

## IL MAUDSLEY ADDICTION PROFILE

*Uno strumento per la ricerca sugli esiti dei trattamenti*

### 1. ABSTRACT

<b>Titolo:</b>	<b>The Maudsley Addiction Profile</b>
<b>Autore:</b>	J. Marsden; M. Gossop; D. Stewart; D. Best; M. Farrel; J .Strang
<b>Rivista:</b>	
<b>Città:</b>	London
<b>Numero (Volume):</b>	
<b>Data:</b>	July 1998
<b>Abstract:</b>	Questo strumento è stato formulato durante lo sviluppo della ricerca denominata NTORS (National Treatment Outcome Research Study) iniziata nel Regno Unito nel 1995. È costituito da un breve questionario, somministrato da un intervistatore opportunamente addestrato, che ha lo scopo di registrare le problematiche incontrate dalle persone adulte che hanno problemi con la tossicodipendenza al momento della presa in carico. È uno strumento di valutazione caratterizzato da misurazioni riguardanti lo stato psichico e fisico dell'utente, il comportamento di abuso di sostanze e indaga, in modo approfondito tre ambiti del funzionamento personale e sociale dell'individuo (attività professionale, conflitti relazionali e comportamento criminale). La maggior parte dei soggetti completa il questionario in circa 12 minuti. I cambiamenti che si riscontrano nelle misurazioni che avvengono in tempi definiti dalla ricerca, possono essere attribuiti al trattamento o ad altri processi che intervengono nel processo di cura.
<b>Parole chiave:</b>	metodologia, strumenti operativi, valutazione, misurazioni
<b>File:</b>	11.pdf
<b>URL:</b>	<a href="http://www.ntors.org.uk">www.ntors.org.uk</a>



## **Premesse**

Questo è il Manuale d'uso e sviluppo del Maudsley Addiction Profile. Il MAP è una breve intervista strutturata per la ricerca sugli esiti dei trattamenti. Il manuale si articola in quattro parti:

- Parte I: descrive le basi teoriche e lo sviluppo dello strumento;
- Parte II: illustra come somministrare il MAP e contiene suggerimenti per un buon utilizzo dell'intervista;
- Parte III: presenta i risultati dei test sul campo dello strumento e le sue caratteristiche psicometriche;
- Parte IV: mostra un esempio dello strumento MAP che può essere fotocopiato e adattato alle proprie esigenze.

Per eventuali commenti direttamente agli autori: J.Marsden@iop.kcl.ac.uk

## **PARTE I**

### **Introduzione e uso dello strumento**

Il MAP è un breve questionario che va somministrato da un intervistatore per la ricerca sugli esiti dei trattamenti. Esso misura i problemi in quattro ambiti: uso di sostanze, comportamenti a rischio per la salute, salute fisica e psicologica e funzionamento personale/sociale. Il MAP è il primo questionario breve sviluppato in Gran Bretagna per esaminare questi aspetti con le persone che presentano problemi di alcol e droga. È stato predisposto come uno strumento di ricerca di base e come una risorsa per i servizi terapeutico-riabilitativi che desiderano realizzare degli studi sugli esiti dei trattamenti. Per la maggior parte dei soggetti il tempo necessario per la realizzazione dell'intervista è di circa 12 minuti. Il MAP è uno strumento di ricerca di dominio pubblico e può essere utilizzato gratuitamente per qualsiasi utilizzo no profit. Agli utilizzatori viene richiesto di citare lo strumento come segue:

Marsden, J. Gossop, G. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction* 93(12): 1857-1867.

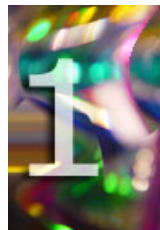
Il MAP è stato studiato esplicitamente per finalità di ricerca sugli esiti dei trattamenti. Tutte le misurazioni possono essere somministrate ripetutamente in diversi momenti durante e dopo un episodio indice del trattamento. I cambiamenti in queste misurazioni possono essere così attribuiti al trattamento o ad altri processi durante il periodo delle interviste. Un principio chiave sottostante il MAP è che, come strumento di base, altre misurazioni possono essere aggiunte a seconda delle esigenze cliniche, operative o di ricerca. Per esempio, si possono aggiungere una misurazione della dipendenza dalle sostanze oppure delle domande sulla storia nell'uso di droghe.

### **Razionale**

Il rationale dello sviluppo del MAP deriva dal crescente riconoscimento in Gran Bretagna dell'importanza di estendere la ricerca sull'esito dei trattamenti per i problemi legati all'uso di droghe (Task Force to Review Services for Drug Misusers 1996).

Significativamente, la strategia nazionale di lotta alla droga ha messo tra le priorità l'espansione della ricerca sugli esiti dei trattamenti e del monitoraggio delle prestazioni dei servizi terapeutico-riabilitativi (Tackling Drugs to Build a Better Britain, 1998). Negli Stati Uniti il valore della raccolta di dati sugli esiti dei trattamenti è stata ampiamente promosso nel corso dell'ultimo decennio (Institute of Medicine 1990; Center for Substance Abuse Treatment 1995) e sono stati sviluppati diversi sistemi di raccolta (per es. Harrison et al. 1996; Dennis, et al.

1998). In Gran Bretagna lo sviluppo della ricerca sugli esiti dei trattamenti è agli inizi. È Avviato nel 1995 lo studio nazionale sugli esiti dei trattamenti NTORS (National Treatment Outcome Research Study) che ha aumentato la comprensione degli esiti per le persone che entrano in programmi ambulatoriali a metadone o residenziali, mentre è rimasto limitato l'approfondimento sistematico sulle altre modalità e setting terapeutici. In particolare, è stata data una scarsa priorità allo sviluppo di strumenti validi e affidabili per valutare gli esiti dei trattamenti. Un ostacolo all'implementazione di ricerche sugli esiti è stata la mancanza di consenso su ciò che costituisce un set minimo di dati. Degli strumenti generali per la ricerca sui trattamenti sono stati sviluppati in altri paesi (per es. l'Addiction Severity Index, ASI, McLellan et al. 1980; McLellan et al. 1992a; e l'Opiate Treatment Index, OTI, Darke et al. 1992). A causa del tempo richiesto per la somministrazione (circa 45 minuti), questi strumenti non sono stati usati ampiamente in Gran Bretagna. Considerata l'importanza di minimizzare il carico amministrativo per gli operatori, abbiamo ritenuto che ci fossero degli importanti benefici nello sviluppare uno strumento di base breve per la ricerca sugli esiti dei trattamenti.



### *Sviluppo iniziale*

La validità correlata ai contenuti degli item del MAP è stata derivata specificamente dagli ambiti di valutazione degli esiti definiti dalla commissione del Dipartimento per la Salute (Task Force on Services for Drug Misusers, 1995) basata sulle raccomandazioni di Marsden (1994) e dallo sviluppo e implementazione di un set più ampio di misure degli esiti per lo studio NTORS (Marsden et al., 1998). Le domande dello strumento sono anche derivate da altri importanti studi valutativi (per es. McLellan et al., 1995; Darke et al., 1992; Simpson & Chatham 1995; Dennis, et al. in press).

Nella versione del MAP testata sul campo il periodo di riferimento sono gli ultimi 30 giorni (un mese) prima di entrare in trattamento. Per quanto possibile, abbiamo cercato di incorporare delle misurazioni continue con una metrica comune. Per esempio, le misure della frequenza dei comportamenti possono essere espresse in termini percentuali (per es. percentuale di giorni in cui è stata assunta eroina, percentuale di giorni in conflitto con il partner, percentuale di giorni lavorativi) e questi indicatori possono essere interpretati facilmente. Anche le misure categoriche possono essere calcolate al follow-up per descrivere l'uso di sostanze (per es. la proporzione di un campione che è astinente oppure consumatrice occasionale, regolare o giornaliera) così come la percentuale di soggetti che riferiscono di iniettarsi, di condividere aghi e siringhe, di lavorare e di svolgere attività criminali. In questa fase iniziale di sviluppo del MAP, le medie pretrattamento per le scale relative alla salute fisica e psicologica possono essere utilizzate per confronto con i punteggi medi di singoli soggetti o di campioni misurati in ricerche successive.

I cambiamenti nelle stime della gravità per item individuali possono anche essere degli utili indicatori dei benefici derivanti dal trattamento (per esempio, la frequenza dell'ideazione suicida nella scala per la depressione). Va tuttavia sottolineato che, sebbene il MAP registri i problemi in alcune aree chiave, questi problemi non sono necessariamente causati o attribuiti dal soggetto al suo uso di droghe o alcol. Al soggetto non viene chiesto di stabilire se i problemi sono stati dovuti o causati dal suo comportamento di uso di sostanze.

### *Applicazioni pratiche*

Nelle applicazioni pratiche suggeriamo che venga adottato un approccio modulare alla ricerca sugli esiti dei trattamenti in cui venga registrato un set principale di misurazioni, con eventuali altre misurazioni a seconda delle esigenze specifiche. Ciò consentirebbe di raccogliere un insieme di misure di base in programmi diversi per favorire la diffusione dei risultati, promuovendo allo stesso tempo la flessibilità nella selezione delle misurazioni degli esiti che vengono raccolte. La valutazione potrebbe includere anche le misurazioni delle

pratiche di scambio diretto e indiretto di aghi o siringhe, utilizzando per esempio il questionario di Stimson, et al., 1998 (Injecting Risk Questionnaire).

Di recente abbiamo sviluppato anche un questionario sulle percezioni sul trattamento (Treatment Perceptions Questionnaire-TPQ, Marsden et al., 1998) che con 10 item consente di misurare la soddisfazione nei confronti del trattamento, che può essere utilizzato in aggiunta al MAP. Possono anche essere aggiunte a seconda delle esigenze altre misure sul supporto personale e ambientale e sui fattori stressanti. Sono anche richieste delle misurazioni relative al trattamento stesso e ci sono diversi strumenti a disposizione che registrano diversi aspetti dei processi e dell'ambiente terapeutici (Simpson & Chatham 1995; Moos 1988b; McLellan et al. 1992b). Come minimo si dovrebbero registrare il setting, le modalità e la durata del trattamento. In una valutazione complessiva degli esiti si potrebbero usare anche ulteriori misurazioni relative alle scelte da parte del cliente degli obiettivi terapeutici, la quantità di prestazioni e servizi ricevuti e il relativo costo finanziario, la dimissione dal programma terapeutico e eventuali altre prestazioni o servizi ricevuti non previsti dal programma originario.

### *Aree problematiche valutate dal MAP*

La diminuzione o l'interruzione del consumo di alcol e/o droghe è ovviamente l'indicatore primario di successo terapeutico in questo ambito. Gli individui ammessi al trattamento possono però soffrire anche di altri disturbi medici, psicologici e sociali cronici e/o acuti. Per questo motivo le ricerche sulla valutazione degli esiti dei trattamenti hanno utilizzato una varietà sempre crescente di misurazioni e le analisi sono diventate multidimensionali (per es. McLellan et al. 1980; Taylor et al. 1985; Simpson, Joe & Lehman 1986; Moos, Finney & Cronkite 1990). Di solito sono state esaminate tre aree problematiche: (a) consumo di alcol e droghe; (b) problemi di salute; (c) funzionamento personale/sociale, con riferimento di solito ai problemi nelle relazioni interpersonali, al lavoro e al coinvolgimento in attività criminali (McLellan et al. 1980; Babor et al. 1994; Simpson & Chatham 1995). Dalla metà degli anni '80 il rischio di esposizione per i consumatori di droghe per via inettiva alla infezione HIV e ad altre infezioni trasmesse per via ematica (per es. i virus delle epatiti B e C) ha portato all'introduzione importante di una quarta area problematica riguardante i comportamenti iniettivi e altri rischi per la salute (Strang 1992). Le misurazioni degli esiti derivanti da queste quattro aree problematiche sono descritte nella sezione che segue.

### *Uso di sostanze*

Vi è ora un ampio accordo sul fatto che gli studi sugli esiti dei trattamenti dovrebbero registrare come minimo la frequenza dell'uso delle diverse sostanze ad intervalli di 24 ore durante un periodo di riferimento (ultimi 30 giorni) e l'intensità del consumo giornaliero (Wells, Hawkins & Catalano 1988; Addiction Research Foundation 1993; Babor et al. 1994). Queste misure riflettono la probabilità di danno al consumatore che può derivare da un consumo ad alta frequenza e/o alta intensità (cioè grandi quantità consumate in un'unica occasione). Inoltre, è importante registrare se una sostanza viene assunta su prescrizione medica e attraverso quale via di assunzione (cioè orale, nasale, iniettiva).

Per quanto riguarda l'alcol, il consumo viene registrato di solito in base al contenuto di etanolo, al peso o al volume (Miller, Heather & Hall 1991). Al contrario, può essere problematico misurare il contenuto delle dosi di sostanze illegali. La ricerca valutativa negli USA ha cercato di concentrarsi sulla misurazione della frequenza piuttosto che dell'intensità a causa delle preoccupazioni in merito all'attendibilità delle autodichiarazioni sulla purezza e sulla dimensione delle dosi. Ciò nonostante una stima della quantità abituale consumata è un dato aggiuntivo utile per la ricerca e la clinica, non soltanto perchè al follow-up un individuo può avere mantenuto la stessa frequenza d'uso ma con una sensibile riduzione nell'intensità dell'uso. In Gran Bretagna le preoccupazioni in merito all'attendibilità delle dichiarazioni sul contenuto delle dosi di sostanze illegali sono state superate in qualche misura dai dati che attestavano che i

livelli di purezza di eroina e cocaina sequestrate rimanevano sostanzialmente costanti nel tempo (King 1997; Strang, Griffiths & Gossop 1997).

### *Comportamenti a rischio per la salute*

I consumatori di droghe per via iniettiva possono essere esposti ad infezioni per via ematica tramite lo “scambio” di aghi o siringhe infette e potenzialmente tramite lo scambio di certi elementi usati nelle procedure iniettive (Gossop et al. 1997b). Viene riconosciuta l'importanza per la valutazione degli esiti dei trattamenti la registrazione della frequenza delle iniezioni, degli scambi e di altri comportamenti a rischio nelle iniezioni. A livello di popolazione l'HIV si trasmette principalmente attraverso i rapporti sessuali. Dal momento che molti consumatori di droghe sono sessualmente attivi, la valutazione dei comportamenti sessuali con la penetrazione senza uso di preservativi è un'altra importante misura del rischio di esposizione virale (McKeganey, Bernard & Waston 1989; Magura et al. 1990; Donoghoe 1992).

### *Salute fisica e psicologica*

Vi sono una varietà di disturbi fisici e psicologici che possono essere derivanti o associati con l'uso problematico di sostanze (Wartenberg 1994; Rubin & Benzer 1997). Tra tutti i disturbi psicologici quelli di natura ansiosa e depressiva sia a livello acuto che cronico sono quelli più prevalenti tra i consumatori di droghe in trattamento (per es. Rounsaville et al. 1982; Ross, Glaser & Germanson 1988). La gestione dei problemi di salute fisica e psicologica è una attività comune in molti programmi terapeutici. Comunque, è stata dedicata minore attenzione allo sviluppo e alla valutazione dei sintomi fisici e psicologici tra i tossicodipendenti rispetto alla valutazione degli esiti dei trattamenti.

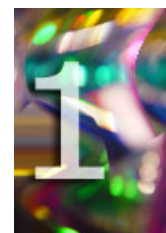
### *Funzionamento personale/sociale*

In questa area problematica di solito vengono esaminati tre aspetti:

- i conflitti e i problemi relazionali: i programmi terapeutici sono finalizzati in generale a migliorare le relazioni tra il soggetto e il suo partner sessuale, la famiglia e gli amici. I conflitti in questi ambiti si sono dimostrati un importante predittore negativo degli esiti del trattamento (Moos, Fenn & Billings 1988a).
- il lavoro: l'occupazione in un lavoro remunerato si è dimostrato un predittore della ritenzione in trattamento e di esiti favorevoli (Simpson, Joe & Lehman 1986). Sebbene sia scarsa la possibilità di un programma terapeutico di assicurare un lavoro, i servizi territoriali di solito cercano di migliorare le opportunità lavorative e il fatto di assicurare o mantenere un lavoro viene riconosciuto come un obiettivo importante (French et al. 1992).
- L'attività criminale: per alcuni individui l'attività criminale è uno strumento funzionale per finanziare il consumo di droghe (Jarvis & Parker 1989; Hough 1996). Una riduzione del coinvolgimento in attività criminali determina un importante beneficio per la sicurezza pubblica derivante dal trattamento e il numero di reati contro la proprietà (soprattutto il borseggio, che è il reato più comune contro la proprietà), del commercio di droghe e di altri reati di appropriazione vengono riportati in numerosi studi di valutazione degli esiti dei trattamenti (per es. Anglin & Speckart 1988).

### *La struttura del MAP*

I 30 giorni precedenti l'ammissione al trattamento vengono usati come il periodo di riferimento per l'intervista del MAP. Questo periodo è stato utilizzato da una varietà di strumenti



di ricerca (per es. McLellan et al. 1992a; Simpson & Chatham 1995) ed è un compromesso tra un periodo più breve (per es. 7 giorni) che rischia di non rilevare il consumo occasionale di sostanze e altri comportamenti rilevanti e un periodo più lungo (per es. 6 mesi) dove il soggetto può avere problemi rilevanti di memoria.

### *Struttura della versione testata dello strumento*

Quella che segue è una sezione introduttiva al MAP, che contiene 60 item in 4 aree problematiche.

- **Uso di sostanze.** La valutazione è limitata a 5 tipi di sostanze che sono associate ai problemi clinici esibiti dai nostri clienti al Maudsley Hospital e che sono rappresentative delle sostanze che sono attualmente utilizzate in Gran Bretagna: eroina illegale, metadone senza prescrizione medica e benzodiazepine, cocaina, crack e alcol. Altre sostanze psicoattive andranno aggiunte o eliminate nel caso il MAP venga utilizzato in altri paesi. In primo luogo viene registrato il numero totale di giorni di consumo di una sostanza prima dell'ammissione al trattamento. Al soggetto viene fornito un cartellino con sette esempi tipici di risposta (che variano da "una volta la settimana" a "ogni giorno") e gli viene chiesto di indicare quale di queste risposte si avvicina maggiormente alla sua frequenza d'uso. Viene quindi riportato il numero corrispondente di giorni. Per le sostanze utilizzate occasionalmente o quando non c'è un modello abituale di consumo, l'intervistatore utilizza un calendario per facilitare il ricordo dell'ultima volta che la sostanza è stata consumata: si registrano quel giorno e qualsiasi giorno precedente durante il periodo di riferimento. L'intensità del consumo viene stimata dalla dichiarazione a voce della quantità consumata in una giornata tipica del mese precedente (fornita di solito in base al peso o al prezzo al dettaglio). Per l'alcol, il consumo in una giornata tipica viene stimato in termini di tipo di bevanda, contenuto alcolico e numero e dimensioni delle bevande. Le dichiarazioni vengono registrate per esteso e successivamente convertite in unità standardizzate di etanolo (1 unità = 8-10 gr.; 0.28-0.35 once). Nei casi in cui la quantità di alcol o altre sostanze consumate vari, viene chiesto al soggetto di ricordare la quantità consumata nei due o tre giorni immediatamente precedenti il periodo di riferimento. Queste informazioni vengono registrate per esteso e quindi viene calcolata la media. Con l'eccezione dell'alcol, viene registrata anche la modalità abituale di consumo utilizzando le categorie seguenti: orale, nasale, per inalazione e iniettiva.
- **Comportamenti a rischio per la salute.** In primo luogo vengono registrati il numero di giorni in cui il soggetto ha assunto droghe per via iniettiva e il numero di iniezioni in una giornata tipo. In caso di consumo occasionale si adotta la stessa procedura descritta sopra. Al soggetto viene anche chiesto quante volte è iniettato usando un ago o una siringa che ritiene fosse stata utilizzata da altri. Per i rapporti sessuali, al soggetto viene chiesto di stimare il numero di persone e di volte che in totale ha avuto rapporti sessuali con penetrazione senza l'uso del preservativo.
- **Sintomi fisici.** Una scala a 10 item sulla sintomatologia fisica è stata tratta da una checklist a 51 item dell'Opiate Treatment Index (OTI – Darke et al. 1991). Il numero degli item è stato ridotto utilizzando i dati di 1.075 partecipanti allo studio NTORS al momento dell'ammissione alla scala sulla salute dell'OTI. Sono stati eliminati gli item riguardanti l'assunzione per via iniettiva per rendere la nuova scala applicabile anche agli altri consumatori di droghe e agli alcolisti. 10 item sono stati eliminati usando il criterio del 20% o meno di partecipanti allo studio NTORS che abbiano riportato ciascun sintomo negli ultimi 90 giorni prima dell'ammissione. Problemi dentari e perdita di desiderio sessuale sono stati riferiti rispettivamente dal 54% e dal 63% del campione. Abbiamo così deciso di eliminare questi item in quanto non si combinavano bene con gli item relativi agli altri sistemi funzionali. È stato calcolato il coefficiente di correlazione di Spearman per ciascuna delle rimanenti

coppie di item di ciascuna sezione, che non sono mai risultate superiori a 0.41. In ciascuna sezione con più di due item, si sono selezionate le coppie con i coefficienti più elevati. Gli ultimi 5 cinque sistemi funzionali ( $p < .0001$ ) sono: generale (inappetenza e affaticamento/stanchezza;  $r = 0.31$ ); cardio-respiratorio (dolori di petto e difficoltà respiratorie;  $r = 0.39$ ); gastro-intestinale (nausea e dolori di stomaco;  $r = 0.38$ ); neurologico (tremori e formicolii;  $r = 0.41$ ) e muscolo-scheletrico (dolori articolari e muscolari;  $r = 0.32$ ). Una scala tipo Lickert è stata inserita per stimare la frequenza di ciascun sintomo utilizzando le seguenti affermazioni: mai, raramente, talvolta, spesso, sempre, con un punteggio da 0 a 4. Il punteggio totale alla scala si ottiene moltiplicando i punteggi da 0 a 4 di ciascun item. La validità interna della scala è soddisfacente ( $\alpha = 0.77$ ).

- Sintomi psicologici: una scala a 10 item per stimare i sintomi psicologici è stata tratta dalle due scale per l'ansia e la depressione del Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis 1975). La validità interna della scala sull'ansia è stata aumentata a 0.88 eliminando l'item "sentirsi di non riuscire a rimanere seduti". I sei item rimasti sono i seguenti: "sentirsi tesi e all'erta"; "improvvisamente impaurito senza motivo"; "sentirsi impauriti"; "nervoso o agitazione interiore" e "attacchi di terrore o panico". Per la scala sulla depressione un item del BSI "sentirsi neri" è stata considerata un'espressione oramai in disuso nell'inglese contemporaneo e quindi eliminata. La validità interna dei cinque item è risultata soddisfacente ( $\alpha = 0.81$ ); gli item rimasti sono i seguenti: "sentirsi senza speranze per il futuro"; "sentirsi inutili"; "sentirsi senza interesse nelle cose"; "sentirsi soli"; "pensieri di morte". Di nuovo viene usata una scala tipo Lickert (da "mai" a "sempre") per la scala a 10 item sulla salute psicologica.
- Funzionamento personale/sociale: l'area rimanente contiene 9 item in tre ambiti:
  - i. Conflitti relazionali: viene effettuata una misurazione dei conflitti nelle relazioni personali registrando il numero di giorni in cui il soggetto ha avuto contatti con il/la partner sessuale, i parenti e gli amici e il numero di giorni in cui ci sono stati dei conflitti seri. Questi item sono basati sulle misure del conflitto familiare sviluppate per l'Addiction Severity Index (ASI - McLellan et al. 1992a). Il MAP estende gli item originali dell'ASI richiedendo in primo luogo la quantità di tempo che il cliente ha trascorso in conflitto relazionale con il proprio partner, i familiari e gli amici. Per contatto si intende un'interazione faccia a faccia o una telefonata. Per conflitto serio si intendono discussioni fondamentali, abuso verbale e/o violenza, ma non le quotidiane divergenze d'opinione. Se il soggetto non ha alcuna relazione personale sessuale, nè familiari o amici, viene assegnato il punteggio "0" ad indicare assenza di conflitto in queste misurazioni.
  - ii. Occupazione: vengono registrate tre informazioni sull'occupazione: il numero di giorni di disoccupazione ufficiale; il numero di giorni in cui il soggetto ha svolto lavoro remunerato; e il numero di giorni lavorativi in cui il soggetto non è andato al lavoro per malattia o altri motivi non giustificati.
  - iii. Comportamento criminale: vengono registrate tre informazioni sul comportamento criminale, riportando il numero di giorni e di volte per giorno in cui i seguenti comportamenti hanno luogo: spaccio di droghe; furti in negozi e "altro" – incluso furti da abitazioni, borseggi, furti di o da automobili e frodi/truffe.

## Parte II

### Applicazione e punteggio

In questa sezione descriviamo come utilizzare il MAP e assegnare il punteggio per finalità di ricerca e di monitoraggio dell'outcome. Le annotazioni sull'assegnazione dei punteggi sono evidenziate a parte. Un esempio del questionario viene riportato nella Parte IV; questo esempio



contiene gli item fondamentali dello strumento e ha un frontespizio con varie informazioni gestionali e operative. In pratica, queste informazioni andranno adattate alle diverse condizioni applicative e/o terapeutiche. Ulteriori dati che possono essere inclusi sono: presenza di ulteriori disturbi di salute, informazioni sull'invio; questioni riguardanti il finanziamento del trattamento (e la durata dello stesso, se conosciuta).

**Tab.1: La struttura del MAP**

SEZIONE	ITEM
A: Informazioni relative al contesto organizzativo	Setting del programma, caratteristiche socio-demografiche del cliente
B: Uso di sostanze	Numero di giorni in cui si sono usate droghe Quantità abituale giornaliera
C: Comportamenti a rischio per la salute	Giorni in cui ci si è iniettati droghe Numero di volte per giorno Volte in cui si sono condivise aghi e siringhe Numero di partner con cui si hanno avuto rapporti sessuali senza profilattico Volte in cui si hanno avuto rapporti sessuali senza profilattico
D: sintomi fisici	Frequenza di sintomi fisici Frequenza di sintomi psicologici
Funzionamento personale e sociale	Numero di giorni in cui si sono verificati conflitti con familiari, amici, partner Numero di giorni in cui si è lavorato Numero di giorni di malattia Numero di giorni in cui non si ha lavorato Numero di giorni in cui si sono commesse attività illegali

È importante comprendere lo scopo di ciascuna domanda e raccomandiamo un attento studio del MAP prima dell'uso. Ciò è particolarmente importante quando si devono chiarire delle aree di incertezza o confusione per un soggetto. Quando si utilizza il MAP per le prime volte è consigliabile includere delle specifiche formulazioni per le premesse alle varie sessioni e a item specifici e di leggerli al soggetto. Mano a mano gli intervistatori si familiarizzeranno con lo strumento e desidereranno personalizzarne la somministrazione. Naturalmente, è molto importante mantenere lo stesso significato degli item originali per ottimizzare la validità e l'affidabilità dell'intervista. È pure molto importante assicurarsi che vengano completate tutte le domande. Comunque, se il soggetto si rifiuta di rispondere ad una domanda o sezione, registrate il rifiuto e proseguite. Abbiamo riscontrato che molto raramente un soggetto si rifiuta di rispondere e ciò può essere minimizzato assicurando ripetutamente l'anonimato. Per alcune domande è necessario usare un foglio con le risposte tra cui scegliere per facilitare la memoria. L'uso di questi cartoncini è descritto nelle relative sessioni.

Se il MAP viene usato per monitorare l'outcome di un programma terapeutico si raccomanda di comunicarlo anche al soggetto:



- “stiamo raccogliendo alcune informazioni da tutti i nostri clienti per conoscere meglio come le persone reagiscono al trattamento e come migliorare i nostri servizi”.
- “le chiederò di compilare con me un questionario sul suo consumo di sostanze e su vari aspetti della sua vita nel corso degli ultimi 30 giorni. Le informazioni rimarranno anonime e saranno utilizzate soltanto per scopi di ricerca”.

Nella pratica si può chiedere ai soggetti di firmare una liberatoria per partecipare allo studio o al programma di monitoraggio dell'outcome. Si noti che per una buona prassi di ricerca è importante informare i soggetti che possono rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda.

### *Sezione A: Informazioni gestionali*

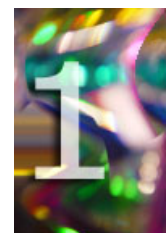
A richiesta il MAP può contenere una breve sezione introduttiva per registrare i dati demografici, il contesto terapeutico, le informazioni sull'invio e la fase in cui ha luogo l'intervista (per esempio, all'ammissione, a 3 mesi, a 6 mesi o 12 mesi dopo l'ammissione o alla dimissione e 3, 6 e 12 mesi dopo la dimissione). Il contenuto di questa sezione rifletterà gli interessi locali e le finalità di ricerca.

### *Sezione B: Consumo di sostanze*

Questa sezione contiene una lista di tipi di droghe. L'esempio riportato nella Parte IV elenca alcol, eroina, metadone illegale (senza prescrizione medica), un tipo di benzodiazepine, cocaina cloridrata (in polvere), cocaina da fumare (crack) e anfetamine. Si noti che si possono aggiungere altre sostanze a seconda delle esigenze cliniche e di ricerca. Per ciascuna sostanze il MAP chiede al soggetto di ricordare: (i) il numero totale di giorni di consumo nel mese precedente; (ii) la quantità tipica in una giornata in cui la sostanza viene utilizzata; e (iii) la via principale di somministrazione. La sezione va introdotta informando il soggetto che vogliamo iniziare affrontando il consumo delle diverse sostanze nel corso dell'ultimo mese. Informatelo che per ultimo mese si intendono gli ultimi 30 giorni a partire da ieri. Questo viene considerato un mese in termini approssimativi (30 giorni diviso per 7 = 4.29 settimane). Completate la sezione B come segue: mostrate il foglio delle risposte 1 e chiedete al soggetto di ricordare il *numero di giorni in cui ha usato alcol nell'ultimo mese*. Il Foglio 1 è stato preparato per aiutare la memoria.

**Tab. 2: Foglio 1**

<b>FOGLIO 1</b>	<b>Punteggio</b>
Ogni giorno	30
6 giorni la settimana	26
5 giorni la settimana	21
4 giorni la settimana	17
3 giorni la settimana	13
2 giorni la settimana	9
<b>Sette giorni 7</b>	
Sei giorni	6



Cinque giorni	5
Quattro giorni	4
Tre giorni	3
Due giorni	2
Soltanto un giorno	1
Qualche altro numero	
Mai	0

*N.B.: Per es., se il soggetto stima che il suo consumo di alcol nell'ultimo mese sia stato di "due giorni la settimana", va inserito il numero 9 nella colonna relativa al consumo di alcol (infatti  $2 \times 4.29 = 8.6$ ).*

### *Note sull'assegnazione dei punteggi*

Per esempio, un cliente stima che la frequenza del suo consumo di alcol nell'ultimo mese sia stato di "due giorni la settimana", va inserito il numero 9 nella colonna relativa al consumo di alcol (infatti  $2 \times 4.29 = 8.6$ ). È importante osservare che il MAP registra il numero totale di giorni in cui il soggetto ha consumato ciascun tipo di droga, non il numero di volte che le ha consumate in totale. È anche importante osservare che il Foglio di risposte 1 è soltanto una guida per facilitare le risposte. Se, per esempio, il consumo di una sostanza è stato irregolare nell'ultimo mese – come può facilmente capitare per il consumo di crack (cocaina da fumare) – allora è probabilmente vantaggioso registrare ciò che il soggetto afferma parola per parola. Il numero di giorni può essere calcolato successivamente.

Per es., il soggetto stima nell'ultimo mese di avere consumato crack ogni giorno dell'ultima settimana e poi gli altri weekend. Si può riportare la dichiarazione del soggetto ovvero riportare direttamente in numero di giorni, ossia  $7 + 6 = 12$ .

Dopo che è stato inserito il numero totale di giorni, chiedete al soggetto di pensare ad una giornata tipo in cui ha utilizzato la sostanza nell'ultimo mese e di stimare la quantità totale che ha consumato in quella giornata (dalla mattina alla sera).

### *Osservazioni sull'assegnazione dei punteggi*

Per esempio, per l'alcol riportate la quantità dichiarata, sia come tipo di bevanda che come unità standard di etanolo.

Per es., se il consumo in una giornata tipo è: 2 lattine di birra a media gradazione alcolica a pranzo + 4 lattine di birra ad alta gradazione alcolica di sera [una lattina di birra di media gradazione alcolica corrisponde a circa 1,5 unità, mentre una lattina di birra ad alta gradazione alcolica corrisponde a circa 3,5 unità, per cui il consumo totale è pari ad un totale di 17 unità].

Per le sostanze illegali, riportate la dichiarazione del soggetto in termini di quantità totale assunta in una giornata tipo ovvero in termini di denaro speso per l'acquisto.

Per es., "mezzo grammo" di eroina al giorno ovvero £. 50.

Ovviamente, la misurazione precisa delle quantità nel caso delle sostanze illegali è difficile e si deve procedere per approssimazioni.

Alcuni soggetti possono incontrare delle difficoltà nel ricordare i consumi di droghe nell'ultimo mese, soprattutto se il consumo è stato estremamente irregolare. In tal caso l'alternativa più semplice e rapida è quella di calcolare una media degli ultimi tre giorni di consumo (o anche solo di due giorni in caso di uso molto occasionale), procedendo come segue:

- chiedete al soggetto di ricordare l'ultimo giorno in cui la sostanza è stata consumata e registrate la quantità usata in quella giornata;
- chiedete quindi al soggetto di ricordare il giorno precedente in cui la sostanza è stata consumata e registrate la quantità usata in quella giornata;
- chiedete infine al soggetto di ricordare il giorno ancora precedente in cui la sostanza è stata consumata e registrate la quantità usata in quella giornata.

La quantità media consumata nei tre giorni può essere calcolata successivamente.

Ripetete la procedura per ciascuna delle sostanze nell'elenco. Nel caso del metadone è necessario specificarne il tipo, cioè liquido, in compresse, in boccette. Se il soggetto ne ha usato di più tipi, registrare per esteso (per es., 10 mg. in compresse + 40 ml. liquidi). Per le benzodiazepine registrate il nome e la quantità della sostanza; se il soggetto ha consumato diversi tipi di benzodiazepine, registrate soltanto le principali. Si osservi che l'esempio riportato nella Parte IV elenca soltanto un tipo di benzodiazepine; si può comunque prevedere uno spazio per altri tipi.

Chiedete al soggetto di ricordare le vie di somministrazione nell'ultimo mese e registrate il numero nella tabella.

Per es., l'eroina è stata assunta per vie iniettiva: riportate "4" nella tabella. Le benzodiazepine sono invece state assunte per via orale (riportate "1") e per via iniettiva (riportate "4").

### *Sezione C: Comportamenti a rischio per la salute*

Le domande da C1 a C5 sondano la frequenza delle assunzioni per via iniettiva, lo scambio di aghi e siringhe e i rapporti sessuali senza protezione nel corso dell'ultimo mese.

Per la domanda C1 utilizzate il foglio di risposta 1 per facilitare il ricordo del numero totale di giorni in cui la sostanza è stata assunta per via iniettiva.

Nella domanda C2 riportate il numero totale di iniezioni in una giornata tipo. Se il soggetto incontra delle difficoltà di memoria, seguite la procedura descritta in precedenza con riferimento agli ultimi tre giorni di consumo per via iniettiva.

Nella domanda C3 chiedete al soggetto di stimare il numero totale di volte in cui nell'ultimo mese ha utilizzato un ago o una siringa che fossero già stati usati da altri.

Chiedete quindi al soggetto se ha avuto rapporti sessuali con penetrazione negli ultimi 30 giorni. Le domande C4 e C5 riguardano i comportamenti sessuali a rischio. Il MAP si concentra soltanto sui rapporti sessuali con penetrazione (anali e vaginali). Considerata la natura di queste domande è consigliabile premettere che "le prossime domande sono molto personali e riguardano i comportamenti sessuali. Per favore, ricordate che facciamo le stesse domande a tutti i nostri clienti".

### *Sezione D: Sintomi fisici*

Le domande da D1a a D1j riguardano la salute fisica. Queste domande fanno riferimento a 10 problemi di salute fisica (general, associati all'assunzione per via iniettiva, gastrointestinali, cardiovascolari, muscoloscheletrici e neurologici). Chiedete al soggetto di pensare all'ultimo mese e mostrategli il Foglio di risposta 2 che elenca le frequenze con cui è stato provato ciascun sintomo (mai, raramente, talvolta, spesso, sempre). Leggete al soggetto ciascun sintomo e riportate la frequenza con cui è stato provato nell'ultimo mese.



**Tab. 3: Foglio 2**

FOGLIO 2	Risposta (1 sola)
Mai	
Raramente	
Talvolta	
Spesso	
Sempre	

**Osservazioni sull'assegnazione dei punteggi**

I punteggi agli item della scala sulla salute fisica vengono assegnati come segue:

*mai = 0 ; raramente = 1; talvolta = 2; spesso = 3; sempre = 4*

Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi parziali ed è quindi compreso tra 0 e 40.

Le domande da D2a a D2j riguardano la salute psicologica. Questa sezione contiene 10 item; i primi 5 misurano i sintomi ansiosi; i restanti misurano invece l'ideazione depressiva. Utilizzate il Foglio di risposta 2 per aiutare il soggetto a ricordare le frequenze nel corso dell'ultimo mese.

**Osservazioni sull'assegnazione dei punteggi**

I punteggi agli item della scala sulla salute psicologica vengono assegnati come nella scala sulla salute fisica:

*mai = 0 ; raramente = 1; talvolta = 2; spesso = 3; sempre = 4*

Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi parziali ed è quindi compreso tra 0 e 40.

Sezione E: Funzionamento personale/sociale

L'ultima sezione del MAP affronta tre aree: i problemi relazionali, il lavoro e le attività illegali.

**Le relazioni**

Le domande da E1 a E 6 riguardano i contatti e i conflitti tra il soggetto e il/i partner, i familiari, i figli minorenni e gli amici o le conoscenze. Per contatti si intendono le interazioni faccia a faccia o le telefonate. Per conflitti si intendono le discussioni accese, l'abuso verbale e/o le violenze, non le quotidiane differenze d'opinione. Riportate il numero di giorni in cui si

prova conflitto con partner, familiari e conoscenze. Se il soggetto non ha avuto parenti o amici o conoscenze nell'ultimo mese, passate alla domanda successiva.

### *Osservazioni sull'assegnazione dei punteggi*

Dopo avere registrato sia il numero di giorni di contatto e, di questi, il numero di giorni di conflitto, il punteggio viene calcolato come segue:

$$\frac{\text{giorni di conflitto}}{\text{giorni di contatto}} \times 100 = \% \text{ del tempo in contatto}$$

### *Il lavoro*

Nella domanda E7 per lavoro remunerato si intende sia una lavoro occasionale che un contratto di lavoro formale. Registrare il numero di giorni in cui il soggetto ha avuto uno o più lavori durante l'ultimo mese. I giorni di lavoro includono anche ferie e festività e altre giornate remunerate in cui il soggetto non si reca al lavoro (ad es. per attività di formazione).

Nella domanda E8 registrate le giornate di assenza per malattia o non autorizzate (ossia non concordate preventivamente con il datore di lavoro). Riportate questo numero assicurandovi che non superi i 30 giorni.

La domanda E9 riguarda i giorni di disoccupazione ufficiale durante l'ultimo mese. Per "disoccupazione" si intende che il soggetto non ha un lavoro remunerato, nè è in formazione a tempo pieno, mentre può ricevere o non ricevere in sussidio di disoccupazione. Le malattie a lungo termine e la disabilità vanno considerati come giorni di disoccupazione.

### *Le attività illegali*

La sezione finale del MAP riguarda le attività illegali intraprese nell'ultimo mese. Si tratta di una sezione sensibile e l'intervistatore dovrebbe ripetere che è garantito l'anonimato. Si dovrebbe utilizzare un foglio di risposta (Foglio 3) che elenca otto categorie di attività illegali.

Alcuni utilizzatori del MAP possono desiderare di aggiungere altri tipi di reati (per es. guidare un'auto sotto l'effetto di alcol o altre droghe; violenza domestica).

Nella domanda E10 va chiesto al soggetto per ciascun reato se l'ha commesso in un qualsiasi momento dell'ultimo mese. Se la risposta è "sì", utilizzate il foglio di risposta 1 per aiutare il soggetto a ricordare il numero totale di giorni in cui ha commesso ciascun reato nell'ultimo mese. Quindi chiedete al soggetto di stimare il numero di volte che ha commesso tali reati in una giornata tipo. Alcuni soggetti possono avere commesso alcuni reati soltanto in un'unica occasione: registrate tale situazione con "1". Se il soggetto incontra delle difficoltà a ricordare quante volte ha commesso un reato, seguite la procedura illustrata in precedenza e calcolate successivamente la media con riferimento alle ultime 3 giornate di attività illegale.

### *Osservazioni sull'assegnazione dei punteggi*

Le domande nella sezione relativa alle attività criminali (numero di giorni e numero di volte in una giornata tipo) possono essere utilizzate come punteggi individuali o moltiplicandoli tra loro per stimare il numero totale di reati commessi.



Tab. 4: Foglio 3

FOGLIO 3	Risposta (1 sola)
Spaccio di droghe	
Frodi/truffe	
Furti da proprietà	
Furti alle persone	
Furti in negozi	
Furti da automobili	
Furti di automobili	
Altri furti (specificare)	

## Parte III

### Informazioni sulla sperimentazione sul campo

In questa sezione vengono descritte la validità e l'affidabilità del MAP misurate nelle sperimentazioni effettuate sul campo. Tali misurazioni sono state effettuate su un campione di 240 clienti inseriti nei programmi terapeutici Maudsley. Per lo sviluppo e la sperimentazione dello strumento furono fissati cinque obiettivi:

(i) buona validità di contenuto (sulla base di una rassegna delle letterature scientifica rilevante riassunta in precedenza); (ii) brevità della somministrazione; (iii) facilità di interpretazione e semplicità nell'assegnazione dei punteggi; (iv) affidabilità accettabile; e (v) adeguata validità concorrente (qualora possibile nello studio).

Due ricercatori maschi e due ricercatrici femmine, oltre a due infermieri professionali maschi e due infermiere professionali femmine hanno svolto il ruolo di intervistatori nella sperimentazione sul campo. È stato utilizzato un campionamento stratificato per ottenere un campione di 160 tossicodipendenti (80 in comunità residenziale e 80 in trattamento ambulatoriale) e 80 alcolisti (40 in comunità residenziale e 40 in trattamento ambulatoriale). A ciascun intervistatore furono assegnati 30 soggetti (20 tossicodipendenti e 10 alcolisti).

Il programmi di comunità erano un servizio di sostituzione degli oppiacei e di disintossicazione per i tossicodipendenti e un servizio di diagnosi, terapia breve e disintossicazione per gli alcolisti. I programmi ambulatoriali erano un servizio di disintossicazione e di prevenzione delle ricadute di quattro settimane per i tossicodipendenti e un servizio di diagnosi e disintossicazione per gli alcolisti. Un intervallo di tre giorni è stato scelto come il più adatto per il test-retest. Una sessione di formazione individuale di due ore è stata utilizzata per addestrare gli intervistatori all'uso del questionario. Degli incontri sono stati tenuti durante la sperimentazione sul campo per discutere e risolvere qualsiasi difficoltà che si incontrasse con il protocollo di ricerca. La validità concorrente è stata calcolata per le seguenti informazioni: consumo autodichiarato di droghe, scale sui sintomi fisici e psicologici, e conflittualità nelle relazioni interpersonali.

Ulteriori domande tratte da altri strumenti di ricerca sono state aggiunte per fini di confronto nelle interviste realizzate con 95 soggetti.

Un intervallo di tre giorni è stato scelto come il più adatto per il test-retest. L'affidabilità al test-retest dello strumento è stata calcolata tra i due gruppi di clienti (tossicodipendenti e alcolisti), i due gruppi di intervistatori (ricercatori e infermieri professionali) e i due setting terapeutici (comunitario e ambulatoriale).

Il coefficiente di correlazione tra le classi è stato utilizzato come indice dall'affidabilità al test-retest (Bartko 1966). I coefficienti di correlazione tra le classi sono stati calcolati come quote dei componenti di varianza nell'analisi della varianza effettuata adottando il modello sviluppato da Shrout and Fleiss (1979). Per ciascuna scala o misurazione sono stati calcolati tre coefficienti di correlazione tra le classi: (i) un coefficiente generale corretto per l'errore attribuibile alla variabilità intra e intersoggetti nel test-retest; (ii) un coefficiente per misurare l'impatto sull'affidabilità del tipo di intervistatore (ricercatore o infermiere professionale); e (iii) un coefficiente per misurare la variazione dell'affidabilità attribuibile ai quattro intervistatori all'interno di ciascuno dei due gruppi professionali. Il secondo e il terzo coefficiente di correlazione tra le classi sono stati anche confrontati con il primo coefficiente generale.

È stato suggerito che un coefficiente di correlazione tra le classi superiore a 0.75 indica un'affidabilità eccellente; quello compreso tra 0.65 e 0.74 una buona affidabilità; quello compreso tra 0.40 e 0.64 una affidabilità sufficiente e quello inferiore a 0.40 una scarsa affidabilità (Fleiss 1991).

L'affidabilità al test-retest delle misure categoriche è stata misurata con il coefficiente K di Cohen (Bishop, Finberg & Holland 1975). Un K pari a 0.40 è stato indicato come il valore minimo di accettazione, mentre un valore superiore a 0.60 indica un'affidabilità tra il buono e l'eccellente (Landis & Koch 1977).

È stato anche possibile misurare la validità concorrente delle seguenti informazioni:

consumo autodichiarato di droghe, scale sui sintomi fisici e psicologici, e conflitti nelle relazioni interpersonali.

### *Risultati della sperimentazione sul campo*

Le domande del MAP si sono dimostrate accettabili dalla maggioranza dei clienti. Ci sono state 23 non risposte (dove un cliente non è riuscito a ricordare o si è rifiutato di riportare il proprio comportamento) in 16 clienti. La durata media per la compilazione del questionario è stata di 11.7 minuti (deviazione standard = 3.8; 95% intervallo di fiducia = 11.2 - 12.2 minuti; gamma = 6-27 minuti). La durata media è stata maggiore con gli infermieri professionali rispetto ai ricercatori come intervistatori (12.4 minuti [deviazione standard = 3.9] contro 11.1 minuti [deviazione standard = 3.7];  $F [1, 232] = 5.84$ ;  $p < 0.05$ ).

Le caratteristiche personali e demografiche del campione sono illustrate nella Tabella 1. gli alcolisti in programma ambulatoriale erano più anziani dei tossicodipendenti nello stesso setting terapeutico ed erano più anziani anche degli alcolisti in programma comunitario ( $F [3, 235] = 33.10$ ,  $p < 0.0001$ ; test di Student-Numan-Keuls,  $p < 0.05$ ). Si sono riscontrate poche differenze nei punteggi al MAP tra maschi e femmine in tutte le aree sondate.



**Tab. 5: Caratteristiche del campione distinto per sostanza primaria d'abuso e setting terapeutico (n = 240)**

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE	SOSTANZA STUPEFACENTE PRIMARIA DI ABUSO		ALCOL COME SOSTANZA DI ABUSO PRIMARIA	
	Programma comunitario N=80	Programma ambulatoriale N=80	Programma comunitario N=40	Programma ambulatoriale N=40
% Donne	37.5	37.5	27.5	25.0
Età media	31.0 (6.7) a.b	32.6 (7.8) c.d	42.7 (9.8) a.c	43.2 (10.3) b.d
% Gruppo etnico britannico non bianco	10.0	11.3	5.0	7.5
% Relazioni nello scorso mese	63.8	50.0	45.0	50.0
% Non lavoro nello scorso mese	83.8	86.3	85.0	82.5

Consumo di sostanze. Il profilo del consumo di sostanze dei tossicodipendenti prima del trattamento è illustrato nella Tabella 2. Non sono emerse differenze significative nella frequenza e intensità del consumo di sostanze tra i gruppi in trattamento comunitario e ambulatoriale (i valori t non significativi, non hanno mai superato 1.24;  $p > 0.05$ ).

**Tab. 5: Numero medio di giornate di consumo di sostanze e quantità giornaliere tipiche dichiarate durante gli ultimi 30 giorni prima dell'ammissione al trattamento (n =160)**

USO DI SOSTANZE NEGLI ULTIMI TRENTA GIORNI	GIORNI	QUANTITÀ ABITUALE GIORNALIERA
Eroina (n=136)	77.4 (32.6)	0.4 g (0.3)
Metadone prescritto (n=103)	94.9 (15.8)	48.5 mg (26.7)
Metadone non prescritto (n=35)	47.3 (38.1)	49.6 mg (35.5)
Alcol (n=90)	57.8 (38.4)	11.4 unità (9.9)
Benzodiazepine prescritte (n=42)		
Valium (n=33)	87.0 (26.9)	31.8 mg (19.2)
Temazepam (n=9)	71.9 (42.8)	38.3 mg (26.0)
Benzodiazepine non prescritte (n=31)		
Valium (n=19)	51.4 (36.8)	50.3 (51.9)
Temazepam (n=12)	61.4 (38.1)	32.5 mg (21.2)
Cocaina (n=13)	33.8 (32.8)	1.2g (1.0)
Cocaina (crack) (n=53)	44.9 (41.3)	0.55g (0.4)



Allo scopo di verificare la validità del consumo autodichiarato di sostanze, ai 64 tossicodipendenti che hanno partecipato all'intervista di validazione concorrente è stato chiesto se nelle 48 ore precedenti l'ammissione al trattamento avesse assunto eroina, metadone, benzodiazepine o cocaina. I risultati dei test delle urine (Enzyme Multiplied Immunoassay Tests - EMIT), che fanno parte delle procedure di ammissione al trattamento, sono stati rintracciabili per 56 clienti (88%) e sono illustrati nella Tabella 6.

La soglia per distinguere tra campioni positivi e negativi (sensibilità del test) per i test EMIT è stata fissata a 300ng/ml per ciascuno dei quattro tipi di sostanze esaminate. La concordanza per ciascuna sostanza è stata calcolata come percentuale di clienti che dichiaravano di averne fatto uso nel periodo di riferimento e che risultavano positivi al test delle urine aggiunta alla percentuale di soggetti che dichiaravano di non averne fatto uso e che risultavano negativi al test delle urine, divisa per il numero totale di test realizzati.

**Tab. 6: Validità del consumo autodichiarato di droghe durante le 48 ore precedenti l'ammissione al trattamento (n = 56)**

TIPO DI SOSTANZA	CONCORDANZA (%) GRADO DI ACCORDO CON LE DICHIARAZIONI E I RISULTATI AL TEST	NON ACCORDO CON GLI ESAMI DELLE URINE%		
		Kappa*	Falso negativo Dichiarazioni negative-test positivi	Falso positivo Dichiarazioni positive-test negativi
Eroina	93	.74	2	5
Metadone	84	.65	11	5
Cocaina	93	.76	5	2
Benzodiazepine	91	.79	5	4

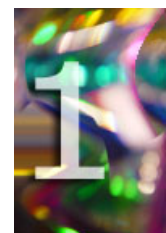
Con coefficienti kappa significativi a  $p < .001$

I clienti hanno incontrato poche difficoltà nella stima della frequenza e intensità del loro consumo di sostanze e della via usuale di assunzione. Tra i tossicodipendenti, il 74% dei consumatori di eroina ha scelto una delle sette frequenze proposte nel foglio di risposta, mentre il 26% ha riferito qualche altra frequenza d'uso. Per gli alcolisti, il 15% ha riferito qualche altra frequenza d'uso rispetto a quella proposta nel foglio di risposta. In generale, gli alcolisti consumavano alcol in media nell'82% dei giorni (deviazione standard = 3.5%), con una media di 28.1 unità (deviazione standard = 1.9 unità) per giornata di consumo.

Il consumo di altre sostanze è risultato raro. Soltanto due di questi clienti dichiarava di avere fumato eroina in 1 o 2 giorni dell'ultimo mese. 57% (n = 91) dei tossicodipendenti riferiva di avere assunto la sostanza per via iniettiva durante il mese precedente. Questi clienti si iniettavano nell'80% delle giornate (deviazione standard = 30.6) e lo facevano in media 2.7 volte al giorno (deviazione standard = 2.0).

I clienti in programmi ambulatoriali dichiaravano un livello maggiore di frequenza delle assunzioni per via iniettiva nell'ultimo mese rispetto ai clienti in programmi comunitari (54% dei giorni nel mese precedente l'ammissione al trattamento [deviazione standard = 47.1] e 37% [deviazione standard = 43.5] rispettivamente;  $t [158] = -2.29$ ;  $p < 0.05$ ).

Comportamenti a rischio per la salute. La proporzione di tossicodipendenti per via iniettiva che dichiaravano di scambiare aghi o siringhe nel mese precedente l'ammissione al trattamento era del 16.5% (n = 15). Questa proporzione è simile a quanto emerso nel campione NTORS (Gossop et al. 1997a) e rientra nella gamma superiore riscontrata nei database del Regno



Unito. Il numero medio di occasioni di scambio per questi clienti era 5.5 (deviazione standard = 7.4; gamma 1-30).

Per i comportamenti sessuali a rischio il 44% dei tossicodipendenti ( $n = 71$ ) dichiarava di avere avuto rapporti sessuali con penetrazione senza preservativo nei 30 giorni prima dell'ammissione al trattamento. Questi clienti avevano avuto rapporti sessuali non protetti in media con un partner (deviazione standard = 0.6; gamma 0 - 4) e 9.3 volte (deviazione standard = 10.1).

La proporzione di alcolisti che dichiarava di avere avuto rapporti sessuali con penetrazione senza preservativo era del 36% ( $n = 29$ ). Questi clienti avevano avuto rapporti sessuali non protetti in media con un partner (deviazione standard = 0.6; gamma 0 - 3) e 5.1 volte (deviazione standard = 6.6).

Salute fisica e psicologica. I punteggi medi pretrattamento alle scale sulla salute fisica e psicologica sono presentati nella Tabella 4. I punteggi alla scala sulla salute fisica erano distribuiti in maniera approssimativamente normale (media = 15.5; deviazione standard = 7.3; mediana = 15,0; gamma = 0-34). L'affidabilità interna della scala è risultata soddisfacente ( $\alpha = 0,79$ ). Medie più elevate sono state osservate con gli alcolisti (17.1, deviazione standard = 7,8) rispetto ai tossicodipendenti (14,7, deviazione standard = 6,9) ( $F [1,236] = 6,37, p < 0,05$ ).

Mentre i tossicodipendenti sono risultati simili nei due setting terapeutici, gli alcolisti in trattamento ambulatoriale riportarono punteggi più elevati sia dei tossicodipendenti che degli alcolisti in trattamento comunitario ( $F [1,236] = 9,09, p < 0,01$ ). Le medie alle scale sulla salute psicologica erano distribuiti in maniera approssimativamente normale. Il punteggio medio alla scala sull'ansia per il campione complessivo era pari a 8,5 (deviazione standard = 4,8; mediana = 9,0; gamma = 0-20), mentre il punteggio medio alla scala sulla depressione era pari a 9,3 (deviazione standard = 5,2; mediana = 9,0; gamma = 0-20). L'affidabilità interna della scale sull'ansia e sulla depressione è risultata buona ( $\alpha = 0,88$  e  $0,86$  rispettivamente).

Non sono emerse differenze significative tra i gruppi nella scala sulla depressione. Nella scala sull'ansia gli alcolisti registrarono punteggi più elevati dei tossicodipendenti con medie pari a 9.9 (deviazione standard = 4,6) e 7,7 (deviazione standard = 4,8) rispettivamente ( $F [1,236] = 10,98, p < 0.01$ ).

**Tab. 7: Punteggi pretrattamento alle scale sulla salute fisica e psicologica e sui conflitti relazionali distinti per trattamento e setting terapeutico ( $n = 240$ )**

MISURE	CONSUMATORI DI DROGHE		CONSUMATORI DI ALCOL		F PERCENTUALE (1,236)	
	<i>Programma Comunitario</i> <i>N=80</i>	<i>Programma Ambulatoriale</i> <i>N=80</i>	<i>Programma Comunitario</i> <i>N=40</i>	<i>Programma Ambulatoriale</i> <i>N=40</i>	<i>Gruppo</i>	<i>Setting</i>
Salute fisica	14,9 (6,9)	14,9 (6,9)	14,4 (8.1)	19,8 (6,5)	6,37*	6,50*
Ansia	7,7 (4,7)	7,8 (5.0)	9,0 (4.6)	10,8 (4,5)	1098**	1,97
Depressione	8,9 (5,1)	9,4 (5.6)	9,5 (5.0)	9,7 (4,7)	0,40	0,24

La validità concorrente delle misurazioni della salute fisica e psicologica è stata verificata rispetto al numero di giorni autodichiarati nel mese precedente l'ammissione al trattamento in cui il cliente aveva problemi medici e pensieri ansiosi e depressivi, utilizzando delle domande tratte dall'ASI (McLellan et al. 1992a).

I coefficienti di correlazione di Pearson sono stati i seguenti: scala sulla salute e giorni con problemi medici ( $r = 0.73; p < 0.0001$ ); scala dell'ansia e giorni con pensieri ansiosi ( $r = 0.74; p < 0.0001$ ), e scala sulla depressione e giorni con pensieri depressivi ( $r = 0.69; p < 0.0001$ ).

Conflitti relazionali. La Tabella 8 mostra la percentuale di tempo trascorso in contatto con partner, familiari e amici in cui i clienti hanno dichiarato di avere avuto dei seri conflitti. In media, i clienti in programma ambulatoriale riportarono una maggiore conflittualità con il partner ( $F [1,236] = 4.54; p < 0.05$ ). I tossicodipendenti avevano pure maggiori probabilità degli alcolisti di essere in conflitto con i familiari ( $F [1,236] = 5.16; p < 0.05$ ). Non si sono invece riscontrate differenze nella conflittualità con gli amici. Nelle interviste per verificare la validità concorrente ( $n = 95$ ) sono state inserite le scale sui fattori stressanti della versione per gli adulti del Life Stressors and Social Resources Inventory (LISRES, Moos 1988a). Ciascuna di queste scale a 5 item (da 1 = mai a 5 = sempre) tratte dal LISRES registra la frequenza con cui il soggetto ha provato fattori stressanti quali “è critica o vi disapprova?”, con item simili per verificare i fattori stressanti in altri due domini relazionali. I coefficienti di correlazione di Pearson tra i punteggi medi nelle scale del LISRES e le misurazioni della conflittualità ( $n = 95$ ) sono risultati elevati: fattori stressanti e conflittualità con il partner (PC) ( $r = .76; p < 0.0001$ ), fattori stressanti e conflittualità con i familiari (RC) ( $r = .77; p < 0.0001$ ), fattori stressanti e conflittualità con gli amici (FC) ( $r = .70; p < 0.0001$ ).

**Tab. 8: Punteggi pretrattamento nelle scale sulla salute fisica e psicologica e sui conflitti relazionali distinti per trattamento e setting terapeutico ( $n = 240$ )**

MISURE	PERSONE TOSSICODIPENDENTI		PERSONE ALCOLISTE		F PERCENTUALI (1,236)	
	Programma Comunitario N=80	Programma Ambulatoriale N=80	Programma Comunitario N=40	Programma Ambulatoriale N=40	Gruppo	Setting
Conflitti con i genitori	20,7 (36,3)	9,5 (23,9)	18,1 (33,6)	11,1 (30,2)	0,20	5,28*
Conflitti con i familiari	10,7 (25,5)	12,9 (28,7)	2,8 (9,0)	6,3 (14,5)	1,60*	1,21
Conflitti con gli amici	5,4 (17,3)	10,5 (26,3)	8,0 (23,6)	2,3 (7,4)	0,67	0,09

Lavoro. Sono state riportate sostanziali difficoltà con il lavoro. La quota di disoccupazione ufficiale tra i tossicodipendenti era pari a 85% ( $n = 136$ ). Soltanto 33 tossicodipendenti (21%) riferirono di avere un lavoro remunerato. Questi clienti riportarono una media del 13% (deviazione standard = 29.9) di giornate lavorative perse per malattie o altri motivi non autorizzati. Degli alcolisti l'84% ( $n = 67$ ) era disoccupato prima del trattamento. Il 15% (deviazione standard = 29.6) delle giornate lavorative furono perse per malattie o altri motivi non autorizzati.

Attività criminale. Ottantanove, (56%) dei tossicodipendenti, riferirono di avere commesso un totale di 5.630 reati individuali durante l'ultimo mese. Una sintesi del coinvolgimento dei tossicodipendenti nello spaccio di droghe, furti in negozi e altri reati è illustrato nella Tabella 9. Il comportamento criminale è invece risultato molto raro tra gli alcolisti. Soltanto un cliente riferì di avere rubato in un negozio in un'unica occasione nell'ultimo mese.



**Tab. 9: Coinvolgimento in attività criminali negli ultimi 30 giorni tra i consumatori di droghe prima dell'ammissione al trattamento (n = 160)**

TIPOLOGIA DI CRIMINI	N %	N. DI GIORNI	NUMERO MEDIO DI CRIMINI	NUMERO COMPLESSIVO DI CRIMINI
Vendita di droghe	24 (15)	42,6 (34.8)	93,0 (127.9)	2.233
Furti	40 (25)	47,8 (40.3)	42,2 (61.4)	1.686
Altri crimini	25 (16)	40,9 (37.0)	68,4 (112.9)	1.711

**Somministrazione e affidabilità del Re-test**

Le interviste del MAP sono state ripetute dopo 3,1 giorni (deviazione standard = 2,7). La Tabella 6 presenta i coefficienti di correlazione tra le classi per la frequenza e l'intensità del consumo di sostanze. I coefficienti di correlazione vengono riportati sia per il campione complessivo che per quei clienti che riferirono di avere assunto ciascun tipo di sostanza nel mese precedente il trattamento. L'affidabilità al test-retest è risultata elevata per tutte le sostanze, con una media di 0,94 per il campione complessivo e di 0,88 per quei clienti che riferirono di avere assunto droghe nel mese precedente il trattamento. Il coefficiente di correlazione più elevato è stato registrato per la frequenza del consumo di eroina (0,92). Quello più basso, sempre in un margine di affidabilità eccellente, è stato registrato per il crack (% di giorni di consumo = 0,77 e intensità 0,77).

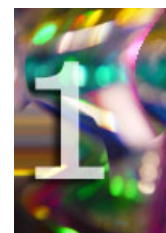
I coefficienti di correlazione per verificare la validità al test-retest tra e all'interno dei due gruppi di intervistatori sono risultati uniformemente elevati (in media 0,84). I valori di F per le differenze dai coefficienti di correlazione complessivi non eccedevano 1,29 ( $p > 0,05$ ). L'affidabilità al test-retest per la via usuale di assunzione è risultata pure eccellente. Si sono riscontrati i seguenti coefficienti K: eroina (0,93), metadone (1,0), benzodiazepine (1,0), e cocaina (1,0). La Tabella 8 mostra i coefficienti di correlazione per i comportamenti a rischio per la salute, i problemi sanitari, i conflitti relazionali, il lavoro e le attività criminali. Tali coefficienti sono nuovamente risultati uniformemente elevati (in media 0,81) e i valori di F per le differenze dai coefficienti di correlazione complessivi non eccedevano 1,84 ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 9: Stime dell'affidabilità al test-retest a tre giorni per il consumo di sostanze (n = 240)**

DROGHE	GIORNI UTILIZZATI (IN PERCENTUALE)		QUANTITÀ IN UN GIORNO	
	Coefficiente di correlazione (con intervallo di fiducia 95%)		Coefficiente di correlazione (con intervallo di fiducia 95%)	
<i>Eroina</i>	0,96 (.95-.97)	0,92 (.89-.95)	0,96 (.95-.97)	0,95 (.93-.97)
<i>Metadone illegale</i>	0,89 (.86-.92)	0,91 (.84-.96)	0,90 (.87-.92)	0,84 (.72-.92)
<i>Metadone prescritto</i>	0,97 (.96-.98)	0,79 (.71-.85)	0,96 (.94-.97)	0,92 (.88-.94)
<i>Cocaina</i>	0,89 (.86-.92)	0,91 (.70-.98)	0,90 (.87-.92)	0,79 (.40-.96)
<i>Cocaina (crack)</i>	0,96 (.95-.97)	0,77 (.64-.87)	0,89 (.86-.91)	0,77 (.64-.87)
<i>Benzodiazepine prescritte</i>	,96 (.95-.97)	0,92 (.85-.96)	0,94 (.92-.95)	0,86 (.75-.93)
<i>Benzodiazepine illegali</i>	0,91 (.88-.93)	0,83 (.67-.92)	0,84 (.80-.88)	0,78 (.59-.90)
<i>Alcol (persone tossicodipendenti)</i>	0,94 (.91-.95)	0,95 (.93-.97)	0,95 (.93-.96)	0,93 (.89-.95)
<i>Alcol (persone alcoliste)</i>	0,95 (.94-.96)	0,94 (.92-.96)	0,96 (.95-.97)	0,95 (.93-.97)

**Tab. 10: Stime dell'affidabilità al test-retest a tre giorni per i comportamenti a rischio per la salute, i problemi sanitari, i conflitti relazionali, il lavoro e le attività criminali (n = 240)**

MISURE	PERSONE CON PROBLEMI DI TOSSICODIPENDENZA	PERSONE CON PROBLEMI DI ALCOLISMO
Volte in cui si sono condivisi gli aghi o le siringhe	0,97 (.95-.98)	
Numero di partner con cui si è avuto rapporti sessuali	0,92 (.90-.95)	0,96 (.91-.98)
Volte in cui non si è fatto uso di profilattico	0,88 (.82-.91)	0,82 (.64-.92)
Problemi di salute fisica	0,86 (.82-.89)	0,89 (.85-.93)
Sintomi ansiosi	0,88 (.84-.91)	0,87 (.81-.91)
Sintomi depressivi	0,86 (.82-.89)	0,92 (.89-.95)
Conflitti con genitori	0,83 (.78-.87)	0,91 (.89-.93)
Conflitti con familiari	0,78 (.72-.83)	0,77 (.69-.84)
Conflitti con amici	0,67 (.59-.74)	0,77 (.68-.83)



Percentuale - giorni in cui si è andati al lavoro	0,99 (,99-,99)	0,99 (,99-1,0)
Percentuale - giorni in cui non si è andati al lavoro	0,98 (,96-0,99)	0,98 (,94-,99)
Percentuale - giorni in cui si è rimasti senza occupazione	0,89 (,86-,92)	0,96 (,94-,97)
Percentuale – giorni in cui si sono vendute sostanze stupefacenti	0,94 (,93-,96)	
Percentuale - giorni in cui si sono commessi furti	0,89 (,87-,92)	
Percentuale – giorni in cui si sono commessi altri crimini	0,85 (,81-,89)	

**Questionario: Maudsley Addiction Profile (Map)****Sezione A: Informazioni relativo al contesto organizzativo**

Questa parte comprende informazioni specifiche sul contesto organizzativo (codice del programma, identificazione dei partecipanti)

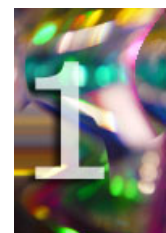
**Sezione B: Uso di sostanze****Tab.11: Cartellino 1**

<b>CARTELLINO 1</b>	<i>Punteggio</i>
Nessuna	0
Solo un giorno	1
Solo due giorni	2
Solo tre giorni	3
Solo un giorno alla settimana	4
Solo due giorni a settimana	9
Solo tre giorni alla settimana	13
Solo quattro giorni alla settimana	17
Solo cinque giorni alla settimana	21
Solo sei giorni alla settimana	26
Ogni giorno	30
Altri numeri	_____

**Tab. 12: Cartellino 2**

<b>CARTELLINO 2</b>	<i>Punteggio</i>
Via orale	1
Via nasale	2
Via aerea (fumo)	3
Via iniettiva	4
Via intramuscolare	9

- Numero di giorni in cui si sono usate sostanze negli ultimi trenta giorni (Cartellino 1) – mettere “0” se non si è verificato l’uso
- Quantità abituale utilizzata in un giorno tipico negli ultimi trenta giorni (registrare la quantità)
- Registrare le modalità di assunzione (Cartellino 2)



**Tab. 13: Questionario sull'uso di sostanze negli ultimi 30 gg.**

SOSTANZE	GIORNI IN CUI SI SONO USATE	QUANTITÀ USATA IN UNA GIORNATA TIPICA	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
B1. Alcol			
B2. Eroina			
B3. Metadone non prescritto			
B4. Benzodiazepine non prescritte		Sostanze (specificare)	
B4. Polvere di cocaina			
B5. Cocaina (crack)			
B6. Anfetamine			
B7. Cannabinoidi			
B8. Altre			
_____			
_____			

**Sezione C: Comportamenti a rischio di salute**

Se non si è fatto uso di sostanze illegali negli ultimi trenta giorni passare alle domande relative ai comportamenti sessuali

**Tab. 14: Questionario sui comportamenti sessuali**

DOMANDA	RISPOSTA	UNITÀ
C1. Giorni in cui ci si è iniettato sostanze negli ultimi trenta giorni (cartellino 1)		Giorni
C2. Volte in cui ci si è iniettati sostanze in una giornata qualsiasi degli ultimi trenta giorni		Volte
C3. Numero di volte in cui si è fatto uso di siringhe e aghi già usati		Volte
<i>Se non si sono avuti rapporti sessuali con penetrazione, passare alla sezione D.</i>		
C4. Numero di persone con cui si sono avuti rapporti sessuali senza usare un profilattico		Persone
C5. Numero complessivo delle volte in cui si sono avuti rapporti sessuali senza utilizzare il profilattico		Volte



**Sezione D: Sintomi fisici****LEGGENDA**

0=mai

1=raramente

2=qualche volta

3=spesso

4=sempre

**Tab. 15: (D1) Con quale frequenza si è mai sentito con –**

DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
a. Poco appetito					
b. Stanchezza e fatica					
c. Nausea					
d. Disturbi allo stomaco					
e. Difficoltà a respirare					
f. Dolori al petto					
g. Dolori alle ossa e articolazioni					
h. Dolori muscolari					
i. Insensibilità, formicolii					
J. Tremori					

**Tab. 17: (D2) Con quale frequenza si è sentito –**

DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
a. Teso					
b. Improvvisamente impaurito senza ragione					
c. Intimorito					
d. Nervoso					
e. In preda al panico					
f. Senza speranza di fronte al futuro					
g. Che non valesse la pena di andare avanti					
h. Apatico					
i. Solo					
J. Con il pensiero di mettere fine alla propria vita					

**Sezione F: Funzionamento personale e sociale****Tab. 18: Funzionamento personale e sociale**

DOMANDA	RISPOSTA	UNITÀ
Se non ha avuto alcuna relazione con il suo compagno negli ultimi trenta giorni, passare alle domande relative alla famiglia E3		
E1. Numero di giorni in cui ha sentito o visto il suo compagno negli ultimi trenta giorni (cartellino 1)		Giorni
E2. Numero di giorni in cui ha avuto conflitti con il suo compagno		Giorni
Se non ha avuto alcuna relazione con i familiari negli ultimi trenta giorni, passare alle domande relative agli amici E5		
E3. Numero di giorni in cui ha sentito o visto i suoi familiari negli ultimi trenta giorni (cartellino 1)		Giorni
E4. Numero di giorni in cui ha avuto conflitti con la sua famiglia		Giorni
Se non ha avuto alcuna relazione con gli amici negli ultimi trenta giorni, passare alla sezione E7		
E5. Numero di giorni in cui ha sentito o visto i suoi amici negli ultimi trenta giorni (cartellino 1)		Giorni
E6. Numero di giorni in cui ha avuto conflitti con i suoi amici		Giorni
E7. Numero di giorni in cui ha avuto un lavoro stipendiato		Giorni
E8. Numero di giorni lavorativi persi per malattia o ingiustificata assenza		Giorni
E9. Numero di giorni in cui si è rimasti senza impiego		Giorni

**Tab. 19: Cartellino 4**

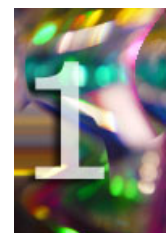
CARTELLINO 4	
Vendita di droghe	
Frode	
Furti in negozi	
Furti da una proprietà	
Furti da un veicolo	
Furti di un'auto	

**Tab. 20: (E10) Atti criminali commessi negli ultimi trenta giorni (cartellino 4 e cartellino 1)**

ATTI CRIMINALI	GIORNI IN CUI SI SONO COMMESSI ATTI CRIMINALI	NUMERO DI VOLTE IN CUI SI SONO COMMESSI ATTI CRIMINALI IN UNA TIPICA GIORNATA
a. Vendita di droghe		
b. Frode		
c. Furti da negozi		
d. Furti da proprietà		
e. Furti da un veicolo		
f. Furti di un veicolo		
g. Altri crimini:		

## Bibliografia

- Addiction Research Foundation (1993) Directory of client outcome measures for addiction treatment programs (Ontario, Addiction Research Foundation).
- Anglin, M.D. & Speckart, G. (1988) Narcotics use and crime: a multisample, multime thod analysis, *Criminology* , 26, 197-233.
- Babor, T.F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R., Stout, R., Anton, R.F. & Randall, C.L. (1994) Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research, *Journal of Studies on Alcohol* , 12 (Supplement), 101-111.
- Bartko, J.J. (1966) The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability, *Psychological Reports* , 19, 3-11.
- Bishop, Y.M.M., Finberg, S.E. & Holland, P.W. (1975) Discrete multivariate analysis: theory and practice (Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology Press).
- Centre For Substance Abuse Treatment (1995) Developing outcomes monitoring systems for alcohol and other drug treatment services. Treatment Improvement Protocol Series 14. DHHS Publication No. (SMA) 95-303 (Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services).
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N. & Ward, J. (1992) Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index, *British Journal of Addiction* , 87, 733-742.
- Darke, S., Ward, J., Zador, D. & Swift, G. (1991) A scale for estimating the health status of opioid users, *British Journal of Addiction* , 86, 1317-1322.
- Dennis, M.L., Godley, S.H., Godley M.D., White, W.L., Scott, C.K. Foss, M.A. Senay, E.C. & Bokus, P.J. (1998) Drug Outcome Monitoring System (DOMS): Developing a new paradigm for health services research. Bloomington.
- Derogatis, L.R. (1975) Brief Symptom Inventory (Baltimore, Clinical Psychometric Research).
- Donoghoe, M.C. (1992) Sex, HIV and the injecting drug user, *British Journal of Addiction* , 87, 405-416.
- Fleiss, J.L. (1991) Statistical methods for rates and proportions (New York, John Wiley).
- French, M.T., Dennis, M.L., Mcdougal, G.L., Karuntzos, G.T. & Hubbard, R.L. (1992) Training and employment programs in methadone treatment: Client needs and desires, *Journal of Substance Abuse Treatment* , 9, 293-303.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Williamson, S., Fountain, J. & Strang, J. (1997b) Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors, *Aids Care* , 9, 651-660.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A. & Segar, G. (1997a) The National Treatment Outcome Research Study: Six-month follow-up outcomes, *Psychology of Addictive Behaviour* , 11, 324-337.
- Harrison, P.A., Beebe, T.J., Fulkerson, J.A. & Torgerud, C.R. (1996) The development of patient profiles from Minnesota's treatment outcomes monitoring system, *Addiction* , 91, 687-699.
- Hough, M. (1996) Drug Misuse and the Criminal Justice System: a review of the literature. Home Office Drugs Prevention Initiative. Paper number 15 (London, Home Office).
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V. Harwood, H.J. & Ginzberg, H.M. (1989) Drug abuse treatment: A national



study of effectiveness (Chapel Hill, University of North Carolina Press).

Institute Of Medicine (1990) Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems (Washington, DC, National Academy Press).

Jarvis, G. & Parker, H. (1989) Young heroin users and crime. *British Journal of Criminology*, 29, 175-185.

King, L.A. (1997) Drug content of powders and other illicit preparations in the UK, *Forensic Science International*, 85, 135-137.

Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data models, *Biometrics*, 33, 159-174.

Magura, S., Shapiro, J.L., Siddiqi, Q. & Douglas, D.S. (1990) Variables influencing condom use among intravenous drug users, *American Journal of Public Health*, 80, 82-84.

Marsden, J. (1994). Treating alcohol and drug problems: A review of assessment domains, outcome measures and instruments. London: Department of Health.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction*, 93(12): 1857-1867.

Marsden, J., Bacchus, L., Stewart, D., Griffiths, P., Clarke, K., Gossop, M. & Strang, J. (1998) The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): A brief questionnaire for assessing service satisfaction (unpublished manuscript). London: National Addiction Centre.

McKegany, N., Barnard, M. & Watson, H. (1989) HIV-related risk behaviour among a non-clinic sample of injecting drug users, *British Journal of Addiction*, 84, 1481-1490.

McLellan, A.T., Alterman, A.I., Cacciola, J., Metzger, D., & O'Brien, C.P. (1992b) A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the Treatment Services Review, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 101-110.

McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992a) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. & Woody, G.E. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26-33.

measurement, and strategies for reductions. *AIDS and Public Policy Journal*, 7, 145-152.

Miller, W.R., Heather, N. & Hall, W. (1991) Calculating standard drink units: International comparisons, *British Journal of Addiction*, 86, 43-47. Moos, R.H., Fenn, C. & Billings, A. (1988a) Life stressors and social resources: an integrated assessment approach, *Social Science and Medicine*, 27, 999-1002.

Moos, R.H. (1988a) Life Stressors and Social Resources Inventory (LISRES-Adult). Psychological Assessment Resources, Inc. (Odessa, Florida).

Moos, R.H. (1988b) Community-Oriented Programs Environment Scale manual: Second edition (Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press).

Moos, R.M., Finney, J.W. & Cronkite, R.C. (1990) Alcoholism treatment: Context, process and outcome (New York, Oxford University Press).

Ross, H.E., Glaser, F.B., & Germanson, T. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.

Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Crits-Christoph, K., Wilber, C. & Kleber, H.D. (1982) Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts, *Archives of General Psychiatry*, 39, 151-156.

Rubin, J.M. & Benzer, D.G. (1997) Treatment of comorbid medical complications, in: Miller, N.S., Gold, M.S. & Smith D.E. (Eds.) *Manual of Therapeutics for Addictions*, pp.149-158 (New York, Wiley-Liss).

Shrout, P.E. & Fleiss, J.L. (1979) Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability, *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

Simpson, D.D. & Sells, S.B. (Eds.) (1990) Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up. Malabar, FL: Keiger.

Simpson, D.D. & Chatham, L.R. (1995) TCU/Datar Forms Manual. Improving Drug Abuse Treatment, Assessment, and Research (DATAR) Project. Fort Worth, Texas: Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Simpson, D.D., Joe, G.W., & Lehman, W.E.K. (1986) Addiction Careers: Summary of Studies Based on the D A R P 1 2 - year Follow-up. NIDA Treatment Research Report, DHHS Publication No. (AMD) 86-1420. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.

Stimson, G.V., Jones, S., Chalmers, C. & Sullivan, D. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour (1998), *Addiction*, 93, 337-347.

Strang, J. (1992) Harm reduction for drug users: exploring the dimensions of harm, their

Strang, J., Griffiths, P. & Gossop, M. (1997) Heroin in the United Kingdom: different forms, different origins, and the relationship to different routes of administration, *Drug and Alcohol Review*, 16, 329-337.

Tackling Drugs To Build A Better Britain (1998) The governments 10 year strategy for tackling drugs misuse. London: The stationery office.

Task Force To Review Services For Drug Misusers (1996) Report of an independent review of drug treatment services in England. London: Department of Health.

Taylor, C., Brown, D., Ducki, T., Edwards, G., Oppenheimer, E. & Sheehan, M. (1985) Patterns of outcome: Drinking histories over ten years among a group of alcoholics, *British Journal of Addiction*, 80, 45-50.

Wartenberg, A.A. (1994) Management of common medical problems. in: Miller, N.S., Gold, M.S. & Smith D.E. (Eds.) Manual of Therapeutics for Addictions, pp. 168-180 (Chevy Chase, MD, American Society of Addiction Medicine).

Wells, E.A., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (1988) Choosing drug use measures for treatment outcome studies. I. The influence of measurement approach on treatment results, International Journal of the Addictions , 23, 851-873.



