

REGIONE LAZIO



**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI**

# **PIANO ATTUATIVO LOCALE 2008-2010**

**Allegato n° 6**

**Percorso Clinico - organizzativo**

**Ser.T - ALCOLISMO**

Area delle Dipendenze  
Dr.ssa Maria Di Fazio  
Dr. Angelo Giuliani  
Dr. Stefano Margaritelli

## PERCORSI CLINICI Ser.T - ALCOLISMO

I pazienti che afferiscono all'ADPA presentano Disturbi da Uso di Sostanze (DUS = dipendenza da sostanze e abuso di sostanze) e/o Disturbi Indotti da Sostanze. Il DSM IV - TR (Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali) fissa i criteri categoriali per definire le condizioni di Dipendenza e di Abuso ( allegati nn. 1 e 2).

Le sostanze d'abuso, siano esse legali o illegali, sono raggruppate in 10 classi (11 se includiamo la nicotina). Nel dettaglio possono verificarsi le condizioni elencate nella Tab. 1:

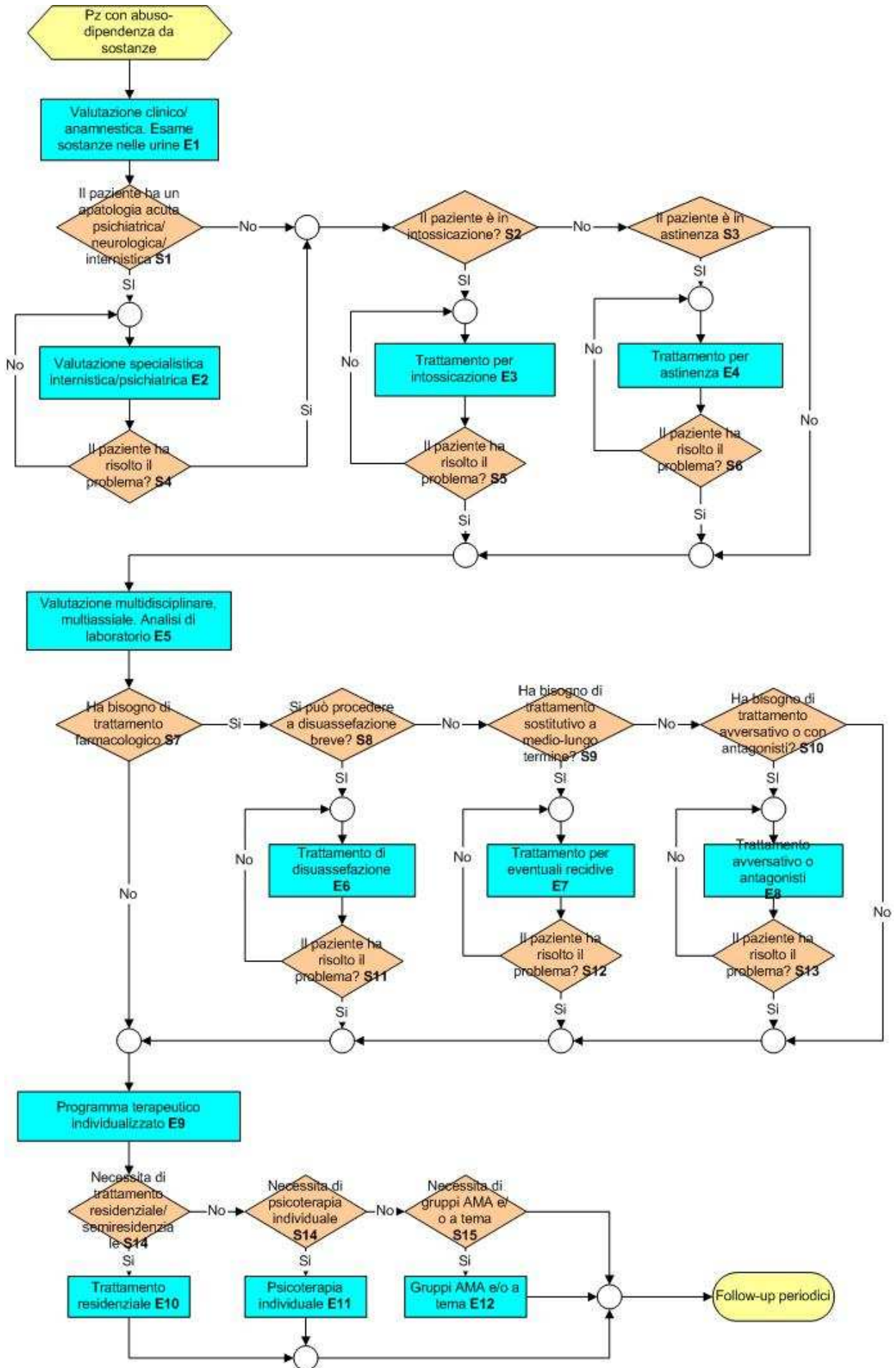
**Tab. 1**

SOSTANZA	ABUSO		DIPENDENZA	
	DSM	ICD-9	DSM	ICD-9
Alcool	F10.1	305.00	F10.2x	303.90
Oppiacei	F11.1	305.50	F11.2x	304.00
Anfetamine	F15.1	305.70	F15.2x	304.40
Cannabis	F12.1	305.20	F12.2x	304.30
Cocaina	F14.1	305.60	F14.2x	304.20
Allucinogeni (Lsd- ecstasy)	F16.1	305.30	F16.2x	304.50
Fenciclidina e simili (Ketamina)	F19.1	305.90	F19.2x	304.60
Sedativi-Ipnotici Ansiolitici	F13.1	305.40	F13.2x	304.10
Dipendenza da più sostanze*			F19.2x	304.80
Sostanze diverse più sostanze non elencate	F19.1	305.90	F19.2x	304.90

\* Si parla di dipendenza da più sostanze per i casi in cui la modalità d'uso di sostanze multiple non soddisfa i criteri per la dipendenza o l'abuso per nessuna sostanza specifica, ma li soddisfa per il gruppo di sostanze nel suo insieme.

La DIPENDENZA va intesa, secondo l'O.M.S., come una malattia cronica, recidivante che riguarda un organo (il nostro cervello, alcune aree di esso), alcuni sistemi neurotrasmettitoriali, di cui per lo più si conosce il meccanismo etiopatogenetico, e che si caratterizza per un sintomo: il CRAVING (appetizione impulsiva della sostanza con correlati fisici, psichici e comportamentali). Il craving, legato ad una disregolazione del sistema dopaminergico, va inteso come un disturbo della volontà (comportamenti che sfuggiti al controllo della volontà sembrano essere regrediti a livello di una istintualità disfunzionale).

L'accesso all'ADPA è diretto, al paziente è garantito il diritto alla libera scelta del luogo di cura.



## Legenda

- E1** – All’arrivo del paziente si compila una scheda di accoglienza che consente la raccolta dei dati anagrafici ed una prima valutazione della domanda. Si forniscono tutte le informazioni del caso al paziente e si procede ad un colloquio clinico che comprenderà una analisi tossicologica annotando accuratamente la tipologia delle sostanze d’abuso (vedi tab.1), le modalità di assunzione delle stesse e i tempi di esposizione utilizzando quali fonti di informazione (oltre al paziente in questione) altre fonti supplementari (Es: documenti medici, un coniuge, un parente o un amico stretto). Si procederà poi con una visita medica, con la ricerca rapida dei metabolici urinari e con l’alcool test. Gli strumenti da utilizzare sono quelli in dotazione al Servizio: il KIT COZART (che consente la determinazione qualitativa per quanto concerne metadone, cocaina, oppiacei, cannabinoidi, benzodiazepine, buprenorfina) ed il dispositivo per valutare l’etanolo nell’aria espirata.
- S1** – Se dalla visita medica e dal colloquio clinico emergono segni o sintomi inerenti una patologia psichiatrica e se questi sintomi sono in eccesso rispetto a quelli di solito associati ad uno stato di intossicazione o astinenza da sostanze e abbastanza gravi da giustificare un’attenzione clinica indipendente; analogamente, in presenza di patologie dismetaboliche internistiche (insufficienza epato-renale conclamata...) **rilevanti** e tali da non consentire il normale iter del paziente dipendente, e/o patologie neurologiche (patologia periferica....) sarà necessario l’invio allo specialista competente.
- E2** - Il paziente viene inviato a consulenza psichiatrica per una eventuale presa in carico ad opera di una équipe multidisciplinare(vedi protocollo d’intesa ADPA-DSM): è dalla valutazione clinica-specialistica e dai dati tossicologici che si potrà tentare di definire se si è in presenza o meno di disturbi indotti dall’uso di sostanze (quindi destinati a regredire una volta cessata la condizione di intossicazione o astinenza), o se si è in presenza di una vera e propria “doppia diagnosi” eventualmente escludendo che si tratti di disturbi correlati ad una condizione medica generale. Da una più appropriata presa in carico del paziente ne discenderà una più efficace gestione (farmacologica e non) dello stesso. I disturbi che più frequentemente ci si trova a constatare nel corso del colloquio clinico riguardano la sfera dell’ansia e dell’affettività ma si può anche impattare con disturbi psicotici, delirium, disturbi del sonno, della sfera sessuale o altro ancora.  
Sintomi correlati a patologie internistiche/neurologiche in fase di acuzie vengono valutati dallo specialista competente.
- S4** – Il paziente ha risolto il problema se sono regrediti i sintomi emersi nel corso della visita medica e del colloquio clinico inerenti le patologie psichiatriche, internistiche e neurologiche.
- S2** – Il paziente è in intossicazione da sostanze quando sono soddisfatti i criteri che il DSM IV fissa per definire una condizione di “intossicazione da sostanze” (allegato n. 3). L’intossicazione è un disturbo indotto da sostanze spesso associato a dipendenza o abuso. Le prove dell’assunzione recente della sostanza possono essere fornite dalla storia, dall’esame fisico (esempio: alito alcolico ...) o dalle analisi tossicologiche dei fluidi organici. I segni ed i sintomi dell’intossicazione a volte possono persistere per ore e giorni oltre il tempo nel quale è rintracciabile la sostanza nei liquidi organici. Lo specifico quadro clinico dell’intossicazione da sostanze varia drammaticamente da un individuo all’altro: dipende da quale sostanza è implicata, dalla dose, dalla durata o dalla cronicità del dosaggio, dalla tolleranza del soggetto agli effetti della sostanza e dal periodo di tempo trascorso dall’ultima dose assunta, dalle aspettative del soggetto rispetto agli effetti della sostanza, dall’ambiente e al setting nel quale

è assunta la sostanza. Le intossicazioni acute o a breve termine possono avere segni e sintomi differenti dalle intossicazioni “croniche” o prolungate (es: dosi moderate di cocaina possono produrre inizialmente una tendenza a socializzare ma, se tali dosi sono ripetute frequentemente per giorni o settimane, può svilupparsi una tendenza al ritiro sociale. Da notare che sostanze differenti possono produrre sintomi identici).

**E3** – Sulla base dei sintomi presentati e della loro gravità si procede al monitoraggio della situazione, alla eventuale somministrazione di farmaci sintomatici o ad un eventuale trattamento con farmaci specifici (anexate, naloxone, metadoxina). Eventualmente si potrà procedere a ricovero in ambiente ospedaliero.

**S3** – Il paziente è in “astinenza da sostanze” qualora siano soddisfatti i criteri del DSM IV (allegato n. 4). L’astinenza è di solito, ma non sempre, associata a dipendenza da sostanze. Tutti i pazienti con astinenza provano un desiderio intenso di ri-somministrarsi la sostanza per attenuare i sintomi. La diagnosi di astinenza è ammessa per i seguenti gruppi di sostanze: alcol, anfetamine e altre sostanze correlate, cocaina, nicotina, oppiacei, sedativi, ipnotici e ansiolitici. I segni e i sintomi dell’astinenza variano a seconda della sostanza usata; la maggior parte dei sintomi sono opposti a quelli osservati nell’intossicazione con la stessa sostanza. Anche la dose e la durata dell’uso e altri fattori quali la presenza o l’assenza di ulteriori malattie, influenzano i sintomi astinenziali. L’astinenza si sviluppa quando le dosi sono ridotte o sospese, mentre i segni e i sintomi di intossicazione migliorano (in certi casi gradualmente) dopo la sospensione delle dosi.

**E4** – Individuazione delle sostanze che hanno determinato la sindrome astinenziale, trattamento della stessa con farmaci sintomatici o con farmaci sostitutivi agli opportuni dosaggi (metadone, buprenorfina, GHB). Monitoraggio della situazione, eventuale ricovero ospedaliero.

**S5** – Il paziente ha risolto il problema se non sono più soddisfatti i criteri del DSM IV che definiscono l’“intossicazione”.

**S6** – Il paziente ha risolto il problema se non sono più soddisfatti i criteri del DSM IV che definiscono l’“astinenza”.

**E5** - VALUTAZIONE MULTIASSIALE - MULTIDISCIPLINARE:

L’uso del sistema multiassiale facilita la valutazione ampia e sistematica dei vari disturbi mentali e delle condizioni mediche generali, dei problemi ambientali e psicosociali e del livello di funzionamento, che potrebbero essere trascurati se il centro dell’attenzione fosse rivolto alla valutazione di un singolo problema in atto. Il sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l’informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni cliniche e per descrivere l’eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi (DUS). Inoltre il sistema multiassiale favorisce l’applicazione del modello biopsicosociale negli ambienti clinici, didattici e di ricerca.

Per i principali gruppi di disturbi da riportare sull’ASSE I vedi allegato n. 5

L’ASSE II riguarda i disturbi di personalità (allegato n. 6)

L’ASSE III riporta le condizioni mediche generali (allegato n. 7)

L’ASSE IV riguarda i problemi psicosociali ed ambientali (allegato n. 8)

Sull’ASSE V si riporta il giudizio clinico sul livello di funzionamento globale. Questo tipo di informazione è utile per pianificare il trattamento, misurare il suo impatto e predirne l’esito. Il funzionamento globale viene riportato sull’ASSE V tramite la scala per la valutazione globale

del funzionamento (VGF allegato n. 9). La VGF può essere particolarmente utile per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Nel dettaglio, la valutazione multidisciplinare si articola in tre momenti:

1. Fase medica/infermieristica: questa comprende il colloquio clinico, nuova anamnesi tossicologica con determinazione quantitativa dei metaboliti delle sostanze d'abuso nei liquidi biologici (urina, sangue per alcolemia), somministrazione di una scala per il craving, visita medica e compilazione della cartella clinica, prelievo dei liquidi biologici per l'esecuzione delle seguenti analisi di laboratorio: azotemia, glicemia, creatinina, emocromo, ves, es. urine, bilirubina, ast-alt, fosf.alc, ggt, protidogramma, trigliceridi, colesterolo, uricemia, elettroliti ematici, amilasemia, markers epatite B e C, vdrl, tpha, hiv, Mantoux. Verranno altresì richiesti: ECG e visita cardiologica (**criticità**). Questa sezione della valutazione multidisciplinare, integrata da dati provenienti da eventuali consultazioni specialistiche richieste, fornirà dati inerenti gli ASSI I e III.
2. Fase psicologica: colloquio clinico, somministrazione di tests psicodiagnostici di base: T.C.I., M.M.P.I. 2, SCID-II più altri secondo necessità clinica. La valutazione psicologica consentirà altresì di raccogliere dati circa l'Asse II (disturbi di personalità).
3. Fase sociale: l'assistente sociale rileverà problematiche psicosociali ed ambientali da riportare sull'Asse IV. Rileverà inoltre le risorse presenti o da attivare.

Molto importante sarà la valutazione sul piano motivazionale del paziente rilevando la sua posizione nella "Ruota del cambiamento" (colloquio motivazionale, MAC.2). Da questi dati emergerà, a seguito di una valutazione multidisciplinare, uno "score" sulla VGF, che verrà riportato in Asse V.

**S7** – Per valutare se il paziente ha bisogno di trattamento farmacologico o meno, si valuterà se sono rispettati i criteri di abuso/dipendenza, la presenza o meno di craving misurato con una scala opportuna, lo "stadio motivazionale" del paziente, il punteggio del paziente sulla scala del funzionamento globale.

Il paziente non ha bisogno di trattamento farmacologico se:

- non sono stati mai rispettati i criteri che definiscono una condizione di abuso/dipendenza;
- non è presente craving, e quindi è estremamente basso il rischio di recidive;
- su un piano motivazionale il paziente è collocabile negli stadi definiti come determinazione /azione;
- sono alti (75-100) i punteggi sulla scala che valuta il funzionamento globale (VGF).

**S8** – Si può procedere ad una "Disassuefazione breve" qualora pur essendo stati rispettati in passato i criteri che definiscono una condizione di dipendenza/abuso, sulla base della valutazione multiassiale del momento, si riscontrano elevati punteggi (> 75) sulla VGF, non è presente craving, è basso il rischio di ricadute, il paziente sul piano motivazionale è nella fase di determinazione/azione.

**E6** – L'intervento di disassuefazione breve ha come obiettivo la condizione drug-free. Si attua con farmaci sostitutivi e/o sintomatici e la durata è di circa 1 mese. Qualora si utilizzino farmaci sostitutivi si parte con un dosaggio antiastinenziale (20-40 mg di metadone), riducendo progressivamente le dosi fino a zero (questa modalità di intervento consente di diluire in un tempo più lungo eventuali sintomi di astinenza).

**S11** - Il paziente ha risolto il problema se è "drug-free".

- S9** – Il paziente ha bisogno di un trattamento sostitutivo di durata superiore a sei mesi se sono soddisfatti i criteri che definiscono una condizione di dipendenza/abuso, è presente craving e rischio di ricadute, il punteggio sulla VGF è < a 75, in presenza o meno di una comorbidità psichiatrica sull'Asse II. Il paziente sul piano motivazionale è in pre-contemplazione /contemplazione.
- E7** – Somministrazione di farmaci sostitutivi (MT, buprenorfina, vedi All.10-11) a dosi crescenti (a partire da un dosaggio antiastinenziale) con l'obiettivo di indurre una condizione di tolleranza crociata con le sostanze d'abuso.
- Con pazienti con bassi valori alla VGF (< 50), elevato craving impulsivo alimentato da disturbi di personalità di Cluster B, spesso il dosaggio del farmaco va adottato in un'ottica di "riduzione del danno" (ridurre il numero e la frequenza delle autosomministrazioni di sostanza d'abuso con riduzione quindi dei comportamenti a rischio connessi – scambio di siringhe, comportamenti antisociali). Si tratta di pazienti in fase di precontemplazione da un punto di vista motivazionale, in cui è molto elevato il rischio di overdose e la possibilità di contrarre patologie droga-correlate. E' utile con questi pazienti adottare anche altre strategie di riduzione del danno (informazione, distribuzione di profilattici, di siringhe sterili, distribuzione di naloxone).
- Con pazienti che presentino parametri di funzionamento globale tra 50 e 75, in assenza di craving elevato e di patologie psichiatriche di Asse II Cluster B o disturbo affettivo bipolare, è indicata una terapia con farmaci sostitutivi con dosaggi che si collochino al di sopra dei livelli di astinenza e al di sotto dei livelli di tolleranza. L'obiettivo è di annullare gli effetti di un'eventuale autosomministrazione di sostanze d'abuso eliminando quindi il rinforzo positivo. In presenza di disturbi di Cluster B che alimentino un craving elevato, è necessario adeguare la dose del farmaco sostitutivo aumentandola fino ad ottenere l'effetto anticraving ( All.12)
- S12** – Il paziente ha risolto il problema se ha ridotto o cessato da almeno 3 anni l'autosomministrazione di sostanze da strada come documentato dalla ricerca dei metaboliti urinari.
- S10** – No dipendenza fisica, craving elevato senza componente impulsiva, assenza di disturbi di personalità di Cluster B, elevato punteggio VGF, paziente in fase di determinazione/azione sul piano motivazionale: valutare se sussistono le condizioni per un trattamento farmacologico con antagonisti (naltrexone) o avversativi (disulfiram) sulla base delle notizie raccolte, sullo stile di vita del paziente, sul tipo di craving e sullo stato motivazionale.
- E8** – Prescrizione di farmaci antagonisti e/o avversativi (naltrexone, disulfiram) da assumere a domicilio. Tale terapia non avrà durata inferiore ad un anno.
- S13** – Assenza di recidive per tre anni.
- E9** - L'équipe terapeutica di riferimento (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere) intervenuta nelle fasi E1 ed E5, elabora un programma terapeutico multidimensionale ed individualizzato con verifiche periodiche (mensili) del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti a breve, medio e lungo termine. Il programma valuta la necessità di un eventuale trattamento residenziale (CT) o semi-residenziale (Centro Diurno) (S14-E10) o la necessità o meno di psicoterapia individuale. C'è da dire che, a volte, per motivi dipendenti da particolari situazioni del paziente o del Servizio, è possibile solo erogare prestazioni centrate su problemi emergenti rimandando ad un secondo momento l'elaborazione di un programma più complesso. In ogni caso il programma dovrà essere illustrato, motivato e concordato (non imposto) con l'interessato, cercando sempre di stabilire con la singola persona una sorta di

contratto perché la sua convinzione, motivazione e collaborazione sono elementi determinanti per il successo di qualsiasi terapia.

Il programma terapeutico che viene proposto viene definito “multimodale”; questo vuol dire che si utilizzano, variamente combinati, associati o in successione, i vari interventi che hanno dimostrato di essere efficaci nell’ottenere la sospensione o la riduzione dell’uso di droghe: il programma terapeutico finisce per essere fatto “su misura” per ogni persona in base alle sue esigenze e alle concrete possibilità del Servizio.

Ricapitolando, un programma terapeutico potrà avvalersi di:

a) TERAPIE FARMACOLOGICHE (vedi sopra)

b) PSICOTERAPIE

Per psicoterapia si intende un intervento che, con diverse modalità (psicoterapia individuale, di gruppo, familiare, di sostegno, ecc...) e secondo diversi orientamenti teorici (cognitivo comportamentale, sistemica, psicodinamica, ecc..), si propone come obiettivo un intervento mirato a ristabilire l’equilibrio emotivo, riflettere sulle modalità di relazione, aiutando la persona a chiarire le proprie motivazioni e le proprie difficoltà, nonché a scoprire e valorizzare le proprie risorse, mettendola in condizione di far fronte ai propri problemi. Per una persona tossicodipendente la psicoterapia, così come qualsiasi altro tipo di intervento, deve tener conto di tutti gli aspetti della tossicomania, compresi quelli biologici e sociali. Attualmente alcuni specifici interventi psicoterapeutici vengono considerati utili sia per affrontare alcuni problemi psicologici che complicano o favoriscono l’abuso di sostanze sia per ottenere l’astinenza con o senza terapie farmacologiche associate.

c) INTERVENTI SOCIALI

Il paziente potrà avvalersi di interventi sociali di attivazione della rete territoriale (Enti Locali, associazioni, cooperative e altri servizi), counselling motivazionale, consulenze ai familiari, raccordo con le comunità terapeutiche, Prefettura e con l’Ufficio Esecuzione Penale Esterna. L’attivazione della rete riguarda in particolare la risposta a bisogni primari (assistenza economica o abitativa) e in una fase avanzata del programma (stabilizzazione psico-fisica) interventi di reinserimento socio-lavorativo.

d) COUNSELLING

Un modo particolare di intervenire efficacemente sulle tossicomanie e sui problemi correlati è un particolare tipo di consulenza professionale specifica: il counselling. Si tratta di consultazioni con un operatore esperto sia in questa particolare tecnica di colloquio sia nel problema che affligge il paziente. Queste consulenze hanno l’obiettivo di mettere l’interessato in grado di prendere decisioni per lui importanti tenendo conto sia di dati e informazioni precise e aggiornate riguardanti il suo problema sia delle proprie personali motivazioni, delle proprie emozioni e del proprio sistema di valori. Il counselling centrato specificamente sulla dipendenza da sostanze viene di solito associato ad altri interventi ma, in alcuni casi, può essere sufficiente da solo ad ottenere buoni risultati.

e) CONTRATTO TERAPEUTICO

A volte è necessario concordare “programmi comportamentali” tra l’utente, gli operatori del Servizio ed i familiari dell’utente stesso. Tali programmi prevedono una riorganizzazione dello stile di vita dell’utente in maniera incompatibile con l’uso di sostanze illegali; in pratica si stabiliscono regole per lo svolgimento di attività lavorative, per la gestione del denaro, la frequentazione di amici, le uscite di casa ecc. In genere vengono anche concordate “sanzioni”

in caso di non osservanza del programma (per es. ritiro dell'auto, delle chiavi di casa ecc.) e "ricompense" qualora il soggetto mantenga il comportamento voluto.

f) **SOSTEGNO AI FAMILIARI**

Il Servizio fornisce consulenza anche ai familiari di persone con problemi di dipendenza. Molto spesso vengono proposti "gruppi di supporto" centrati sui problemi di chi convive con la tossicomania altrui.

g) **GRUPPI DI AUTOAIUTO**

I gruppi di auto aiuto sono programmi attuati all'interno dell'ADPA e rivolti ai pazienti alcolisti ed ai familiari di persone con problemi di dipendenza. Presso l'ADPA è possibile avere informazioni "personalizzate" su questi programmi gestiti anche da organizzazioni esterne (Alcolisti Anonimi, CAT, Alanon) ed è inoltre possibile ottenere che la frequenza ai gruppi sia riconosciuta di valenza terapeutica anche ai fini legali.

h) **PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI**

In alcune circostanze sono ritenuti come più opportuni programmi socio-educativi, riabilitativi e risocializzanti all'interno di strutture semiresidenziali (Centro Diurno).

Il Centro Diurno è una struttura semi-residenziale con caratteristiche terapeutiche e socio-riabilitative volte all'emancipazione dall'uso di sostanze psicoattive e finalizzato a promuovere il reinserimento socio-lavorativo attraverso un graduale percorso di empowerment, responsabilizzazione ed autonomia. Tale struttura fornisce un'alternativa ai programmi residenziali ed ai trattamenti ambulatoriali e si caratterizza per la sua forte proposta terapeutica e riabilitativa. La proposta è rivolta a: pazienti in affidamento terapeutico, in disintossicazione e/o stabilizzazione psicofisica, pazienti che si preparano ad entrare in comunità terapeutica oppure all'uscita, pazienti in fase avanzata del programma terapeutico che necessitano di un orientamento socio lavorativo. Il Centro offre inoltre la possibilità di partecipare a specifiche attività terapeutico-riabilitative (esempio: gruppi, laboratori) che non determinano la necessità di una frequenza giornaliera.

i) **PROGRAMMI RESIDENZIALI**

Con il termine "Comunità Terapeutiche" vengono indicate Strutture residenziali estremamente diverse l'una dall'altra. Alcune basano l'attività su semplici interventi di "rieducazione" tramite lavoro e regole, altre attuano programmi incentrati su interventi a carattere psicoterapeutico. La maggioranza delle comunità richiede una retta giornaliera di entità variabile. Questa retta può essere sostenuta dall'Ente Pubblico ma solo se l'inserimento in comunità avviene in accordo con il Ser.T. di competenza territoriale e se la struttura rispetta determinati criteri di legge (iscrizione all'Albo Regionale, convenzione con la ASL di competenza territoriale, durata stabilita del programma, verifiche periodiche, ecc.). E' comunque garantita (D.M. Sanità 18.02.94) l'autonoma scelta della struttura riabilitativa da parte del paziente.

l) **CONSULENZE PER PROBLEMI CORRELATI**

L'ADPA garantisce una serie di prestazioni per i cosiddetti "problemi correlati" cioè per tutti quei problemi che facilitano o conseguono indirettamente all'abuso di sostanze illegali.

- Segretariato Sociale (indicazioni sui servizi di assistenza sociale eventualmente disponibili per problemi come inserimento lavorativo, reperimento alloggio, assistenza domiciliare per i malati di A.I.D.S., provvidenze per minori in stato di disagio, pensioni di invalidità, consulenze per violenza in famiglia, separazioni legali ecc.);

- Assistenza sanitaria per patologie infettive correlate (infezioni da HIV, epatiti, endocarditi) in accordo con altre strutture sanitarie;

- Consulenza medica, psicologica e sociale rispetto a sessualità, contraccezione, gravidanza, maternità e paternità;
- Programmi di educazione sanitaria e di prevenzione primaria (vaccinazioni) mirati su varie patologie;
- Consulenze per tabagismo, disturbi del comportamento alimentare, gioco d'azzardo patologico.