrazione tra strutture ospedaliere e servizi territoriali. Mission - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 58, 9-11.