

# Ministero della Sanità

## Linee guida sulla Riduzione del Danno

Novembre 2000

EDITORIALE del Direttore Responsabile

INTRODUZIONE dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale

LA RIDUZIONE DEL DANNO: CONCETTI GENERALI

INTERVENTI DI STRADA

MATERIALI DI PROFILASSI

STRUTTURE INTERMEDIE A BASSA SOGLIA

I FARMACI SOSTITUTIVI NELLA RIDUZIONE DEL DANNO

ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DEI CONSUMATORI

PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ PER OVERDOSE

IL COUNSELING

RIDUZIONE DEL DANNO E DETENZIONE

I TOSSICODIPENDENTI EXTRACOMUNITARI

LA RIDUZIONE DEL DANNO ALCOOLCORRELATO

NUOVI UTILIZZI

DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

VALUTAZIONE DEI RISULTATI ED ESITI DEGLI INTERVENTI DI

RIDUZIONE DEL DANNO

RACCOMANDAZIONI

APPENDICE

GLOSSARIO

BIBLIOGRAFIA

## EDITORIALE del Direttore Responsabile

---

Innanzitutto chiedo scusa agli Autori che sono in lista di attesa per la pubblicazione dei propri lavori, ma l'esigenza di fornire agli operatori dei Servizi ed ai cultori della materia una documentazione "fresca" ed utile quale le "Linee Guida sulla Riduzione del Danno", elaborate da un gruppo di esperti e rappresentanti regionali, con la collaborazione di studiosi e con la redazione affidata al Ministero della Sanità ed al Dipartimento per gli Affari Sociali, ha fatto slittare la programmazione delle pubblicazioni qualche mese in avanti.

Rispetto a molte Linee Guida sull'argomento, questa presenta diversi vantaggi, quali:

1. non si limita alla trattazione "classica" dell'uso di sostanze sostitutive degli oppiacei ed all'attività degli operatori da strada, ma riporta in dettaglio un quadro quanto mai interessante sulla "Riduzione del Danno Alcol-Correlato" con la identificazione di aree strategiche di intervento;
2. riporta una tabella sulla valutazione degli outcomes, tabella che i Servizi dovrebbero avere sempre presente per la valutazione dei propri interventi;
3. contiene un "glossario" che fa chiarezza su molte definizioni. Al riguardo si accennerà in questo Editoriale ad alcune definizioni.
4. riporta una elaborazione delle problematiche sulla riduzione del danno fra i tossicodipendenti extra-comunitari oltre che delle problematiche del carcere.

A quest'ultimo proposito quando saranno distribuiti gli Atti della Terza Conferenza di Genova (28-30 Novembre 2000) sarà importante leggere l'intervento del Ministro Fassino (commentato ad es. da Luigi Pagliaro sul n.4/2000 di "Persona e Comunità", trimestrale della FICT, Via Nomentana 355, 00162, Roma) che rappresenta una apertura concreta sul carcere attraverso la "decarcerazione" come insieme di misure amministrative che non richiedono il richiamo legislativo ma che avrebbero la funzione di depenalizzare (allargamento dell'accesso alle misure alternative, impegno per le Comunità di Affidamento ad una tutorship per l'intero percorso terapeutico, estensione delle incentivazioni economiche per l'affidamento in Comunità anche per i condannati non in stato di detenzione).

In effetti, è stato proposto anche un allargamento dei parametri di deficit immunitario che consentono la scarcerazione; sorge comunque il dubbio circa la possibilità di azione amministrativa anche se oggi abbiamo tutta una serie di indici più significativi rispetto ai CD4+.

Sul glossario si potrebbe aggiungere "Riduzione del Rischio" alla francese; infatti la Legge del 1970 consente l'intervento sostitutivo ma lo lega all'obiettivo "Drug Free". Nicole Maestracci, Presidente della Missione Interministeriale Francese per la Lotta alle Droghe (MIDT), intervistata da un redattore di "Alter Ego" (n. 29, 3° trimestre 2000) afferma che la politica di "Réduction des Risques" non consente una somministrazione del sostitutivo all'infinito.

Per quanto poi riguarda il problema della mancanza in Francia della disponibilità di buprenorfina in fiale (Subutex) e quindi del rischio connesso che il preparato orale venga sciolto ed iniettato via endovenosa con evidenti problemi di tossicità, dichiara che senza l'avallo di esperienze internazionali in materia non è possibile decidere; si parte da una ricerca dell'INSERM secondo la quale questo fenomeno non supera il 15-20% delle assunzioni.

Riguardo al metadone in Francia, un nuovo decreto citato dalla Maestracci consente la prescrizione, oltre che da parte dei medici dei Servizi specialistici, anche dai medici

ospedalieri (a conferma del ruolo sul ricettario di "mèdicin des Hôpitaux" da noi scomparso da decenni!).

Droga: molto spesso il termine inglese "drug" che significa sia "droga" che "farmaco" viene tradotto come "droga". Secondo il Dizionario Garzanti della lingua italiana droga è:

1. una sostanza vegetale secca usata per dare gusto gradevole alle vivande;
2. una sostanza naturale o composto chimico con spiccata azione stupefacente.

L'etimo sarebbe legato al termine olandese di droog=secco. Correttamente pertanto nel glossario buprenorfina e metadone vengono indicati come "farmaci" (in inglese "medication").

Interventi per favorire la transizione: vale a dire prevenzione e contrasto alla via iniettoria e sperimentazione di quella inalatoria (fenomeno che avviene spontaneamente). Si discute fino a che punto sia realizzabile anche perché si rilevano "cicli di passaggio dall'inalazione all'iniezione" come dimostrato dalla sperimentazione londinese sponsorizzata dal Team sulle Healthy Options ("chasing the dragon"). Si è constatato che senza un approccio globale che riguardi il miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali i risultati non sono incoraggianti (Hunt N. et al.: *Drugs and Alcohol Review*, 18: 441-451, 1999).

Aproibizionismo: cioè aggiunta di un alfa privativo a "Proibizionismo"; il termine è stato proposto da un medico triestino, Andrea Michelazzi nel corso della IV Conferenza Europea sul Trattamento delle Tossicodipendenze (Arezzo 3-5 maggio 2000) e viene pubblicata su *Heroin Add. & Rel. Clin. Probl.*, 2:51, 2000. Si osserva come "Proibizionismo" ed "Anti-Proibizionismo" nella loro contrapposizione determinino una situazione di stallo: da una parte si afferma il fallimento del Proibizionismo ma dall'altra un Anti-Proibizionismo radicale, che, a parte le difficoltà di diritto internazionale, potrebbe provocare una diffusione liberistica del mercato delle droghe alla quale difficilmente si potrebbe far fronte con limitazioni alla pubblicità e controlli sulla erogazione in regime di Piena Globalizzazione dei Liberi Mercati. Pertanto si propone di limitare la legalizzazione all'uso terapeutico di alcune sostanze (vedi cannabis) ed alla somministrazione controllata e selezionata dell'eroina. Per quanto poi riguarda la cannabis, si avanza la proposta di una autorizzazione limitata all'auto-coltivazione delle dosi per uso personale mentre la produzione destinata all'impiego terapeutico dovrebbe avvenire in regime di stretto monopolio pubblico, onde impedire che regni il profit. In effetti, per quanto riguarda l'Olanda, questo costituirebbe un passo indietro!

Carlo Vetere

## INTRODUZIONE dei Ministri della Sanità e per la Solidarietà Sociale

---

La pubblicazione di queste "Linee guida", in occasione della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, segna un passaggio importante per le politiche del settore nel nostro Paese, che va al di là del pur importante contenuto tecnico del testo.

Fino ad un recente passato ha prevalso la priorità, magari non sempre consapevole, delle istituzioni e degli operatori verso i tossicodipendenti intenzionati a cessare immediatamente e completamente l'assunzione di droghe e, conseguentemente, verso percorsi terapeutici con questa finalità. Si è fatta strada lentamente la tendenza ad allargare la disponibilità dell'intervento ai tossicodipendenti non ancora in grado di porre il problema in questi termini. Mettendo sempre e comunque al centro dell'intervento la persona: accettandone fino in fondo la difficoltà, occupandosene anche quando le sue premesse sembrano molto lontane da quelle degli operatori.

Oggi nessuno più contesta la necessità che al centro dell'interesse dei servizi, sia pubblici che del volontariato e privato sociale, per i consumatori di droghe, ci debba essere la "persona" con i suoi problemi e le sue esigenze. Ulteriori specifiche o precisazioni, indispensabili, per individuare la strategia e le azioni ottimali da realizzare devono essere rivolte solo alla individuazione del servizio da avvicinare, ma non possono escludere in nessun caso l'accesso alla rete dei servizi considerati nel loro insieme, perché compito della rete è appunto quello di rispondere ai bisogni dell'utente, a prescindere dalle sue caratteristiche, condizioni, possibilità e disponibilità.

Il riferimento alla centralità della persona può sembrare un concetto abusato, ripetendosi spesso nelle dichiarazioni di intenti, e di fatto sarebbe rimasto un semplice auspicio se in questi anni un crescente numero di operatori, in Italia e in Europa, non avessero, tra difficoltà di ogni genere, perseguito l'obiettivo di aiutare tutte le persone con problemi di droga nell'ottica di "ridurre i danni" e i rischi che caratterizzano il consumo di stupefacenti. Una strategia che appare oggi ancor più indispensabile adottare non solo per aiutare chi usa eroina e ha già sviluppato una dipendenza, ma anche per costruire percorsi possibili verso l'universo giovanile dei "nuovi utilizzi" e nuovi comportamenti rischiosi, evitando il ripetersi di stigmatizzazioni e pericolose emarginazioni.

Sulla base dei risultati delle esperienze più consolidate, a livello nazionale ed internazionale, un gruppo di esperti (tutti protagonisti di "attività sul campo"), lavorando insieme alle istituzioni, ha sintetizzato questo contributo; un testo che intende essere, da un lato, una "guida" per chi deve realizzare gli interventi, dall'altra un supporto per chi, soprattutto nelle aziende e nelle strutture pubbliche, è responsabile, nel proprio territorio, della programmazione dei servizi essenziali, sia nell'ottica della difesa della salute delle singole persone tossicodipendenti che di quella dell'intera popolazione.

Non un documento burocratico, quindi, spesso lasciato nei cassetti o utilizzato solo per decisioni amministrative, ma nemmeno un libro, destinato agli esperti e ad un, seppure fondamentale, aggiornamento professionale. Piuttosto, una visione istituzionale del problema, equilibrata e autorevole, che possa diventare un punto di riferimento per tutti, rendendo più difficili le omissioni di chi giustifica le proprie inadempienze con la mancanza di un indirizzo nazionale.

Uno sforzo notevole è stato compiuto non solo per dare una visione aggiornata, ma anche per cercare di guardare al futuro, nella consapevolezza che, nel campo della tossicodipendenza, qualunque conoscenza (sia riguardo al fenomeno che alle azioni per contrastarlo) è destinata ad un rapido invecchiamento.

Per questo motivo si è anche cercato di aprire una finestra significativa su quanto accade nei Paesi Europei, sempre più numerosi, che stanno sperimentando in questo campo percorsi innovativi, con la speranza di aumentare ulteriormente le possibilità di aiuto alle persone. Si tratta di esperienze per ora limitate ad alcuni contesti, ma che non è possibile ignorare o rifiutare per principio, nella consapevolezza che senza continui tentativi difficilmente riusciremo a conseguire tutti gli obiettivi che pure affermiamo di perseguire. In questo senso, è auspicabile che una maggiore serenità nelle discussioni politiche consenta di affidare alle crescenti capacità degli operatori, in piena autonomia e responsabilità, con i soli limiti del rigore tecnico-scientifico (che deve caratterizzare, peraltro, l'azione di qualunque professionista socio-sanitario, non solo nel campo delle dipendenze) la ricerca delle risposte ai vecchi problemi non risolti e a quelli nuovi che, in futuro, senza dubbio, dovremo affrontare.

Prof. Umberto VERONESI  
*Ministro della sanità*

On. Livia TURCO  
*Ministra per la solidarietà sociale*

## LA RIDUZIONE DEL DANNO: CONCETTI GENERALI

---

### Premessa

L'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla *"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"*, nel paragrafo "Principi ispiratori delle attività assistenziali" afferma: *"Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di "intervento terapeutico"- ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento "drug free" - e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio"*.

Lo stesso testo precisa che l'obiettivo generale e fondamentale del lavoro dei servizi (pubblici e privati) che si occupano di persone tossicodipendenti è quello della tutela della salute, globalmente intesa, fisica, psichica, relazionale, da perseguire attraverso la definizione di obiettivi specifici che vanno dalla completa riabilitazione, alla induzione di uno stile di vita meno rischioso, al raggiungimento di un equilibrio personale accettabile, alla rimozione e modificazione di comportamenti/stili di vita a rischio.

Questo obiettivo generale ed i relativi obiettivi specifici, può essere conseguito solo attraverso una modalità di lavoro *per e con le persone*, nelle condizioni in cui esse si trovano, senza rinvii ad un ipotetico momento di "migliore possibilità di gestione" dei problemi, evitando più o meno consapevoli preconcetti o giudizi sui comportamenti di chi è portatore del bisogno.

Il bisogno, tuttavia, è difficilmente definibile senza il contributo della persona stessa, con le sue specifiche soggettive, nel rispetto non solo della sua dignità, ma anche della sua cultura e delle sue condizioni fisiche e psicologiche.

Se centrale è la persona, i servizi complessivamente intesi come sistema di assistenza, nelle varie articolazioni organizzative (Dipartimento - rete pubblico-privato, ecc.), devono cercare di raggiungere tutte le persone che hanno problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti, senza selezioni di utenza, mirando a garantire l'intervento personalizzato più appropriato.

Tenuto conto dell'elevatissimo rischio che comporta la condizione di tossicodipendenza, la completa soluzione del problema è, evidentemente il risultato ideale di qualunque intervento; tuttavia, nell'impossibilità (anche temporanea) di conseguire tale risultato, il raggiungimento di un adeguato equilibrio della persona e la riduzione dei rischi sanitari e sociali non sono obiettivi di minor importanza, e costituiscono, a volte, un passo preliminare ineludibile verso percorsi successivi di trattamento vero e proprio. In questo quadro, gli interventi definiti, con terminologia classica anche se apparentemente riduttiva, di "riduzione del danno" trovano il loro naturale ambito, perdendo quel carattere di parallelismo, alternatività o sperimentaltà rispetto al complesso delle attività ordinarie, con il quale sono stati etichettati sino ad un recente passato.

La disomogeneità che caratterizza la condizione di consumatore di sostanze, sia in termini di motivazione e di cause determinanti, che di condizioni oggettive e soggettive, di reazione e di risposta, rende, inoltre, impensabile un unico tipo di percorso, con i medesimi obiettivi e strumenti standard, uguali per tutti.

Anche la valutazione dei risultati non può basarsi solo su indicatori di guarigione, quale uno stabile e duraturo stato di astinenza da tutte le sostanze, ma, analogamente a quanto avviene per altre patologie, quali quelle psichiatriche, deve misurare con adeguati strumenti anche il grado di compenso e di equilibrio personale, come pure l'accettabilità della qualità di vita complessiva della persona.

Accettabilità e sopportabilità della qualità di vita sono definite prioritariamente, se non esclusivamente, dalla persona interessata. Tuttavia, le richieste formulate dal paziente,

anche di specifiche cure o prestazioni, non possono essere l'unico parametro di riferimento, come si è verificato, a volte, in alcuni servizi. La richiesta di aiuto del tossicodipendente è, infatti, molto spesso implicita, quando non confusa. Individuare correttamente le necessità specifiche e, possibilmente, cogliere più in profondità le cause della sofferenza, sono, pertanto, elementi irrinunciabili di un programma di intervento di riduzione del danno, che non si limiti ad una generica azione sul soggetto.

Prima di attivare interventi, particolarmente se organici e strutturati (quali i trattamenti con farmaci sostitutivi), accompagnati da possibili effetti collaterali, è sempre opportuno procedere ad un'attenta e approfondita valutazione diagnostica (multidisciplinare, di tipo medico, psicologico o psichiatrico e socio-relazionale) che, riguardando la persona nel suo complesso, deve essere dinamica, costantemente aggiornata e basata su strumenti professionali validati. Deve, però, esservi anche la capacità di intervenire con immediatezza quando occorre ridurre lo stato di compulsività della persona tossicodipendente, rispondere a situazioni di emergenza o tamponare condizioni particolarmente difficili; comunque, sia quando si attua un intervento di emergenza, sia, a maggior ragione, per interventi più strutturati, è opportuno che l'operatore abbia ben chiari gli obiettivi che si intendono perseguire, che devono essere comunicati e, se possibile, condivisi dalla persona alla quale sono diretti. Ogni intervento, quindi, per quanto caratterizzato da un obiettivo minimale, deve essere ben compreso e, di regola, misurato da chi lo effettua.

### **Definizioni, obiettivi, destinatari**

Questo documento non tratta delle motivazioni che inducono le persone al consumo di sostanze stupefacenti, ma intende delineare gli interventi possibili, e, in particolare, quelli che si sono dimostrati maggiormente efficaci, al fine di limitare i gravi rischi ed i danni che tale consumo comporta per la persona e per la società. Se da un lato, infatti, è importante la tutela del singolo consumatore di droghe, dall'altro la tutela della collettività non si configura come un semplice controllo sociale, ma come politica di sanità pubblica, in quanto, nella misura in cui riesce a tutelare la salute delle persone tossicodipendenti, produce un maggior benessere della collettività nel suo complesso.

Un recentissimo studio del Consiglio d'Europa ha proposto una definizione che distingue il concetto di *"riduzione dei rischi"*, che comprende la minimizzazione delle conseguenze sfavorevoli - a livello medico, psicologico e sociale - dell'uso di droghe, dalla *"riduzione del danno"* quale attuazione di un "programma o strategia volta a limitare gli effetti dell'uso di droghe, sul piano sanitario, sociale ed economico, piuttosto che l'uso medesimo".

In pratica, entrambi i termini descrivono un atteggiamento pragmatico di gestione dei problemi del consumo di droghe, piuttosto che un modello teorico di riferimento, e nel presente testo vengono a tutti gli effetti assimilati. Peraltro, ad un rilevante contenimento del rischio può corrispondere, almeno per certi tipi di danno, una pressoché completa eliminazione del problema.

La riduzione del danno si configura senza dubbio come una forma di prevenzione primaria (se si fa riferimento direttamente alle patologie evitate, come le malattie infettive) oppure secondaria/terziaria (se si considera l'uso di droghe in generale).

Peraltro, anche negli interventi di prevenzione primaria propriamente detti (indirizzati a evitare l'inizio del consumo di droghe, stimolando la responsabilità personale nelle scelte e la promozione della salute) si va diffondendo l'idea di porre una maggiore attenzione alla prevenzione dell'"uso problematico" delle droghe; ciò si realizza con le tecniche di "out-reach" e le osservazioni sul campo, destinate ad individuare precocemente le nuove tendenze, i nuovi consumatori e i nuovi modelli d'uso, cercando di comprendere la cultura ed i comportamenti dei giovani.

Analogamente, nel campo dei tradizionali trattamenti, l'obiettivo di allargare l'intervento ai tossicodipendenti più difficili e di ottenere una maggiore ritenzione dei pazienti nei programmi, viene spesso conseguito attraverso l'utilizzo di metodologie un tempo considerate proprie della strategia di riduzione del danno.

Appare quindi utile precisare in quali ambiti di azione e con quali finalità si siano via via sviluppati in questi anni, operativamente, gli interventi di riduzione del danno. Senza presunzione di esaustività, si possono identificare per lo meno quattro obiettivi generali:

- ✓ ■ Contenere i problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza, in particolare, ridurre la mortalità e la morbosità droga correlata, sia da narcotismo acuto che da malattie infettive; ridurre o eliminare l'uso endovenoso di sostanze; ridurre l'uso di oppiacei in qualunque forma e migliorare lo stato di salute generale (fisica, psichica e sociale) della persona.
- ✓ ■ Stabilizzare il tossicodipendente o il consumatore problematico, migliorandone significativamente la qualità di vita, interrompendo, in particolare, il circolo vizioso tossicodipendenza-comportamenti illegali; favorire il conseguimento di un equilibrio socio-relazionale accettabile, facilitando la maturazione di processi di cambiamento, anche relativamente all'uso di sostanze; cogliere al meglio la richiesta di aiuto aumentando le probabilità che il contatto con il servizio sia l'occasione di un miglioramento della vita biologica, psicologica o sociale del tossicodipendente.
- ✓ ■ Prevenire l'uso problematico di sostanze (in particolare le sostanze sintetiche e l'alcool), nel più vasto ambito dei consumatori occasionali o ricreazionali, aumentando le conoscenze e, soprattutto, la consapevolezza dei rischi e le attitudini verso comportamenti più sani.
- ✓ ■ Stimolare la riflessione e l'intervento della comunità del suo complesso rispetto al problema della droga e, in particolare, riguardo agli atteggiamenti nei confronti dei tossicodipendenti e alla loro rappresentazione sociale; lavorare per prevenire la marginalizzazione delle persone e la diffusione di reazioni irrazionali, in particolare tra i cittadini più esposti alle conseguenze sociali della tossicodipendenza, favorendo al contempo la consapevolezza della necessità e utilità dei servizi di prevenzione e trattamento.

All'interno di questi obiettivi generali, una delle caratteristiche peculiari, ancorché non esclusiva, della maggior parte delle linee progettuali è la focalizzazione sui tossicodipendenti non ancora inseriti in percorsi terapeutici tradizionali, identificati come gruppo a maggiore prevalenza di molte delle condizioni di rischio correlate alla dipendenza da sostanze. Tra gli obiettivi specifici comuni a molti progetti i principali sono:

- ✓ Favorire la presa di contatto "precoce" del tossicodipendente o del consumatore con i Servizi, riducendo la durata della fase di "latenza" (a volte perdurante per anni) che intercorre tra l'inizio dell'uso di sostanze e la prima richiesta di trattamento o di aiuto. Per tale scopo è necessario uscire dalla logica della "struttura", per intraprendere un intervento sul "territorio", basato sulla conoscenza dei luoghi di consumo, di rischio, di spaccio e su un servizio improntato alla "presenza" e "vicinanza" piuttosto che alla pur importante offerta di prestazioni.
- ✓ ■ Facilitare l'accesso ai Servizi con offerte più interessanti per il paziente e maggiormente rispondenti ai suoi "bisogni", sia in termini di trattamento farmacologico, che di sostegno sociale e relazionale, con interventi integrati, ma flessibili. Contemporaneamente, porre maggiore attenzione all'offerta di aiuto (professionale e non semplicemente assistenziale) alle persone apparentemente refrattarie a tutte le opzioni disponibili presso i servizi.



- Costruire un rapporto significativo operatore-utente e servizio-utente, offrendo alla persona tossicodipendente un punto di riferimento costante, credibile e riconoscibile, anche in termini di risorse specifiche ed opportunità reali, fornendo, ad es., risposte pratiche a situazioni di difficoltà (abitative, relazionali, ecc.), che diano il senso di una soluzione di continuità rispetto alla condizione di cronica emarginazione di molti tossicodipendenti.
- Favorire la ritenzione in trattamento, quale significativo indicatore di attivazione di un processo di cambiamento da parte dell'utente e di un possibile avvio di percorsi ulteriori. Migliorare la gestione delle ricadute, valorizzandole come segnale della necessità di riformulare la proposta terapeutica, evitando la espulsione dal programma in corso o, peggio ancora, dal servizio.
- Lavorare nell'ottica dell'integrazione delle proposte terapeutiche, con modalità operative adeguate alle caratteristiche e alla storia di dipendenza del paziente, e basate su una maggiore specializzazione (*outreach*, prevenzione secondaria e terziaria, trattamenti ambulatoriali, centri residenziali a breve termine, ecc.) aumentando il numero e la possibilità di integrazione delle varie offerte terapeutiche.
- Evitare la cronicizzazione e la identificazione della persona con la sua condizione di tossicodipendente, svincolandola, in particolare, da una vita centrata sull'illegalità e sulla ricerca/assunzione delle sostanze. In tal senso il trattamento con farmaci agonisti, anche quando non riesce ad eliminare completamente l'uso di eroina, può essere positivamente considerato se consente la creazione di spazi di autonomia di vita.
- Considerare i rapidi cambiamenti nel tempo del tossicodipendente e delle sue modalità di rapporto con le sostanze, adeguando la proposta terapeutica alle diverse fasi di motivazione al cambiamento attraversate dalla persona. In tal senso, non va banalizzata la possibile utilità di un trattamento farmacologico come "metodo di aggancio", pur se è improponibile l'utilizzo di un unico strumento a lungo termine, senza periodici aggiustamenti od integrazioni.
- Imparare a differenziare popolazioni diverse di consumatori e gruppi differenti di sostanze, evitando assimilazioni non supportate da dati scientifici ed adeguando il più possibile gli interventi di riduzione del danno ai gruppi *target* di riferimento, spesso portatori di sub-culture diverse e con un differente rapporto con le sostanze e con il territorio.
- Progettare gli interventi "con" (e non "per") i destinatari, evitando la replicazione acritica e la generalizzazione di esperienze precedenti, anche positive, ma realizzate in altri contesti, prestando attenzione alle continue variazioni di sostanze, di modalità di consumo, di presenze e di etnie, come pure agli aspetti organizzativi e alle modalità di aggregazione dei consumatori che un territorio registra nel tempo.
- Predisporre interventi educativi ed informativi mirati sui consumatori, con informazioni sulle metodiche di intervento in caso di *overdose* (insegnando ad aiutare e a stare vicino a chi sta male), sulla concentrazione del principio attivo presente sul mercato, sulle vie e modalità di assunzione meno rischiose; scoraggiare in ogni modo le forme più destruenti di comportamento (es.: uso di benzodiazepine per via iniettiva, cocktail farmacologici, ecc.).
- Valutare con rigore e senza preconcetti i risultati degli interventi di riduzione del danno, utilizzando una corretta modalità di costruzione dei progetti; in particolare, precisare gli obiettivi intermedi e finali degli interventi e i relativi indicatori, come pure le metodologie e gli strumenti di misurazione degli stessi; riportare i risultati conseguiti rispetto ad altre modalità di intervento e rispetto all'assenza di interventi, tenendo presenti le specifiche caratteristiche del territorio in cui si opera.

### **Metodologia di costruzione delle linee-guida**

In relazione alla tipologia specifica e alla recente introduzione degli interventi di riduzione del danno, le tecniche metodologiche della *"Evidence based medicine" (EBM)*, usualmente utilizzate per la formulazione di linee-guida, sono solo in parte applicabili come metodologia di lavoro. Tuttavia, in una serie di aree, che saranno più oltre descritte in dettaglio, gli interventi di riduzione del danno hanno dato luogo a dimostrazioni di efficacia, presentate in pubblicazioni nazionali e internazionali riportate nella bibliografia di questo testo, tali da consentirne la raccomandazione per una diffusa e prioritaria applicazione sul territorio nazionale. Resta ferma la necessità, per le realtà in cui l'esperienza maturata sinora è stata scarsa, di un collegamento con altri gruppi o organizzazioni più esperte e di una fase di formazione specifica.

Per le tipologie di intervento delineate nei vari capitoli, l'esperienza "sul campo" consente, in linea di massima, anche la definizione di una "metodologia standard", per quanto questo termine possa essere applicabile ad un campo così rapidamente in evoluzione. Per alcuni tipi di programmi, a maggiore carattere sperimentale, la implementazione richiede l'utilizzo di organizzazioni e personale già esperto e una attenzione, se possibile anche maggiore del normale, agli aspetti di acquisizione di conoscenze e di valutazione degli esiti; per alcuni programmi particolarmente innovativi, riportati in appendice, occorre anche vengano risolti alcuni ostacoli legislativo-regolamentari.

Ovviamente, la priorità di un intervento non dipende solamente dalla disponibilità di una metodologia efficace di risposta ai problemi, ma, in primo luogo, dai bisogni specifici del territorio, dalla disponibilità di altri servizi, dalla presenza di situazioni di emergenza sociale.

## INTERVENTI DI STRADA

---

### Premessa

Nate prevalentemente nell'ambito delle associazioni che si occupano di prevenzione del contagio da HIV, con l'obiettivo primario di limitare la trasmissione del virus agendo sulla modifica dei comportamenti a rischio, le Unità di strada si sono rapidamente moltiplicate, promosse sempre più frequentemente dai servizi pubblici, non raramente con il sostegno degli enti locali e in convenzione con realtà del privato sociale. La molteplicità delle partnership risponde ad uno dei caratteri specifici degli interventi di strada per la riduzione del danno, che hanno la qualità di "interventi di comunità" che si avvalgono di professionalità, saperi ed approcci diversi.

La ricca documentazione in materia di studi di efficacia consente di dare una prima valutazione positiva su tale modalità di intervento, sebbene la precarietà di molti progetti non abbia consentito il pieno sviluppo del lavoro di valutazione, aspetto sul quale ancora oggi appare necessario elaborare, diffondere e socializzare specifici modelli di analisi. In questa direzione si è mosso anche lo "European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction", che nel corso del 1998 ha elaborato un vocabolario e griglie comuni per la definizione e la raccolta dei dati relativi all'attività di strada (*outreach work*).

Considerati gli obiettivi specifici delle politiche di riduzione del danno, il permanere di dati allarmanti sui casi di sieroconversione tra le persone che usano sostanze per via iniettiva, l'esistenza di una significativa quota di consumatori non noti ai servizi, i risultati ottenuti in diversi anni di attività di contatto ed aggancio con questa popolazione, appare opportuno inserire stabilmente gli interventi di strada nel ventaglio di servizi offerti alla popolazione tossicodipendente attiva, sviluppando attività consone alle peculiarità locali dal punto di vista delle abitudini dei consumatori e della loro presenza e mobilità sul territorio.

### Caratteristiche metodologiche del lavoro di strada

Gli interventi di strada ("outreach work") nelle politiche di riduzione del danno sono contraddistinti da peculiari *caratteristiche metodologiche*:

- ✓ "interventi di comunità" (*community based*), cioè caratterizzati da una operatività che si colloca in ambito diverso da quello terapeutico e, in generale, istituzionale (pubblico o privato, comunque relativo a "tecnostrutture" del settore sociosanitario). Tale ambito è definibile "della quotidianità", cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori e alle mappe relazionali, culturali e di scambio che i consumatori stessi tracciano. Vi possono essere interventi di outreach propriamente "di strada" che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto o dell'aggregazione (*detached outreach*), interventi che raggiungono i propri clienti in ambienti particolari della quotidianità, come i centri di somministrazione del metadone, in luoghi ricreativi e ludici o in altri luoghi di vita quali dormitori, carcere ecc. (*peripathetic outreach*), o ancora interventi mirati a singoli o a gruppi a livello domiciliare (*domiciliary outreach*);
- ✓ "interventi a bassa soglia" (*low threshold*), caratterizzati dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.);
- ✓ relazioni "a legame debole", caratterizzate dall'instaurazione con i pazienti di relazioni non giudicanti, non normative, flessibili nella scelta degli obiettivi

- pragmaticamente raggiungibili, rispettose di diritti fondamentali quali l'anonimato e la segretezza rispetto alle informazioni raccolte sui singoli clienti. Un "legame debole" privilegia la negoziazione degli obiettivi, l'instaurazione di una "alleanza comunicativa" che si pone l'obiettivo di restare valida anche in presenza di mutamenti degli obiettivi parziali, di non raggiungimento degli obiettivi, o, ancora di assenza di obiettivi specifici in una data fase della relazione operatore-cliente;
- ✓ interventi con attenzione specifica alla dimensione gruppale, secondo una accezione del lavoro di prevenzione ed educazione alla salute che privilegia - come del resto ogni intervento "*community based*" - l'innescare di meccanismi autoregolativi messi in atto dagli attori stessi attraverso movimenti di cambiamento nelle subculture di gruppo. In questo senso, il lavoro di strada può utilizzare, laddove se ne diano le premesse, "operatori grezzi" scelti all'interno della stessa popolazione target (*peer outreach* o *indigenous outreach*) e modalità quali il supporto tra pari (*peer support*) e l'educazione tra pari (*peer education*).

### **Popolazioni bersaglio**

Gli interventi di strada nella riduzione del danno si rivolgono a persone che consumano e/o abusano di sostanze psicoattive illegali e che sono, pertanto, esposte ai rischi sanitari e sociali correlati a questa abitudine.

In modo particolare, le unità di strada si rivolgono a consumatori di eroina e - più recentemente - di cocaina per via endovenosa, i quali, per l'abitudine a preferire la via iniettiva, sono esposti maggiormente al rischio di contrarre malattie trasmissibili e a danni sul piano sociale.

Il lavoro di strada raggiunge, inoltre, popolazioni giovanili che utilizzano droghe sintetiche, sia nei luoghi di aggregazione e socializzazione, sia nei luoghi di consumo. In questo modo è possibile entrare in contatto con una popolazione che, non percependo se stessa come "dipendente", non ha nei servizi per le tossicodipendenze un punto di riferimento.

Il campo educativo di intervento dell'operatività di strada riguarda i comportamenti a rischio (sociale e sanitario), le abitudini, gli stili, le culture del consumo: i cambiamenti sui quali si lavora sono interni alle scelte degli utenti: l'operatore deve mantenere un atteggiamento "avalutativo", pur essendo sempre attento a cogliere e sostenere ogni altro tipo di domanda di aiuto.

### **Obiettivi di base dell'intervento di strada**

I principali obiettivi del lavoro di strada riguardano la tutela della vita, la tutela della salute, la qualità della vita sociale degli utenti attivi.

In particolare:

- 1 - per la popolazione tossicodipendente da eroina e cocaina:
  - a. riduzione del rischio di contagio da virus dell'HIV e di altre malattie trasmissibili, anche attraverso la distribuzione di materiale sterile e altri presidi (siringhe e aghi sterili, preservativi);
  - b. riduzione del rischio di morte per overdose, anche attraverso la distribuzione di naloxone;
  - c. riduzione dei rischi sanitari correlati al consumo di sostanze per via endovenosa e informazione sul primo soccorso;
  - d. riduzione dei rischi sociali correlati al consumo di sostanze illegali (emarginazione, isolamento, carcerazione, perdita di reti sociali), attraverso attività di counseling, sostegno e accompagnamento verso i servizi socio-assistenziali e sanitari;

- e. educazione sanitaria (uso sicuro di droghe e sesso sicuro);
- f. primo contatto, aggancio, stabilizzazione della relazione, invio ai servizi;
- g. facilitazione nell'accesso ai servizi sanitari, alle terapie e, in generale, alla presa in carico;
- h. facilitazione nell'accesso ai servizi sociali e alle risorse sul territorio (abilità sociale);
- i. informazione sui diritti;
- j. osservazione e monitoraggio sui cambiamenti degli stili del consumo e delle dinamiche del mercato;
- k. mappatura del territorio dal punto di vista del consumo di sostanze illegali;
- l. raccolta e analisi delle domande e dei bisogni della popolazione target e loro rilancio e visibilità nel sistema dei servizi sociosanitari;
- m. promozione del consenso sul territorio attorno all'intervento e ai suoi scopi;

## 2 - per la popolazione dei consumatori di droghe sintetiche:

- i. contatto e aggancio. Il lavoro di strada, operando nei luoghi dell'aggregazione e del consumo, crea le condizioni per un contatto con una popolazione tradizionalmente lontana dai servizi, connotandosi spesso come unica opportunità di relazione. È, pertanto, molto importante lo stile della relazione, che deve rispettare i caratteri di informalità e confidenzialità, ed avvalersi, laddove possibile, di una "mediazione culturale" che favorisca la comunicazione orizzontale all'interno del gruppo di consumatori;
- ii. individuazione, reclutamento e formazione di opinion leader e "pari esperti" e progettazione comune di modalità di comunicazione tra pari;
- iii. attenzione al reclutamento di possibili "operatori grezzi" o "informali", quali gestori di discoteche ed altre figure di "adulti significativi" per il contesto specifico, sia al fine di costruire una rete di attori diversi in grado di intervenire nel lavoro di prevenzione, sia al fine di favorire cambiamenti anche pratici nello scenario del consumo (camere di decompressione, reperibilità ed accessibilità di bevande non alcoliche, ecc);
- iv. informazione pratica sulle sostanze, i loro effetti, i danni correlati, attraverso counseling individuali brevi ed episodici, discussioni di gruppo, utilizzo dei canali di comunicazione tra pari;
- v. educazione ad un "uso più sicuro", attraverso indicazioni e consigli pratici;
- vi. informazioni giuridiche e legali;
- vii. sensibilizzazione sul sesso sicuro, anche attraverso la distribuzione di preservativi e materiali informativi mirati;
- viii. sostegno alla modifica dei comportamenti verso un uso più sicuro e consapevole, anche attraverso, ove possibile, la diffusione nei luoghi di aggregazione e consumo dei dati desunti da una periodica analisi delle sostanze e confronto/scambio con i consumatori sulle informazioni in loro possesso;
- ix. individuazione, attraverso incontri e brevi counseling individuali, di soggetti esposti a maggior rischio a causa di una particolare vulnerabilità individuale e sostegno/accompagnamento degli stessi verso i servizi o comunque verso possibilità di sostegno psicologico;
- x. mappatura del territorio dal punto di vista del consumo, degli stili del consumo, delle modalità e dei luoghi dell'aggregazione;

### **Precondizioni per il lavoro di strada**

- 1) Con riferimento alla popolazione target

a) È fondamentale la capacità di instaurare, in presenza o meno di domande esplicite, una "alleanza comunicativa" con l'utente senza ricorrere alla rigidità di percorsi precostituiti.

Il lavoro di strada è in grado di raggiungere anche quella quota di popolazione che non afferrisce ai servizi o non vi afferrisce più. Tale popolazione comprende diverse tipologie di consumatori per i quali una siffatta modalità di contatto risulta efficace:

- "nuovi" consumatori, spesso socialmente integrati, non in grado di percepirsi come dipendenti, diffidenti rispetto al sistema dei servizi, con scarsa esperienza ed informazione, in quanto tradizionalmente fuori dai circuiti della comunicazione informale tra pari;
- "vecchi" consumatori, spesso "ri-sommersi" dopo numerose esperienze con il sistema dei servizi e i programmi drug free, sovente in situazione di cronicità;
- consumatori in stato di particolare marginalità sociale, con domande rilevanti nell'ambito della quotidianità;
- consumatori senza diritti di cittadinanza ed in particolare senza accesso al sistema dei servizi (stranieri illegali e senza fissa dimora);
- consumatori in situazioni di crisi ed emergenza (ricadute dopo comunità o carcere, allontanamento dalla famiglia, gravidanza, sieropositività o AIDS, ecc.);

b) Le mappe dei bisogni espresse da tali diverse tipologie di consumatori sono assai variegata. Ad esse e alle condizioni specifiche di ogni utente vanno ricondotte le diverse possibilità di lavorare per gli obiettivi dell'intervento di strada.

In generale:

- ogni contatto deve avere un suo "esito" ("quel" contatto può essere l'unico) ed ottenere il massimo possibile di intensità relazionale; un messaggio di prevenzione va sempre lanciato, una possibilità di ulteriore incontro sempre stimolata (da una siringa sterile, fino ad un counseling strutturato);
- il contatto deve lasciare sempre una porta aperta (l'operatore di strada è quello che c'è sempre, qualsiasi cosa accada). Possono essere accettate anche funzioni particolari, quali un accompagnamento diretto, se questo è utile a non "perdere" il contatto e a stabilire una relazione significativa;
- deve essere sempre attivata un'opportunità anche se indiretta (il contatto di strada deve aiutare a vedere altre possibilità attraverso la moltiplicazione delle risorse grazie al lavoro di rete), a fronte dell'impossibilità di una risposta diretta a molte delle domande che arrivano all'operatore;
- l'alleanza comunicativa va privilegiata e non caricata di imperativi pedagogici; nel lavoro di prevenzione è più utile una relazione credibile che un buon consiglio; il contatto può non essere immediatamente "produttivo": solo una parte delle "alleanze comunicative" costruite si trasformeranno in "alleanze educative" promotrici di cambiamento.
- deve essere possibile disporre di più strumenti e metodologie di intervento nel campo della prevenzione, dell'educazione alla salute e della riduzione dei rischi.

c) Il lavoro di strada si pone in maniera concreta rispetto alle possibilità di produrre cambiamento nei comportamenti a rischio, nella consapevolezza che:

- gli utenti come gruppo - e ogni utente come singolo - sono portatori di particolari razionalità dovute a particolari gerarchie nel rapporto rischi/benefici. Sulla strada, quindi, il confronto non è tra una "razionalità

scientifico" (dell'operatore) ed una "irrazionalità" (dell'utente), bensì tra diverse razionalità. Questo implica da un lato una personalizzazione del discorso educativo (counseling vis a vis) dall'altro l'attivazione di dinamiche gruppali, quando l'oggetto è la cultura (l'abitudine, lo stile, il valore) condivisa dal gruppo. L'operatore di strada utilizza, quindi, gli strumenti del counselor, quelli dell'animatore e dell'educatore, quelli del facilitatore nei gruppi di pari.

- gli obiettivi devono essere praticabili, dunque non in contrasto con la cultura del gruppo di appartenenza (per evitare il rischio di espulsione o di stigmatizzazione) e rispondenti ad un criterio di autoefficacia (nessuno modifica il proprio comportamento se dal cambiamento non derivano risultati apprezzabili). Il criterio di autoefficacia - di cui sono sovrani gli utenti - è rispettato solo se si possiede una profonda conoscenza delle culture del consumo e delle subculture di gruppo.
- gli obiettivi devono essere praticabili, dunque non ci si deve trovare di fronte ad impedimenti oggettivi. Le unità di strada devono rendere concreta la loro azione educativa fornendo i presidi sanitari necessari ad attuare il cambiamento e a renderlo positivo al test dell'autoefficacia. Siringhe sterili, acqua distillata, tamponi sterili, preservativi, naloxone sono strumenti pratici della prevenzione ma sono, al tempo stesso, oggetti simbolici: servono a far rischiare di meno e veicolano il messaggio educativo con la forza del linguaggio del "dono" (mi prendo cura di te).
- le informazioni devono essere documentate, chiare, radicate nel vissuto reale dei consumatori. I materiali vanno pensati come un lavoro di "mediazione culturale" continua tra obiettivi dell'intervento, vissuti reali, culture e linguaggi del target, elaborazioni comuni e condivise con gruppi di utenti: opinion leader e outsider esperti sono utili a garantire una buona mediazione.
- devono essere promosse l'autonomia e le abilità possibili degli utenti.

I rischi cui vanno incontro le persone tossicodipendenti possono essere ridotti e non evitati, sia sul piano sanitario (immanenza del mercato nero, precarietà delle condizioni di consumo, pesantezza del fattore economico, ecc.) sia su quello sociale (ingresso nel sistema penale-giudiziario, carcerazioni, distruzione delle reti familiari e sociali, perdita del lavoro, del reddito, della casa, emarginazione, ecc.). La condizione di vita della persona tossicodipendente è esposta in modo particolare a situazioni di vulnerabilità, di stress e rischio, all'incertezza. I fattori esterni che governano la quotidianità sono tali e tanti che suggeriscono la necessità di elaborare strategie non tanto di (improbabile) controllo, quanto di continuo ri-orientamento, ri-aggiustamento.

Il lavoro di strada può utilmente aiutare le persone a cercare o ritrovare personali abilità, a trovare risorse nel proprio ambiente, a valorizzare abilità sociali, ad accedere al sistema dei servizi ed alle opportunità del territorio, a conoscere i propri diritti; si tratta di un lavoro di *empowerment*, di svelamento di risorse anche nel più emarginato, di stimolo e addestramento alla cooperazione (tra pari e con altri soggetti), di insegnamento alla negoziazione (come misura pratica della legittimità della domanda rispetto all'offerta di servizi). La dimensione gruppal è significativa, come in ogni lavoro di empowerment (si pensi alle campagne per attivare supporto tra pari

nel soccorso overdose), ma è importante anche il lavoro individuale, per esempio dentro un counseling vis a vis, come sostegno all'autostima. Il lavoro specifico di prevenzione non può fare a meno del protagonismo attivo dei soggetti cui è rivolto: autostima, diritti di cittadinanza, dignità pubblica della persona tossicodipendente non sono scelta ideologica del lavoro di strada, né "alleanza collusiva", ma premessa metodologica per attivare gli attori sulla scena.

## 2) Con riferimento al sistema dei servizi

*a) Un elemento indispensabile è la chiara elaborazione da parte di ogni sistema di servizi delle priorità in materia di politiche sulle dipendenze.*

Nel ridisegnare la gerarchia dei propri obiettivi, il sistema dei servizi deve attribuire una specifica valenza al lavoro mirato alla popolazione tossicodipendente attiva e alla riduzione dei danni correlati. Tale elaborazione è importante non solo al fine di una razionale attribuzione delle risorse, ma anche allo scopo di rendere partecipi tutti gli attori - gli operatori per primi - delle scelte operate e di trovare attorno ad esse il consenso, evitando la scarsa comprensione del significato dell'intervento, la sua scarsa validazione ed il relativo isolamento delle équipes che lo attuano.

*b) inserimento degli interventi di strada nel sistema dei servizi permanentemente garantiti all'utenza.*

La presenza in ogni sistema di servizi di una unità operativa di strada - nelle modalità che la mappatura di ogni territorio indicherà - con caratteri di stabilità e continuità è necessaria, anche in relazione alla dimensione "tempo", fondamentale in processi educativi e di cambiamento di comportamenti individuali e gruppali che toccano sfere intime e profonde (si pensi al delicato rapporto rischi/benefici nella sessualità o nell'uso di sostanza psicotrope) e fortemente segnate da fattori ambientali le cui modificazioni sono a loro volta assai lente (si pensi alla percezione sociale del tossicodipendente o alle modalità operative delle forze di polizia sul territorio, entrambi elementi che fortemente incidono sulle possibilità pratiche di un'azione educativa).

*c) chiara interfaccia del lavoro di strada con il sistema dei servizi con cui stipulare protocolli d'intesa atti ad ottimizzare i rapporti tra i servizi stessi.*

In modo particolare devono essere garantiti:

- un sistema rapido di presa in carico per i nuovi contatti;
- un sistema rapido di prescrizione di terapie farmacologiche nell'ottica della riduzione del danno;
- un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza;
- un sistema di presa in carico e di offerta di servizi mirati a chi è in fase di tossicodipendenza attiva e non esprime al momento scelte di cambiamento;
- un sistema di ri-aggancio rapido e di offerte differenziate per chi è in fase di ricaduta;
- un sistema di accesso ai servizi d'emergenza sanitaria.
- attenzione agli aspetti quotidiani e sociali.

In assenza di una minima qualità sociale della vita è improbabile l'avvio di un meccanismo di responsabile autotutela della salute da parte della persona tossicodipendente, che rimane schiacciata dai pressanti problemi della sopravvivenza da un lato e da una forte censura sociale dall'altro. Protocolli



d'intesa saranno pertanto necessari non solo con il sistema dei servizi di cura ma anche con quelli del settore socio assistenziale.

*d) comunicazione efficace tra unità di strada e servizi relativamente all'osservazione e al monitoraggio sugli stili del consumo, operati direttamente sulla scena della droga.*

Da questo particolare osservatorio è infatti possibile conoscere in maniera approfondita le modificazioni sia del mercato, sia delle sostanze e delle abitudini dei consumatori, nonché i dati sulla popolazione stessa dei consumatori e le sue modificazioni, traendo indicazioni utili per l'ottimizzazione dell'offerta di servizi adeguati.

*e) lavoro nell'ottica della moltiplicazione delle opzioni e risorse da offrire all'utenza.*

Particolare attenzione va posta anche ai cosiddetti "luoghi intermedi" (drop in, centri diurni, centri crisi ecc.) basati sulla quotidianità e l'accoglienza a bassa soglia, al fine di moltiplicare le occasioni relazionali e i luoghi in cui disseminare informazioni e attività di prevenzione.

*f) attenzione alla formazione delle équipe.*

La peculiare qualità della relazione di strada richiede chiarezza di obiettivi e un particolare stile di lavoro. L'accettazione delle scelte dei consumatori, la continua negoziazione degli obiettivi praticabili, la consapevolezza che "ci si prende cura" nell'incertezza di poter "guarire", la centralità della relazione empatica nella comunicazione, la precarietà e provvisorietà del terreno in cui la relazione nasce e si sviluppa, lo stile amichevole e avalutativo suggeriscono per l'operatività di strada sia l'opportunità di autocandidature da parte degli operatori professionali, sia l'utilità di avere nelle équipe operatori grezzi e operatori pari, con l'esito di una positiva mistura di saperi professionali e saperi esperienziali.

Centrale rimane il ruolo della formazione permanente e della supervisione delle équipe, in un lavoro che, per definizione, procede per "tentativi ed errori e aggiustamenti", continuamente esposto a modificazioni, spostamenti di pratiche e obiettivi, cambiamenti del contesto, oscillazioni nella popolazione target.

L'entrare in relazione in un ambiente non protetto (un territorio non terapeutico), in presenza di obiettivi generali chiari ma di incerte e variabili condizioni di perseguimento degli stessi, impone la massima cura della professionalità degli operatori coinvolti.

*g) attenzione al sistema di raccolta dati e valutazione.*

La valutazione (di struttura, di processo, di esito), sia qualitativa che quantitativa, si avvale di un puntuale e quotidiano lavoro di raccolta dei dati sulle attività svolte e di un articolato sistema di osservazione degli atteggiamenti, orientamenti, stili di consumo, dinamiche collettive, ecc. degli utenti. Essa ha una importanza fondamentale per gli operatori (significato del proprio lavoro), per gli utenti (adeguatezza, efficienza ed efficacia dell'intervento), per il committente e per la popolazione generale (raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica). Le condizioni per una buona pratica di valutazione includono, pertanto, sia le risorse economiche necessarie, sia un lavoro di rete con agenzie a questo attrezzate (osservatori epidemiologici, centri universitari ecc.).

3) Con riferimento al territorio e alla popolazione generale

*a) chiara tutela degli interventi, esplicitamente inseriti in una politica di "salute pubblica" da parte di committenti ed enti responsabili.*

I rischi di "impatto ambientale" che si corrono con l'avvio di un lavoro di strada sono più facilmente evitabili laddove la popolazione generale è informata sulle ricadute positive di tali interventi anche per la salute pubblica, secondo la logica specifica degli interventi di riduzione del danno. Obiettivi quali la riduzione dei casi di sieroconversione, l'aumento dei tossicodipendenti in trattamento, la bonifica del territorio rispetto alle siringhe usate, ecc. sono parte integrante dei progetti di outreach. In questo senso, è opportuno stimolare la partnership degli enti e degli amministratori locali.

*b) protocolli d'intesa con le Forze dell'Ordine che operano sul territorio.*

Non potendo creare "zone franche" all'interno del territorio è necessario garantire accordi pratici a partire dalla condivisione di obiettivi generali quali la prevenzione. È utile, pertanto, la creazione di "tavoli locali" che mettano a confronto, nel rispetto dei diversi mandati istituzionali, agenzie diverse alla ricerca di obiettivi generali di salute pubblica, validi per tutti. Al contempo devono essere applicate le normative vigenti per quanto riguarda il diritto all'anonimato e la riservatezza dei dati raccolti nel rapporto con l'utenza.

*c) affermazione di una cultura della "cittadinanza" delle persone tossicodipendenti.*

L'isolamento sociale e la stigmatizzazione sono fattori che aumentano comportamenti asociali e non responsabili. La produzione di una diversa percezione sociale della tossicodipendenza è percorso assai complesso in cui il lavoro di strada può incidere molto parzialmente; il suo contributo si gioca sul raggiungimento di alcuni obiettivi, quali la facilitazione della presa in carico e la riduzione di rischi di emarginazione grave, ma anche attraverso la socializzazione del proprio metodo, che dimostra la capacità della persona tossicodipendente, a certe condizioni, di assumere comportamenti responsabili e di tutela di sé e degli altri.

*d) utilizzo del patrimonio del lavoro di valutazione e misurazione degli esiti.*

I risultati del lavoro di valutazione e misurazione degli esiti vanno resi pubblici e comprensibili, anche nella loro problematicità, al fine di facilitare confronto e consenso attorno agli interventi.

## MATERIALI DI PROFILASSI

---

Se l'abilità di instaurare relazioni significative a "legame debole", non normative e non giudicanti, rappresenta il cuore del "potere di offerta" di una équipe di strada, i materiali di profilassi ne costituiscono il volto concreto, insieme con il veicolo vero e proprio, quasi "un biglietto da visita" in quanto sono *l'oggetto* che più di ogni altro si presta a riscontrare reazioni e l'immediato apprezzamento da parte dei tossicodipendenti, simboli potenti nell'immaginario della popolazione destinataria degli interventi.

La distribuzione dei materiali di profilassi assume però altri significati, oltre a quelli di prevenzione, con il procedere del lavoro di strada:

- rinforza costantemente i messaggi di prevenzione e cura di sé, rendendo tangibili i messaggi diffusi dagli operatori e permettendo loro di approfondire le tematiche relative alle caratteristiche qualitative e quantitative dei comportamenti tossicomani;
- coadiuva il lavoro di *"self-empowerment"* e di attivazione delle risorse personali dei consumatori, partendo dalla soddisfazione del bisogno pratico di reperire strumenti sterili, per arrivare alla percezione del rischio, del proprio corpo e della propria salute.

È di estrema importanza una verifica della percezione che gli operatori stessi hanno dei materiali di profilassi e delle modalità di consumo di stupefacenti, per definire poi le scelte operative, a partire dalla decisione circa gli specifici materiali di profilassi da utilizzare. A questo scopo è possibile verificare quali siano le abitudini tossicomane della popolazione target di riferimento, durante la fase di osservazione e mappatura, in modo da poter adeguare la scelta dei materiali di profilassi ai pattern di consumo e ai bisogni riscontrati. L'équipe dovrà poi stabilire quali saranno i parametri operativi della distribuzione (massimo numero di materiali pro-capite al giorno, ecc.) sapendo tenere in conto la domanda da parte dei tossicodipendenti, la disponibilità del proprio progetto e il setting.

La accurata valutazione pre-operativa di questi aspetti assicura i seguenti vantaggi:

- permette una gestione più efficace delle relazioni con gli utenti, regolamentando in maniera flessibile ed equa la distribuzione pro-capite;
- permette agli operatori di introdurre e approfondire la discussione sui rischi connessi al numero e alle modalità delle assunzioni;
- permette agli operatori di stipulare 'contratti', relazioni basate sulla reciproca fiducia, con utenti che hanno esigenze particolari (di salute, di tempo, di lavoro, ecc.) e che non possono raggiungere l'unità mobile quotidianamente. L'utente, in tal caso, si impegna a sua volta a restituire i materiali di cui usufruisce (per quanto riguarda le siringhe) e ciò influisce sulla durevolezza del 'contratto';
- contribuisce a ridurre fenomeni tipici delle zone di spaccio delle aree metropolitane (diretta conseguenza dell'impossibilità di reperire una siringa sterile, in special modo nelle ore notturne), quali la rivendita delle siringhe da parte dei tossicodipendenti;
- razionalizza la distribuzione in termini di costi/approvvigionamento;

Negli ultimi anni la pratica del lavoro di strada è andata via via ampliandosi e diversificandosi; analogamente è aumentata la varietà dei materiali distribuiti dalle Unità di strada. Segue, perciò, una breve lista di tali presidi, con una serie di indicazioni pratiche connesse ad una più proficua realizzazione dei programmi di distribuzione.

Siringhe sterili mono-uso - La distribuzione di siringhe sterili mono-uso risponde pienamente a quanto sopra detto a proposito della valenza e dei differenti significati che assume la distribuzione di materiali di profilassi in strada. La distribuzione delle siringhe non deve mai essere legata alla restituzione obbligatoria delle siringhe usate, ma la decisione di riportare le siringhe usate può e deve maturare all'interno della relazione con

gli operatori. Una possibile soluzione al bisogno di riscontri da parte dell'utenza (e di raccolta dei dati) può essere rappresentata dalla *"tecnica di distribuzione mista"*, nella quale gli operatori stabiliscono la distribuzione di 3 siringhe pro-capite al giorno, ma possono esserne comunque distribuite un massimo di 4 o 5, se vi è la restituzione di 1 o 2 siringhe usate da parte dell'utente.

Acqua distillata - Anche la distribuzione di acqua distillata ricopre un ruolo notevole nell'ambito del lavoro di prevenzione, in quanto permette di introdurre modalità di consumo molto più igieniche, soprattutto per quei tossicodipendenti che vivono in strada. È preferibile che la fiala sia in vetro e non in plastica, perché permette di scaldarvi la sostanza direttamente, con conseguente minore manipolazione e maggiore igiene. Generalmente va distribuita 1 fiala d'acqua per ogni siringa allo scopo di ridurre al minimo il pericolo di uso in gruppo di materiale "preparatorio" (fiala di acqua, filtro, fondo di lattina, cucchiaino, ecc.); la diffusione dell'abitudine, del rito o della necessità di condividere il materiale preparatorio rende necessaria una adeguata informazione sul pericolo rappresentato da questo uso promiscuo.

Fazzolettini disinfettanti - Si rivelano presidi fondamentali, in quanto la pratica della disinfezione prima di un'iniezione è pressoché sconosciuta in strada; possono anche servire per rinforzare i messaggi di prevenzione e cura della salute, nelle discussioni con gli utenti, partendo da semplici messaggi sulle modalità d'uso del fazzolettino per giungere a una maggiore coscienza della propria condizione di salute, in particolare a considerazioni sulla qualità delle iniezioni. Il gradimento da parte degli utenti è solitamente molto alto (specie nei tossicodipendenti italiani), soprattutto da parte di coloro che sono senza fissa dimora e li usano per disinfettarsi anche in altre occasioni.

Filtri - La distribuzione di filtri sterili è molto diffusa negli altri Paesi europei, ma pressoché sconosciuta in Italia, una circostanza legata alle conoscenze ed i pattern di consumo dei tossicodipendenti italiani, che utilizzano, dal punto di vista igienico molto impropriamente, il filtro delle sigarette; in Francia è stata introdotta con buoni risultati la distribuzione di siringhe da 1 ml con il filtro incorporato, allo scopo di eliminare ogni manipolazione, fattore di rischio per la trasmissione di ulteriori infezioni.

Acido ascorbico/citrico - È molto apprezzato dall'utenza tossicodipendente in quanto agisce più efficacemente del limone sull'eroina di strada, riducendo la possibilità di iniezione di particelle di sostanza non ben disciolte, con conseguente diminuzione del pericolo di flebiti, ascessi e embolie. La distribuzione di bustine di acido citrico/ascorbico da 1 g, inoltre, può concorrere ad eliminare la tipica abitudine, pericolosamente antigienica, di utilizzare più volte lo stesso limone, fino al completo esaurimento, con tutti i rischi di infezioni connessi.

Naloxone - L'introduzione del farmaco antagonista *Naloxone*, in qualità di presidio salvavita, fra le possibilità di offerta delle équipes di strada italiane, si pone quale elemento di rafforzamento del concetto di Unità di strada come parte integrante della rete dei servizi sanitari, anche in relazione al collocamento e alla formazione di personale medico abilitato. La somministrazione del naloxone è di vitale importanza in quei contesti dove l'overdose è ancora un fatto quotidiano; rappresenta, però, anche un'occasione per formare l'utenza sui comportamenti a rischio di overdose, che non sono solo relativi semplicemente alla quantità di eroina assunta, ma riguardano anche e soprattutto i pattern di consumo (con benzodiazepine e alcool associati, in primo luogo) e le abitudini tossicomane.

Distribuzione di metadone - Anche in questo caso si tratta di esperienze prevalentemente, anche se non esclusivamente di altri Paesi Europei, dove l'Unità di strada viene anche utilizzata per superare il concetto di somministrazione unicamente "dentro" il Servizio. Si tratta di un concetto interessante, per la possibilità di immaginare punti di distribuzione mobili, che però presenta alcune questioni di non facile soluzione. Vanno, in particolare, tenute in attenta considerazione le condizioni esistenti (di utenza in strada, di utenza in

carico ai servizi, di territorio e di traffico illegale) e il contesto normativo in tema di sostanze stupefacenti e somministrazione di terapie metadoniche (necessità di personale medico, non finanziabilità da parte del Fondo nazionale per la lotta contro la droga dei progetti di Enti privati, ecc.).

Profilattici - L'abuso di eroina non corrisponde necessariamente ad un abbassamento del desiderio e dell'attività sessuale, come dimostrato dai risultati di ricerche epidemiologiche nazionali dell'Istituto superiore di sanità che evidenziano i rischi di trasmissione dell'HIV per via sessuale sia all'interno della popolazione tossicodipendente, sia dalla popolazione tossicodipendente verso fasce di popolazione non utilizzatrici di stupefacenti. Inoltre, specie in un ambito metropolitano, l'utenza delle Unità di strada è molto variegata e comprende una rilevante percentuale di donne, un certo numero di consumatori di eroina alle prime esperienze, qualche persona che si prostituisce; solitamente la distribuzione di profilattici cresce solo dopo un certo tempo dall'inizio dell'attività operativa in strada. Talvolta, emergono difficoltà e resistenze nell'affrontare l'argomento nell'ambito di relazioni con utenti tossicodipendenti (maschi, in particolare).

Un discorso completamente differente è quello delle Unità di strada indirizzate verso l'ambiente della prostituzione (un'esperienza più recente rispetto a quelle destinate ai tossicodipendenti), nell'ambito delle quali l'educazione alla salute sessuale e i profilattici assumono un significato di primo piano, e vengono spesso percepiti come "strumenti di lavoro". Anche in questi casi l'offerta di materiale va progressivamente adeguata alle esigenze espresse dall'utenza contattata, e alla natura stessa dell'utenza ("professionista", straniera, transessuale, tossicodipendente, ecc.), con la distribuzione di differenti tipi di profilattici, accompagnati da gel lubrificante a base-acqua.

Macchine automatiche (scambiatrici/distributrici di siringhe e distributori di profilattici) - Sin dalle prime installazioni, hanno dimostrato di essere molto gradite alla popolazione tossicodipendente in quanto sono attive 24 ore su 24 e permettono l'acquisto di una siringa a basso prezzo (dalle 200 alle 500 lire) oppure gratuitamente, se ne viene restituita una usata. Funzionano meglio quando integrano la presenza di una Unità di strada, in quanto permettono un forte rinforzo ai messaggi di self-empowerment, di prevenzione e cura di sé; inoltre, i distributori/scambiatori automatici si dimostrano particolarmente utili nel raggiungere quei consumatori che fanno uso di stupefacenti senza aver ancora sviluppato una grave dipendenza o per quelle persone che, per svariati motivi (quasi sempre legati alla visibilità), non desiderano entrare in contatto con la piazza o con gli operatori dell'Unità di strada.

L'installazione delle macchine, in un dato territorio, va progettata accuratamente e deve essere l'*ultimo* passo di un percorso che passa attraverso l'incontro ed il dibattito all'interno della popolazione che le "ospiterà", allo scopo di informare sulle modalità e sugli obiettivi dell'installazione e di gestire/mediare le conflittualità nel tempo; questo dialogo con la comunità deve divenire permanente, con iniziative periodiche di incontro e informazione sui risultati.

## STRUTTURE INTERMEDIE A BASSA SOGLIA

---

Nell'ambito degli interventi di riduzione del danno, un ruolo rilevante è svolto dalle strutture intermedie (*drop in center*, centri di accoglienza, centri diurni, strutture semiresidenziali e/o residenziali a bassa soglia), sul cui funzionamento esistono informazioni sufficienti a delineare alcune indicazioni sulle tipologie, le funzioni, i target di utenti.

### Tipologie

Si possono individuare tre tipologie di strutture intermedie a bassa soglia:

- 1) Unità fissa
- 2) Centro di accoglienza diurno (*drop in center*)
- 3) Struttura residenziale.

1) Unità fissa - È un servizio a bassa soglia che offre materiali informativi sui comportamenti a rischio, distribuisce siringhe, preservativi, materiali sterili, e, in alcuni casi, consente incontri di counseling, consulenze mediche e legali. In pratica offre, nell'ambito di una struttura fissa, le prestazioni tipiche delle unità mobili di strada.

L'utenza che fa riferimento ad un'unità fissa ha già acquisito una seppur minima capacità di usare i servizi, sia in seguito ad interventi diretti educativi realizzati da parte degli operatori delle unità fisse, sia perché già in contatto con una unità di strada.

2) Centri diurni di accoglienza a bassa soglia (C.A.B.S.). - Centro di accoglienza a bassa soglia con funzioni residenziali (C.A.B.S./R.) - Entrambe queste tipologie si configurano come vere e proprie strutture intermedie. I C.A.B.S., sia diurni che residenziali, offrono le prestazioni delle unità fisse; tuttavia, svolgono anche una funzione di accoglienza che prevede la possibilità e l'opportunità di trascorrere tempo nella struttura, servizi di counseling, di consulenza medica e di assistenza sanitaria come pure consulenza legale. La funzione di accoglienza e le attività del C.A.B.S. non sono di per sé finalizzate alla formulazione di un programma terapeutico a media (tipo Ser.T) od alta soglia (tipo Comunità Terapeutica).

I C.A.B.S. sono luoghi in cui i consumatori possono trascorrere del tempo in alternativa ai ritmi ed ai rischi sanitari e sociali della vita di strada. Le modalità di accesso (che è opportuno sia limitato ai soggetti maggiorenni) prevedono un contatto informale con gli operatori, prevalentemente finalizzato a facilitare l'uso delle diverse risorse che offre la struttura, con informazioni mirate, riguardanti, fra l'altro, specificamente, le poche, ma essenziali regole di convivenza del centro.

Tali regole devono essere poche, chiare, flessibili, evitando atteggiamenti particolarmente rigidi ed autoritari che innalzano la soglia di accesso, riducono la utilizzabilità per i consumatori e modificano la natura della struttura. Le regole, in genere, riguardano le garanzie per una convivenza minima utili a far funzionare la struttura in modo vantaggioso per gli utilizzatori; devono, perciò, essere discusse e riformulate con gli utilizzatori in modo che siano sentite come proprie e utili a difendere e preservare le esigenze degli utenti della struttura; non vengono, pertanto, tollerati atti di violenza, che vanno contenuti attraverso una continua azione di mediazione. Le regole hanno anche la funzione di costituire un contesto che, seppur aperto alla strada, (quasi) in continuità con questa, offra ai suoi utilizzatori risorse e prestazioni utili a ridurre i comportamenti antisociali, microcriminali, dannosi per la propria salute e per quella degli altri.

L'équipe deve essere impegnata a mediare continuamente tra i conflitti della strada e le opportunità di accoglienza e di contenimento della struttura, a garantire la bassa soglia, a

limitare al minimo la funzione normativa delle regole, a coinvolgere quanto più è possibile i servizi ed i cittadini del territorio.

Il centro di accoglienza a bassa soglia/residenziale ha tutte le caratteristiche del C.A.B.S. ma offre anche accoglienza notturna, con ambienti attrezzati per dormire.

La funzione di ospitalità residenziale va sempre considerata come transitoria. Soggetti che, per cause diverse, sono senza abitazione possono usufruire di questa funzione, che ha l'immediata finalità di alternativa alla strada e consente di usufruire di un intervallo adeguato di tempo per ricercare soluzioni più adeguate e permanenti (famiglia, amici, associazioni, dormitori, alloggi protetti). Particolare attenzione va data alle persone che non hanno fissa dimora, nei confronti dei quali l'offerta di un alloggio può essere l'obiettivo principale.

Nelle strutture a bassa soglia in Italia non è ammesso consumare in loco e portare con sé sostanze stupefacenti, anche se per uso personale; si accetta, però, che il consumatore possa frequentare la struttura sotto l'effetto della sostanza.

### **Target di utenti**

Le strutture intermedie a bassa soglia sono specifiche per tutti i consumatori attivi di droghe pesanti. In particolare si rivolgono alle persone che non hanno contatti con i Ser.T. o con altri servizi, e che frequentemente hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, lavoro, gruppi di pari, ecc.).

Esempi di tipologie degli utenti ai quali si indirizzano le strutture intermedie possono essere:

- Utenti con perdita transitoria dell'abitazione e delle risorse economiche
- Utenti senza fissa dimora
- Consumatori che non si rivolgono ai Ser.T.
- Consumatori attivi che si rivolgono ai Ser.T. (e continuano a consumare sostanze da strada)
- Soggetti HIV positivi o in AIDS
- Extracomunitari
- Prostitute/i
- Minori
- Popolazioni "sommerse" cosiddette compatibili
- Altre tipologie specifiche del territorio

### **Attività e risorse**

Le strutture intermedie a bassa soglia offrono i medesimi servizi delle unità fisse. Poiché la funzione di accoglienza prevede la possibilità di trascorrere del tempo nella struttura il counseling, la consulenza ed assistenza medico-sanitaria e la consulenza legale devono essere garantite come funzioni minime; la consulenza legale è un servizio utile non solo per i problemi di ordine giudiziario, ma anche per le controversie (es. di lavoro) che spesso coinvolgono i consumatori.

Le strutture intermedie a bassa soglia sono luoghi di permanenza nei quali non è obbligatorio partecipare alle attività che vi si svolgono.

Devono essere offerti alcuni servizi: mensa, bevande calde, docce e bagni, vestiti puliti. È opportuno prevedere ambienti con letti per brevi soste di riposo durante il giorno ed altri attrezzati con video, televisione, radio, ascolto musica. Per le strutture con funzioni residenziali si devono prevedere locali con letti e servizi igienici adeguati per l'ospitalità notturna.

Le attività possono essere varie:

- laboratori (es. teatrali, corsi di video, attività fisiche, ecc.)

- gestione attività aperte al quartiere (es. bar)
- produzione di giornale di strada
- attività di supporto ed educazione tra pari (*peer support, peer education*)
- gruppi di auto-aiuto
- incontri con familiari
- incontri con cittadini.

Le attività sono scelte, generalmente, in relazione alle disponibilità delle organizzazioni coinvolte, alle risorse del territorio, al grado di partecipazione all'organizzazione della struttura e di autogestione degli spazi.

### **Integrazione con il territorio**

La struttura intermedia, per le sue caratteristiche, può rischiare l'isolamento, diventando un luogo di esclusione sociale. La struttura deve imparare a gestire questo tipo di rischio, come pure instaurare un rapporto non conflittuale con le forze dell'ordine; una eccessiva e prematura visibilità può determinare, inoltre, una reazione di rifiuto da parte di gruppi di cittadini residenti nella zona.

Il rapporto continuo e costante con la rete naturale del territorio deve essere considerato come una delle attività fondamentali del C.A.B.S. Devono essere considerati tutti i livelli di coinvolgimento: associazioni giovanili, di categorie, cattoliche, circoli ricreativi, centri autogestiti, ecc.

### **Popolazione del quartiere**

È opportuno curare il contatto e, se possibile il coinvolgimento dei cittadini, di residenti del quartiere, di gestori di negozi circostanti, di personaggi del mondo della cultura che mostrino interesse. Iniziative varie possono anche essere prese, con la metodologia della osservazione partecipata e della ricerca/azione, per contribuire a migliorare il coinvolgimento della comunità e a rendere le strutture più adeguate ai bisogni concreti degli utenti. Ad esempio è necessario:

- sensibilizzare le forze dell'ordine
- informare la popolazione sul significato della struttura e sui vantaggi che questa può offrire al territorio;
- individuare cittadini (commercianti, professionisti, giovani, ecc.) disponibili a collaborare, a dare consigli, a mediare con la cittadinanza;
- coinvolgere radio e TV locali, giornali.

### **Integrazione con il sistema dei servizi**

L'équipe delle strutture intermedie a bassa soglia deve effettuare un censimento delle risorse esistenti sul territorio (unità di strada, strutture con utenti in terapia metadonica, mense, dormitori, luoghi di distribuzione di viveri, vestiti, servizi di assistenza comunali), favorendone l'attivazione e facilitandone l'uso tra i propri utenti.

Le strutture intermedie a bassa soglia sono funzionalmente parte integrante del sistema dei servizi che opera ai diversi livelli (programmi *drug-free*, metadone) a favore dei consumatori di droghe. In particolare, è necessario il coordinamento con le Unità di strada e con altre iniziative che si rivolgono ai consumatori attivi, in modo da costituire un circuito collegato per questa tipologia di utenti. Il rapporto con i Ser.T è indispensabile per facilitare l'accesso di quei consumatori che altrimenti non contatterebbero mai questi servizi ed è importante per definire le forme di integrazione e di collaborazione con l'insieme dei servizi per i tossicodipendenti.

Il tipo e la qualità del rapporto tra C.A.B.S. e Ser.T dipende dagli obiettivi che si pone la struttura. Se fra gli obiettivi vi è il potenziamento del contatto con i Ser.T, dovrà essere



previsto un forte collegamento strutturale; se, viceversa, la struttura si preoccupa, come obiettivo principale, di contattare i consumatori attivi, si tenderà ad un collegamento più funzionale e possibilmente progettuale col Ser.T, preferendo un "legame debole", che non provochi difficoltà agli utenti che non entrano in contatto col Ser.T, ed eviti sensazioni di controllo terapeutico da parte della struttura a quelli che, invece, sono stati inseriti in programma dal Ser.T medesimo.

## **Operatori**

Gli operatori delle strutture intermedie possono essere di diversa provenienza: Ser.T, Cooperative Sociali, Associazioni, opinion leader.

La presenza di una o più tipologie di operatori è determinata dalla natura dell'esigenza e dalle modalità seguite per la formulazione del progetto.

Le professionalità richieste sono legate al tipo di attività e di prestazione (es. medico, psicologo, animatore, educatore, mediatore culturale, ecc.) La presenza ed il coinvolgimento di ex tossicodipendenti, di utenti dei Ser.T in trattamento con metadone a mantenimento, di consumatori attivi, oltreché essere utile al C.A.B.S., può in alcuni casi rappresentare uno strumento di intervento per quegli utenti dei Ser.T in trattamento stabilizzante con il metadone che abbiano difficoltà di socializzazione e che rischiano una sorta di cronicità istituzionale; in questo caso queste persone sono contemporaneamente operatori "naturali" e utilizzatori della struttura.

I consumatori di strada si rivolgono alla struttura intermedia a bassa soglia se vi trovano vantaggi e risposte ai propri bisogni primari. Alcune attività, come ad es. la produzione di un giornale di strada od altre attività analoghe, possono essere realizzate solo con il coinvolgimento diretto di *opinion leader*, che d'altra parte è necessario anche per il collegamento della struttura con i consumatori del bacino di utenza della stessa.

## **Luogo**

La scelta del luogo (strutture aperte nei pressi "della scena della droga", strutture in luogo riservato, ma vicino ad altre a media soglia o ad alcuni presidi sanitari) deve tenere presente alcune valutazioni di opportunità.

La riservatezza va ricercata soprattutto in quelle realtà metropolitane dove maggiori sono le difficoltà di instaurare relazioni e dove le molteplici condizioni di conflittualità sociale inducono sospetti verso qualunque proposta di convivenza con il disagio. Particolare cautela va osservata, ad esempio, rispetto a zone dove vi sono realtà associative pubbliche (scuole, asili).

La riservatezza, però, non deve significare isolamento, perché la lontananza dai luoghi della normalità sociale diminuisce il livello di utilizzabilità della struttura e rischia di innalzare la soglia.

La scelta del luogo è, pertanto, il risultato di diverse variabili:

- contesto culturale e sociale del quartiere o area urbana;
- immagine e rappresentazione del tossicodipendente da parte degli abitanti;
- stile microcriminale del comportamento del tossicodipendente del luogo;
- presenza di una unità di strada che già opera nella zona;
- tipo ed incidenza del lavoro di sensibilizzazione diretto alla popolazione;
- grado di coinvolgimento di associazioni e cittadini al progetto.

A queste vanno aggiunte le variabili locali che di volta in volta saranno evidenziate, intimamente legate alla capacità di sensibilizzazione dei cittadini da parte degli operatori e dei consumatori stessi sui vantaggi che la struttura può determinare per la vita di quel quartiere o territorio.

### **Progettazione e gestione**

Per quanto riguarda la progettazione della struttura, sia essa proposta da un Ser.T, da un Ente del III Settore o in forma mista tra i due, maggiore è il grado di coinvolgimento dei destinatari dell'intervento, più l'iniziativa sarà in grado di dare risposte ai bisogni più urgenti dei consumatori attivi, che possono variare da territorio a territorio della stessa città.

La metodologia da seguire potrà avvalersi e valorizzare le qualità di mediazione naturali degli *opinion leader* e delle tecniche di azione partecipata, come l'*empowerment*.

Il coinvolgimento a pieno titolo dei consumatori nella progettazione e gestione di una C.A.B.S. può essere realizzato con l'aggregazione di utenti contattati dall'unità di strada, con associazioni di consumatori, gruppi di interesse, adattando l'idea originaria all'esperienza concreta di ogni giorno.

### **Orari di apertura**

Per quanto riguarda il C.A.B.S. che opera come centro diurno, gli orari di apertura possono essere variamente stabiliti in relazione alle esigenze degli utilizzatori; per le strutture residenziali deve essere prevista l'apertura nelle 24 ore.

Il tempo di permanenza massimo va attentamente valutato: la residenzialità dovrebbe essere considerata transitoria, tempo intermedio per ricercare altre soluzioni abitative o alla crisi che la persona sta vivendo in quel momento. La transitorietà garantisce la fruibilità a tutti i consumatori che ne hanno bisogno; è opportuno, perciò, limitare l'ospitalità entro i dieci giorni. Il numero di posti in fase residenziale non dovrebbe superare i 10 posti letto.

### **Locali**

I locali devono garantire lo svolgimento delle attività e delle funzioni minime previste, curando la presenza di spazi dove si possa semplicemente stare, riposare, con dotazioni minime (poltrone, divani, letti, televisore, radio, stereo). I locali per il counseling devono garantire una adeguata riservatezza. È sempre opportuno avere uno spazio sanitario per visite, medicazioni, interventi sanitari semplici.

## I FARMACI SOSTITUTIVI NELLA RIDUZIONE DEL DANNO

---

### a) METADONE

Pur essendo possibile un utilizzo del farmaco agonista metadone all'interno di diversi protocolli terapeutici (es. disintossicazione a breve o a lungo termine, mantenimento a breve o lungo termine), per le finalità della Riduzione del Danno appare più opportuno ragionare su protocolli di mantenimento a lungo termine a dosaggi flessibili e concordati con il paziente - sia in considerazione degli obiettivi del trattamento sia per quanto concerne la sua durata - che appaiono in grado di promuovere modificazioni dei comportamenti a rischio e di favorire una stabilizzazione della situazione di dipendenza.

Lo scopo del trattamento di mantenimento con metadone, quindi, è quello di ridurre l'uso di oppiacei illegali e gli atti criminosi, le morti, le malattie e le altre conseguenze negative associate all'uso di questi, favorendo una stabilizzazione ed un miglioramento della qualità di vita del tossicodipendente da eroina.

Tale scopo può essere più facilmente raggiunto se i programmi di trattamento sono facilmente accessibili, non vi sono liste di attesa e vi sono le condizioni per una elevata ritenzione in trattamento.

I fattori che influenzano la ritenzione in trattamento sono la facilità di accesso ad un servizio, gli orari di apertura flessibili, la disponibilità dei terapeuti, le attitudini positive dello staff, l'esistenza di un buon clima all'interno del servizio, la possibilità di supporto sociale, la capacità di determinare un dosaggio adeguato di metadone, la presenza di chiare regole e regolamenti.

Il dosaggio adeguato di metadone è, tra tutti i punti elencati, quello che maggiormente influenza la ritenzione in trattamento. La letteratura internazionale suggerisce un dosaggio compreso tra gli 80 e i 120 milligrammi successivamente alla fase di induzione e riporta che i migliori risultati nei trattamenti con metadone si ottengono con dosaggi superiori ai 90 mg/die. La dose ottimale di metadone è, comunque, la quantità necessaria per ottenere la risposta terapeutica desiderata, con un sufficiente equilibrio tra sicurezza ed efficacia, tenendo conto dei bisogni specifici del paziente. Enfatizzare eccessivamente l'importanza del dosaggio del farmaco, tuttavia, rischia di ridurre il problema di un buon trattamento di mantenimento con metadone alla individuazione dei milligrammi necessari (dal punto di vista antiastinenziale e anticraving). La letteratura recente ha ben evidenziato come la stabilità dell'équipe, il suo atteggiamento complessivo nei confronti del paziente in trattamento, la modalità di conduzione del trattamento stesso sono elementi altrettanto importanti per un buon andamento dei programmi farmacologici con agonisti degli oppiacei.

La maggior parte dei pazienti più problematici, cioè coloro che fanno un maggior uso di oppiacei, come risulta dai dati esistenti, si presenta ai servizi chiedendo di entrare in trattamento con metadone, formulando la richiesta con urgenza; escludere dal trattamento tali pazienti rappresenta un problema in quanto, generalmente, essi rifiutano di entrare o, comunque, non rimangono a lungo in altri tipi di trattamento. Il trattamento con metadone combina, quindi, due caratteristiche molto importanti: consente il trattamento della tossicodipendenza dei soggetti meno inclini a forme di trattamento più strutturate o meno inclini a cambiare e, nel contempo, riduce i rischi connessi all'uso endovenoso di droghe.

Programmi di riduzione del danno e del rischio sono spesso strettamente connessi ad adeguati programmi di trattamento con metadone.

Il trattamento con metadone ha, senza dubbio, una sua validità in sé ed ogni considerazione, rispetto alla finalità della riduzione del danno, va fatta in rapporto all'assenza di trattamento, piuttosto che ad altre tipologie di trattamento.

Sicuramente interventi di tipo psicologico e/o socio-assistenziale aumentano sostanzialmente la possibilità di modificare la situazione del paziente e rendono possibili programmi diversamente strutturati, ma la possibilità di offrire un'ampia rosa di proposte terapeutiche non può far rinviare di continuo l'attivazione di programmi di riduzione del danno.

All'interno di questi criteri di riferimento si percepisce come il problema non sia più, o non sia solo, quello di ridefinire la "soglia" di accesso al trattamento ma, piuttosto, quello di rivedere i criteri della prosecuzione dei trattamenti con metadone, la gestione delle ricadute nell'uso di eroina, la modalità di offerta dei servizi socio-assistenziali.

Per quanto riguarda la durata del trattamento con metadone, occorre precisare che, per la particolare tipologia di pazienti cui questo si rivolge, il tempo è da considerare uno dei principali fattori che influenzano la modificazione del comportamento. L'esperienza condotta fino ad oggi non può non rilevare come alcuni pazienti (le stime dei vari studi oscillano tra il 5 ed il 20%) necessiteranno comunque di un trattamento farmacologico con agonisti per più di dieci anni e, probabilmente, per il resto della loro vita.

Gli interventi di riduzione del danno hanno la finalità di stimolare, all'interno di un percorso ideale che, in quanto tale, raramente si svolge in maniera lineare, il passaggio delle persone a forme di trattamento più integrate fino a giungere a modelli di cura che non prevedono l'assunzione di farmaci, agonisti e non, o di sostanze legali ed illegali. L'esperienza testimonia però che, laddove tali programmi sono operativi, il numero delle persone che rimane in trattamento nei programmi a soglia più bassa (anche per la capacità di questi trattamenti di rispondere a bisogni immediati) aumenta progressivamente ed il flusso delle persone che passa ad altri programmi a soglia più elevata è inferiore al numero di coloro che entrano. Ciò può determinare affollamento dei servizi e problemi di convivenza fra pazienti che hanno livelli di motivazione diversi rispetto all'interruzione dell'uso di sostanze. Ove possibile, specie nelle grosse realtà metropolitane, sarebbe opportuno dividere l'utenza in servizi diversi, a seconda del tipo di trattamento, o prevedere l'attivazione di unità mobili per la somministrazione di metadone in punti diversi della città, evitando in tal modo grosse concentrazioni di pazienti in un'unica zona. Le riflessioni sul trattamento, quindi, non possono essere svincolate dalle considerazioni sul benessere possibile per i pazienti, e questi due aspetti comportano conseguenze inevitabili sugli aspetti organizzativi dei Servizi per le Tossicodipendenze.

### **b) LAAM (levo-alfa-acetilmetadolo)**

Un'alternativa al trattamento con metadone può essere rappresentata dal trattamento con LAAM (levo-alfa-acetilmetadolo), agonista degli oppiacei a lunga durata d'azione. Così come per il metadone la necessità di somministrazione quotidiana costituisce un limite (il paziente, se non rientra nei criteri di affidamento del farmaco, è costretto a frequentare quotidianamente il servizio) ma anche un vantaggio (per gli operatori è possibile un rapporto quotidiano con pazienti sovente molto problematici), allo stesso modo, per il LAAM, il fatto che, per le particolari caratteristiche farmacologiche del prodotto, ne sia prevista una somministrazione tre volte la settimana può costituire un vantaggio e uno svantaggio.

L'operatore, pertanto, una volta accertata la necessità di avviare un trattamento farmacologico, dovrà valutare per quali pazienti e per quale fase della storia di tossicodipendenza di ognuno sarà più opportuno instaurare un trattamento con metadone

o con LAAM, trattandosi di farmaci con caratteristiche simili ma diversi per vari aspetti (es. il tempo che intercorre tra l'assunzione del prodotto e la comparsa degli effetti).

### **c) BUPRENORFINA**

La buprenorfina è recentemente entrata ufficialmente fra i farmaci utilizzabili dagli operatori. Si tratta di una sostanza dalle caratteristiche farmacologiche particolari (non è un agonista puro, ma presenta anche un effetto antagonista), potenzialmente molto interessanti per l'impiego nella terapia farmacologia della tossicodipendenza. Le caratteristiche del farmaco fanno sì che sia possibile ridurre notevolmente il rischio di episodi di sovradosaggio acuto con arresto respiratorio, anche se sono segnalati casi di decesso in soggetti con poliabuso acuto di "cocktail farmacologici" ad azione depressogena e assunzione di buprenorfina per via endovenosa. Altri effetti collaterali sono rappresentati da sedazione, astenia, costipazione e riduzione della libido.

L'utilizzo della buprenorfina in programmi di riduzione del danno nel nostro Paese non è sostenuta da una esperienza clinica di lunga data, come avviene per il metadone; il suo impiego va valutato tenendo conto delle specifiche indicazioni all'uso pubblicate nella letteratura internazionale (riportate nei paragrafi seguenti), nonché dei contesti organizzativi dei servizi.

Trattamenti di disintossicazione e di passaggio agli antagonisti

Le evidenze scientifiche confermano l'efficacia della disintossicazione con buprenorfina; il farmaco sopprime i sintomi astinenziali anche se segni e sintomi moderati rimangono durante la riduzione del dosaggio; i migliori livelli di ritenzione in trattamento si ottengono con una dose stabile per 7 settimane; solo il 14% dei pazienti mostra chiari segni di astinenza e la disintossicazione viene completata con successo in una quota elevata di persone (fino al 97%). I soggetti sottoposti a disintossicazione graduale (36 giorni) ottengono risultati molto migliori rispetto a quelli con disintossicazione rapida (12 giorni).

Rispetto al *metadone*, la buprenorfina è altrettanto efficace e quasi altrettanto accettabile; 8 mg di buprenorfina hanno efficacia pari a 60 mg di metadone nel ridurre l'uso di oppioidi illegali e nel mantenere i pazienti in trattamento; nei confronti della *clonidina*, i programmi di disintossicazione con buprenorfina raggiungono più elevate percentuali di conclusione positiva, con minori livelli di sintomi astinenziali; la buprenorfina risulta anche migliore della clonidina nel sopprimere i sintomi precoci da astinenza, produce minor disforia, non presenta effetti ipotensivi e può essere somministrata in unica dose giornaliera.

In conclusione, la buprenorfina, alle diverse dosi, è un agente rapido ed efficace per la disintossicazione da eroina, che può facilitare anche il passaggio a farmaci antagonisti (es.: naltrexone); è ben accettata dai pazienti e può essere ben adattata dal medico. Un possibile problema può essere il suo potenziale di abuso, in quanto farmaco comunque dotato anche di un'azione agonista.

Trattamenti protratti con buprenorfina

L'uso della buprenorfina nei trattamenti protratti evidenzia, secondo gli studi disponibili, una percentuale di insuccessi pari a circa il 25% entro i primi mesi, mentre successivamente il tasso di *drop-out* tende a ridursi; ciò si deve alla perdita iniziale di soggetti che non ricevono una sufficiente sostituzione da parte della buprenorfina, mentre la migliore ritenzione successiva è dovuta alla più adeguata adesione terapeutica del paziente ad un trattamento che comporta un minor vincolo di dipendenza fisica.

Nei soggetti trattati con buprenorfina (8 mg/die) è riportato un minor uso di eroina rispetto a programmi con metadone (fino a 60 mg); migliori risultati si ottengono con dosaggi di buprenorfina di 12-18 mg.

In alcuni studi il trattamento con buprenorfina ha indotto la riduzione dell'uso di cocaina in soggetti con duplice dipendenza (eroina e cocaina), ma un analogo rilievo non è presente

per i casi di assunzione di sola cocaina; in ogni caso l'evidenza scientifica di questi effetti è piuttosto limitata.

*Trattamenti protratti con somministrazione a dì alterni* - Se si confrontano diversi programmi di somministrazione di buprenorfina - giornaliero oppure a giorni alterni - non si trovano differenze significative di efficacia, anche se gli effetti agonisti soggettivi sono di solito inferiori nella somministrazione a dì alterni e i risultati dei soggetti con somministrazione quotidiana sono più stabili; nel trattamento a dì alterni è maggiore la necessità di oppioide, si verifica un maggior livello di disforia e dilatazione pupillare nei giorni "vuoti".

La ritenzione nel programma è migliore con la somministrazione quotidiana rispetto a quella a dì alterni, anche se i pazienti a dì alterni hanno un minore uso di cocaina e la grande maggioranza dei pazienti preferisce la somministrazione a giorni alterni.

In conclusione, i programmi di mantenimento con buprenorfina possono essere condotti con una posologia a dì alterni, raddoppiando la dose somministrata, senza compromettere la sicurezza d'uso, anche se la somministrazione giornaliera permette un miglior controllo della sintomatologia astinenziale. La somministrazione a dì alterni può essere consigliata in pazienti molto motivati e clinicamente stabili. Somministrazioni a intervalli maggiori (2 o 3 giorni) possono essere gradite ai pazienti, sebbene si verifichi una certa astinenza soggettiva alla fine degli ultimi giorni.

## **ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DEI CONSUMATORI**

L'attivazione delle risorse e delle abilità dei consumatori negli interventi di riduzione del danno è una specificità metodologica ormai acquisita.

La limitazione del danno, pur coinvolgendo tutto il sistema dei servizi, affida un ruolo più modesto ai servizi di cura e confida maggiormente in processi di autoregolazione e autodeterminazione dei consumatori.

Ogni intervento di prevenzione mirato a modificare stili di vita e abitudini rischiose che enfatizzi modalità normative o semplicemente cognitive senza porre attenzione alle culture delle popolazioni target ed alle mappe relazionali che veicolano messaggi, valori condivisi e abitudini consolidate nel gruppo appare destinato a fallire.

Intervenendo a partire da una definizione di salute che non privilegia più il vecchio concetto di "assenza di malattia", ma si centra sulla categoria di benessere psicofisico, il lavoro di prevenzione è tenuto a rinunciare all'unicità di un modello clinico per entrare nelle ben più complesse definizioni di tipo culturale, antropologico, fino all'estremo della definizione di "salute per sé", cioè di una varietà infinita di declinazioni dell'idea di salute.

In questo contesto, che minimizza la rilevanza dell'indicazione normativa e relativizza anche quella del sapere cognitivo, assumono importanza le relazioni, i riconoscimenti reciproci, la condivisione dei linguaggi, la capacità di farsi contaminare dalle altrui culture.

Il superamento del concetto di salute come "malattia che non c'è" ben si attaglia alla tossicodipendenza, tradizionalmente caratterizzata da andamenti oscillanti, misure diverse e variabili di vulnerabilità, uscite e ricadute, in cui il lavoro di prevenzione e l'evitamento dei rischi viene continuamente ricalibrato e ridisegnato.

Nel campo della tossicodipendenza, la valorizzazione di saperi esperienziali, il riconoscimento di culture condivise, la legittimazione di abilità sociali si scontrano con la diffusa stigmatizzazione sociale e con giudizi prevalentemente di disvalore. Il ruolo del consumatore e, men che meno, del tossicodipendente come attore di cambiamenti positivi non è generalmente riconosciuto, ma, spesso, si nega al consumatore identità di attore (per esempio rinviando un suo essere cittadino al compimento di un percorso drug free, oppure non considerandolo parte in causa in negoziazioni, né nelle scelte terapeutiche né nelle strutturazioni dei servizi) per poi riflettergli contro questa negazione come proprio limite e incapacità.

La strategia di riduzione del danno, lavorando su obiettivi praticabili a partire dalle condizioni reali del consumatore e dalle sue scelte di vita, tende a dare valore alle risorse individuali per come si presentano, ad identificare bagagli e patrimoni esperienziali spendibili, ad offrire contesti in cui tali risorse, sebbene limitate, possano trovare validazione.

In quest'ottica, l'attivazione dei consumatori come produttori del loro stesso cambiamento diventa una qualità metodologica significativa della riduzione del danno.

### **Supporto tra pari ("peer support")**

Il supporto tra pari è particolarmente utile nel lavoro di riduzione del danno. Esso si avvale di dinamiche naturali (*"indigenous peer support"*) esistenti nei gruppi di consumatori, quali passaggi di informazioni, sostegno e solidarietà in momenti critici, cooperazione nel rapporto con il mercato, aiuto "sociale", ecc.

Il supporto reciproco è una realtà presente nella quotidianità, anche se la vita dei consumatori di sostanze illegali è pesantemente segnata da interessi legati al mercato che non invitano alla solidarietà. Inoltre, gruppi di tossicodipendenti condividono valori, abitudini, comportamenti e linguaggi che delineano culture collettive.

In questi contesti comunicativi, è possibile proporre messaggi, o rinforzare informazioni già circolanti, utilizzando l'efficacia del messaggio orizzontale, della credibilità dei media, della appartenenza al medesimo linguaggio.

Il "*peer support naturale*" è utile, ad esempio rispetto al rischio overdose, per l'immissione di messaggi sulla particolare qualità delle sostanze in circolazione oppure per la valorizzazione dell'abitudine a consumare in gruppo.

Gli interventi che con più facilità riescono ad interagire con il "peer support naturale" sono quelli di strada, per la loro contiguità ai luoghi del consumo e dell'aggregazione naturale.

#### *Educazione tra pari ("peer education") e supporto tra pari in rapporto con i servizi*

Il "peer support naturale", inoltre, può essere dotato di strumenti specifici, valorizzato ed orientato in rapporto con il sistema dei servizi. Si possono elaborare proposte specifiche a opinion leader o a consumatori esperti, chiedendo loro di condividere alcuni obiettivi e di spendere per essi le proprie relazioni tra pari. A questo scopo, si possono offrire stage di formazione ed attivare nel gruppo figure di "educatori pari".

Il servizio può offrire:

- formazione su tematiche specifiche;
- risorse per il sostegno e lo sviluppo di autonome attività tra pari, ritenute significative al fine degli obiettivi (gruppi di auto-aiuto, giornali di strada, gruppi di interesse ecc.);
- incentivazione, anche attraverso contributi in denaro al gruppo o a singoli per il tempo impiegato nel lavoro comune con i servizi.

I campi dove maggiormente possono essere valorizzate queste specifiche modalità sono:

- informazioni sul sesso sicuro;
- informazioni sull'uso sicuro di droghe;
- addestramento al pronto soccorso in caso di overdose;
- informazione sui diritti e consulenza legale;
- informazioni mirate a persone con HIV/AIDS;
- informazioni sull'uso della città (*abilità sociali nell'accesso alle risorse del territorio*);
- aggregazione;
- sondaggi e ricerche sui bisogni della popolazione tossicodipendente e sulle offerte dei servizi;
- aggiornamento, osservazione, analisi sui mutamenti del consumo e del mercato.

#### *Educazione tra pari interna ai servizi*

In questo caso le differenze di competenze (saperi esperienziali e saperi professionali) interagiscono all'interno di una organizzazione che riconosce pari dignità alle diverse figure. Si possono, in tale modo, creare opportunità di lavoro, progettazione e gestione di servizi da affidare a gruppi di pari ovvero creare équipes di lavoro miste tra pari e operatori professionali.

Possono, quindi, essere attivate équipes di operatori di strada che includono ex-dipendenti (o sono gestite interamente da ex-dipendenti) o équipes che gestiscono centri diurni a bassa soglia (drop in), in cui lo "status di operatore" raggiunto dalla persona con un vissuto diretto non implichi - per scelta metodologica - l'abbandono e la svalorizzazione del sapere esperienziale, ma, al contrario, la rivendichi come patrimonio specifico, nonostante i nuovi percorsi formativi seguiti.

### **Gruppi di interesse**

La presenza di gruppi auto-organizzati, che si muovono su tematiche relative alla condizione di vita dei consumatori, al funzionamento dei servizi o a tematiche politiche più generali, può rappresentare un importante strumento per veicolare con autorità e



credibilità messaggi mirati, nonché una fonte significativa per un lavoro di valutazione di efficacia degli interventi e degli stessi servizi.

Questi gruppi hanno al loro interno opinion leader riconosciuti, spesso "storici" da tempo sulla piazza.

Nei paesi nordeuropei i gruppi di interesse hanno contribuito, già negli anni '80, alle prime esperienze ed elaborazioni di politica di limitazione del danno (ad esempio, primi programmi scambia siringhe).

## **PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ PER OVERDOSE**

L'overdose da oppiacei e/o da uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro rappresenta una delle principali cause di morte nella popolazione tossicodipendente.

Le situazioni di maggiore rischio si verificano quando la tolleranza agli oppiacei viene a ridursi (interruzione di un programma residenziale drug-free, recente scarcerazione, interruzione di un programma con antagonisti). Risultano inoltre maggiormente soggetti ad overdose i tossicodipendenti che hanno un rapporto continuativo con i servizi inferiore all'anno.

Premesse indispensabili alle azioni da intraprendere in questo campo sono la sensibilizzazione e la formazione – tramite apposite iniziative regionali - degli operatori interessati: personale dei Ser.T, degli Enti ausiliari, delle unità di strada, dei servizi in carcere; gli operatori devono porre attenzione al problema in tutte le fasi del trattamento, migliorando la diffusione di informazioni corrette tra i giovani e svolgendo attività educative nei confronti dei gruppi a maggior rischio, in particolare nelle situazioni più pericolose (uscita dal carcere, interruzione di un programma comunitario, interruzione di un programma con naltrexone).

Possibili interventi sui dipendenti da eroina sono:

1. l'incentivazione dell'assunzione per inalazione;
2. la fornitura di fiale di *naloxone*, che deve sempre essere accompagnata da un adeguato intervento di counseling con adatto materiale formativo, con messaggi omogenei almeno su base regionale; la fiala di naloxone deve possibilmente essere confezionata in modo da essere sempre a portata di mano (ad es. all'interno di un portachiavi o simili). Poiché la probabilità che un tossicodipendente si trovi ad assistere almeno una volta ad una overdose di un compagno è elevata, è necessario coinvolgere adeguatamente i dipendenti da eroina, suggerendo di non assumere la droga in assoluta solitudine;
3. l'offerta di informazioni tempestive sulla composizione delle sostanze e sulla purezza dei principi attivi circolanti (informazione non sempre facilmente disponibile e, comunque, in Italia al momento desumibile solo per le sostanze sequestrate dalla Polizia o dall'autorità giudiziaria), è un'attività che va sinergizzata con un potenziamento del monitoraggio epidemiologico sul fenomeno, in particolare a livello delle cause di morte dei tossicodipendenti. Per comunicare tempestivamente ai dipendenti da eroina la composizione e il livello di purezza della sostanza può essere molto utile il coinvolgimento delle associazioni di tossicodipendenti, anche tramite i "giornali di strada".

## IL COUNSELING

---

### **Generalità e tecniche specifiche**

Il counseling rappresenta uno degli strumenti utilizzabili nel campo della riduzione del danno. Le ricerche sull'efficacia del counseling nelle dipendenze (relativamente ad altri tipi di trattamento) hanno confrontato differenti impostazioni teorico-pratiche in questo settore degli interventi, proponendo nuove strategie sostenute con adeguate sperimentazioni. La possibilità del counseling, sia di gruppo che individuale, aumenta la frequenza ai servizi e l'efficacia degli interventi. Il counseling familiare funziona sia con gli adulti che con gli adolescenti ed è un valido strumento, in termini di costo-beneficio, in aggiunta al trattamento con metadone.

Tra le tecniche più utilizzate ed efficaci si segnalano:

- a) la tecnica cognitivo-comportamentista del colloquio motivazionale (motivational interviewing), approccio di counseling direttivo client-oriented per promuovere il cambiamento, aiuta il paziente a risolvere l'ambivalenza; il suo utilizzo è sostenuto anche dalla necessità di intervento in brevi periodi di tempo (spesso i pazienti sono visti in setting dove il tempo a disposizione è limitato);
- b) il metodo del case management che dà buoni risultati in relazione al miglioramento del funzionamento occupazionale (se confrontato con metodi più tradizionali) ed alla realizzazione di obiettivi specifici per il paziente;
- c) la tecnica del node-link-mapping che consiste nel disegnare, durante le sedute di counseling, un tracciato spazio-verbale per rappresentare visivamente la correlazione tra idee, affetti, fatti ed esperienze dei pazienti tossicodipendenti. Il metodo consente buoni risultati specialmente con alcune categorie di pazienti, quali, ad esempio, quelli con problemi di attenzione, con problemi associati all'uso di cocaina durante il trattamento, in trattamento metadonico, con basso livello scolastico o appartenenti a minoranze etniche.

### **Campi di intervento del counseling**

#### ***Trattamento con metadone***

L'obiettivo del counseling individuale o di gruppo per i pazienti in trattamento con metadone (in particolare nei programmi a mantenimento) è fondamentalmente quello di modificare il comportamento del paziente in relazione all'uso di droghe, alla situazione occupazionale, alla frequenza di attività illegali ed al miglioramento delle relazioni familiari e sociali.

Il counseling durante il trattamento metadonico rappresenta una modalità specialistica di terapia e riabilitazione delle tossicodipendenze basata su coordinamento della cura, utilizzo della relazione counselor-utente, attenzione allo stadio di recupero, intervento strutturato e flessibile, facilitazione delle risorse del paziente. I trattamenti metadonici integrati con attività di counseling sono, se non più efficaci in termini di utilizzo di sostanze, sicuramente più frequentati e più graditi al paziente.

#### ***Abuso di cocaina***

Il counseling, sia individuale che di gruppo, è efficace nel limitare l'uso della sostanza durante il trattamento della dipendenza da cocaina: tutti i soggetti che rimangono in trattamento e completano il programma mostrano un miglioramento in termini di uso di sostanze e funzionamento psicologico.

Il counseling individuale e di gruppo nel trattamento dei cocainomani, può utilizzare strumenti non tradizionali ("maps" e "conceptual matrices"), per favorire la comprensione

personale del comportamento di assunzione di alcool e cocaina o servirsi della tecnica cognitivo-comportamentale.

### ***Trattamenti specifici per le donne***

Gli obiettivi principali degli interventi di counseling rivolti specificamente alle donne con problemi di dipendenza sono l'aumento dell'auto-consapevolezza e delle capacità, l'acquisizione di conoscenze, la riduzione dell'isolamento, attraverso l'allargamento della rete interpersonale. Programmi specifici possono essere rivolti alle donne gravide e alle donne appartenenti a minoranze etniche. La partecipazione ad un trattamento per la tossicodipendenza durante la gravidanza è associata ad un esito favorevole della gravidanza stessa. Anche in questo ambito le diverse tipologie di intervento di counseling proposte (programma di case-management basato sulla organizzazione di visite a domicilio, counseling telefonico, trasporto delle pazienti a visite ed appuntamenti e la individuazione di operatori di riferimento) possono contribuire significativamente alla ritenzione in trattamento durante la gravidanza ed al suo buon esito (meno probabilità di avere figli sottopeso e di nascite premature).

### ***Riduzione del rischio sessuale e prevenzione HIV***

Gli interventi di counseling per la prevenzione dell'infezione da HIV sono efficaci nell'influenzare il cambiamento comportamentale e nel ridurre la frequenza di comportamenti a rischio legati all'uso di droghe e di comportamenti sessuali a rischio. Il counseling in questo settore si basa sull'educazione sanitaria relativa a HIV/AIDS, ai comportamenti legati alla trasmissione del virus e su informazioni per ridurre il rischio di contagio. I counselor devono, inoltre, incoraggiare gli utenti ad eseguire il test HIV. La formazione degli operatori in questo campo è fondamentale, al fine di aumentare la coscienza dello staff sull'importanza del counseling sessuale e di ridurre la percezione di difficoltà a discutere di questi argomenti.

### ***Approccio alle minoranze etniche***

I trattamenti per le tossicodipendenze si adeguano con difficoltà a soggetti appartenenti a minoranze etniche; è opportuno, pertanto, adottare specifiche modalità di approccio per ridurre le barriere comunicative sociali, culturali e razziali, migliorando l'interazione counselor - utente e, di conseguenza, l'efficacia del trattamento.

### ***Diagnosi e doppia diagnosi***

La capacità di identificazione della comorbilità psichiatrica, situazione molto frequente nella popolazione tossicodipendente, è uno strumento utile ad accorciare i tempi di diagnosi e trattamento.

La capacità da parte del counselor di riconoscere un danno cognitivo od altri disturbi psichiatrici, sulla base delle informazioni raccolte durante l'anamnesi psicosociale ed il colloquio clinico, è utile in una fase preliminare di screening.

### ***Formazione dei counselor***

La formazione dei counselor è fondamentale per il miglioramento delle capacità diagnostiche di screening e per lo sviluppo di tecniche di trattamento.

Durante i training formativi dovrebbero essere illustrate le competenze dell'operatore per ricreare nel colloquio dinamiche psicologiche favorevoli la relazione con l'utente, stimolando e rendendo agevole un primo esercizio diretto di tali abilità (trasformare il sapere in saper fare).

Considerata la struttura organizzativa dei servizi per le tossicodipendenze è utile il training formativo anche per gli infermieri professionali. Nel campo della riduzione del danno, inoltre, per la relazione terapeutica che si attua nel counseling, non va sottovalutato il ruolo dei "professionisti per esperienza" se adeguatamente formati.

Tenuto conto della frequente carenza di specifiche esperienze di counseling diretto agli adolescenti è, infine, molto importante la realizzazione di programmi di training specifici per i counselor scolastici, relativi alla prevenzione, alla diagnosi precoce ed alla consulenza per studenti ad alto rischio di abuso. Obiettivi di tali programmi formativi sono, in particolare, l'aumento dell'autostima nei counselor e una maggiore abilità ad usare le tecniche di counseling di gruppo, particolarmente adatte a questa utenza.

### **Counseling e medici di medicina generale**

Il trattamento ed il counseling dei soggetti tossicodipendenti può essere compito e responsabilità anche dei medici di medicina generale. I medici di medicina generale, nella loro pratica quotidiana, devono essere in grado di evidenziare e discutere con il paziente i problemi correlati all'uso di alcool e droghe. La prima azione dovrebbe essere il sospetto diagnostico della presenza di un abuso, che dia luogo ad azioni successive: il chiarimento, l'inchiesta su eventuali perdite del controllo, l'approfondimento della percezione della sostanza da parte del paziente e la valutazione della predisposizione al cambiamento. In questo ambito, l'intervista motivazionale, una tecnica di counseling direttivo, centrato sul paziente e sulla sua predisposizione al cambiamento, può essere un valido aiuto per rendere più efficace un intervento breve.

## RIDUZIONE DEL DANNO E DETENZIONE

---

### **Premessa**

L'OMS, con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure" sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità, diritto tra l'altro previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione.

Nonostante sia valutata intorno al 30% la presenza dei detenuti che dichiarano di essere consumatori di stupefacenti (dato già di per sé allarmante, ma probabilmente anche sottostimato rispetto alla realtà, perché basato sull'auto-dichiarazione, e, comunque, non comprendente il dato, ulteriormente poco attendibile, relativo agli alcolisti - meno di 600 unità), molto resta da fare non solo per uniformare i livelli di assistenza, ma, in molti casi, per garantire un minimo qualitativamente accettabile di intervento all'interno degli Istituti.

Una grande opportunità per un'adeguata assistenza ai detenuti tossicodipendenti e per un ruolo attivo e centrale dei Ser.T all'interno delle carceri è l'entrata in vigore del Decreto legislativo n. 230 del 1999, recante il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale e che assegna già dal 1-1-2000, la piena responsabilità della tutela della salute dei tossicodipendenti detenuti alle Regioni e, conseguentemente alle Aziende USL e ai Ser.T.

Anche se la fase di transizione tra i due modelli di intervento assistenziale è tuttora in corso e si prolungherà per qualche tempo, alcuni atti di attuazione della riforma e, in particolare il *"Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"* (DM 21 aprile 2000, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 120 del 25.5.2000) delineano con chiarezza, anche per il settore tossicodipendenze, gli ambiti di responsabilità del Servizio sanitario nazionale e i livelli minimi uniformi di assistenza da garantire sul territorio nazionale.

### **Integrazione degli interventi**

Sino ad oggi, all'interno delle carceri dove è operativo l'intervento dei servizi, si è assistito al sovrapporsi di interventi di équipe che, a vario titolo e per le loro specifiche competenze, operavano sullo stesso target. Al di là della migliore situazione che si dovrebbe verificare al termine del processo di trasferimento della sanità penitenziaria alle Aziende USL, è indispensabile eliminare con immediatezza lo spreco di risorse dovuto al cattivo coordinamento, che, inoltre, espone gli operatori a tentativi di manipolazione da parte dei detenuti. Il detenuto tossicodipendente deve avere programmi terapeutici concordati tra le eventuali diverse équipe, la sua storia deve essere raccolta con modalità standard dai diversi operatori e la conservazione dei dati in archivio deve consentire ogni necessario confronto sul caso. Comunque, tutte le attività terapeutiche nei confronti dei tossicodipendenti devono avvenire in condizione di subordinazione funzionale ad un operatore designato dal direttore/responsabile del Ser.T esterno come referente/coordinatore all'interno della struttura penitenziaria.

Una più razionale programmazione degli interventi e il confronto e scambio di conoscenze fra operatori del Ser.T, eventuali medici del presidio per le tossicodipendenze, medici del presidio interno, specialisti convenzionati (infettivologi, ecc.), nonché con gli educatori, équipe di osservazione, operatori del CSSA può contribuire a superare molte delle problematiche di rigidità dell'ambiente carcerario.

### **Interventi farmacologici**

#### ***Terapia sostitutiva***

Attualmente, in molte realtà, la presa in carico del detenuto da parte della équipe interna all'istituto avviene a seguito di dichiarazione volontaria fornita al momento dell'arrivo, sulla base della quale vengono richiesti l'accertamento tossicologico e la visita medica. Successivamente, ma ad intervallo di tempo variabile, è possibile intraprendere un intervento farmacologico. Molto spesso questo tipo di intervento, che dovrebbe essere immediato per evitare l'insorgenza di una sindrome astinenziale, è procrastinato nel tempo e condizionato da scelte determinate non da valutazioni cliniche, ma da problemi organizzativi propri della struttura carceraria.

Secondo la rilevazione del Ministero della sanità relativa al 1999, i detenuti in trattamento metadonico nel carcere rappresentano solo il 2,2% del totale dei soggetti in carico ai SerT, rilevando così la disparità di intervento cui è sottoposto il soggetto tossicodipendente che, se ristretto nel corso di un programma sostitutivo, è frequentemente costretto a modificare o sospendere il programma terapeutico stesso.

Un'ulteriore problema legato alla ridotta possibilità di attuare trattamenti con il metadone in carcere è costituito dal maggiore rischio di *overdose* al momento della scarcerazione, in caso di ricaduta nel consumo di oppiacei; durante il periodo di astinenza che si verifica durante la detenzione, infatti, la tolleranza cala rapidamente e l'assunzione delle sostanze anche a dosi precedentemente abituali rappresenta una situazione di elevato pericolo.

Mentre nei soggetti che debbono scontare lunghe pene è effettivamente da valutare il beneficio di un trattamento di mantenimento con farmaco sostitutivo, nel caso di brevi periodi di detenzione (evenienza molto frequente), l'interruzione del programma terapeutico all'interno del carcere determina un elevato rischio di *overdose* alla scarcerazione. Da qui la necessità di assicurare una continuità terapeutica per i detenuti tossicodipendenti, rinviando la eventuale modifica del programma farmacologico al momento in cui siano stati effettivamente avviati tutti gli interventi di sostegno che possano consentire una diversa strategia terapeutica.

Scelte diverse da parte degli operatori, oltre a non essere efficaci, rischiano di provocare ulteriori danni, se, come spesso accade, il detenuto tossicodipendente cerca di procurarsi sostanze illegali in qualsiasi modo o, in alternativa, di utilizzare sostanze legali, ma tossiche (alcol, psicofarmaci, ecc.) per alleviare lo stato di sofferenza.

### ***Antagonisti***

L'elevato rischio di *overdose* alla scarcerazione, soprattutto in carenza di interventi organici e strutturati all'interno degli istituti, può essere in parte ridotto con un corretto uso degli antagonisti, soprattutto in quei soggetti che usufruiscono di permessi o sono in previsione di riacquistare la libertà. Tali interventi devono, però, essere concordati e condivisi dal soggetto e non possono costituire una pre-condizione riguardo alla concessione dei benefici legali.

### **Interventi strutturati**

#### ***Aree di osservazione***

L'assegnazione del detenuto tossicodipendente, all'interno delle strutture carcerarie, ad una "area di osservazione", che consenta una puntuale valutazione diagnostica delle condizioni cliniche, del vissuto e delle motivazioni rispetto ad un possibile programma terapeutico è una misura potenzialmente molto utile per meglio gestire la delicata fase iniziale del rapporto tra il servizio e il detenuto.

Una corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche consente una programmazione di interventi più libera dai condizionamenti ambientali, una maggiore vigilanza rispetto ai tentativi di suicidio (significativamente frequenti nelle prime fasi della detenzione) e la scelta della più idonea destinazione all'interno dell'istituto.

La detenzione rappresenta un'occasione di "contagio" per i tossicodipendenti che, in tale periodo, possono entrare in contatto con organizzazioni criminali strutturate, alle quali rischiano di affiliarsi; viceversa, i detenuti "comuni" imparano a conoscere il mondo della droga, rischiando di rimanerne invischiati. Tale fenomeno può essere limitato dall'istituzione di sezioni destinate ai detenuti con problemi di dipendenza o dalla realizzazione di sezioni a custodia attenuata.

### ***Sezioni a custodia attenuata***

L'istituzione e l'attivazione di strutture penitenziarie a custodia attenuata (già presenti nel nostro Paese, ma in numero insufficiente e disomogeneamente distribuite sul territorio nazionale), consente l'attivazione di progetti che, attraverso la individuazione di "setting" più favorevoli, permettono la corretta realizzazione di interventi sia di riduzione del danno che di approccio terapeutico vero e proprio.

La scelta di privilegiare tali strutture intermedie è giustificata anche dalle condizioni ambientali, strutturali ed organizzative in cui sono confinate le attività di assistenza all'interno degli istituti penitenziari, caratterizzate frequentemente dalla mancanza di spazi operativi e di infrastrutture.

### ***Interventi informativi e educativi***

È necessario promuovere all'interno delle carceri iniziative informative e educative, anche con l'ausilio di materiale audiovisivo, finalizzate al cambiamento dei comportamenti a rischio; tali iniziative rappresentano spesso l'unico strumento disponibile per la prevenzione delle patologie correlate all'uso degli stupefacenti ed ai comportamenti sessuali. La partecipazione attiva del personale del carcere, oltre a creare i presupposti di un'integrazione, di omogeneizzazione degli interventi e di condivisione degli obiettivi, rappresenta un momento di formazione anche per il personale del Ministero di Grazia e Giustizia.

Comportamenti presenti e rischiosi sono legati, in particolare, all'esistenza di promiscuità, e alla mancanza di siringhe e di procedure corrette di sterilizzazione, che espone ad alto rischio anche i soggetti sieronegativi; molto diffusa è, inoltre, la pratica dei tatuaggi che, esercitata in condizioni igieniche molto approssimative, può esporre al contagio delle patologie a trasmissione parenterale (HIV, epatiti).

La presenza di un'elevata percentuale di tossicodipendenti in strutture penitenziarie sovraffollate, la commistione con detenuti legati ad organizzazioni dedite allo spaccio, fa sì che negli istituti penitenziari sia a volte possibile reperire droghe, come dimostrato dai sequestri di sostanze e dagli episodi di overdose. La difficoltà a reperire materiale iniettivo sterile, fa sì che i tossicodipendenti ristretti utilizzino materiale di fortuna o condividano l'uso di siringhe in una comunità dove il rischio di trasmissione di patologie correlate è elevato.

In alcuni paesi europei è stata sperimentata con successo la distribuzione di profilattici, siringhe e materiale per la disinfezione. È, pertanto, necessario che anche nei nostri istituti penitenziari siano resi disponibili tali presidi sanitari, individuando le più corrette procedure allo scopo di garantire la riservatezza e protezione del detenuto, che tale intervento comporta. Per esempio, la distribuzione del profilattico e/o della siringa può essere gestita dagli operatori dei SerT, nel corso di colloqui individuali e riservati, conciliando le esigenze di profilassi con le norme interne al carcere.

Il colloquio può anche rappresentare un valido momento di educazione e prevenzione della diffusione delle patologie correlate all'uso di sostanze ed a comportamenti sessuali a rischio.



***Rapporti con l'esterno***

Il coinvolgimento del Ser.T competente territorialmente nell'elaborazione e soprattutto nella prosecuzione del progetto terapeutico è una premessa indispensabile alla corretta realizzazione dello stesso, ma soprattutto garantisce che una migliore assistenza interna non sia poi vanificata. Pertanto è opportuno incentivare i rapporti di integrazione e collaborazione con gli altri Enti ed Istituzioni che operano sia all'interno che all'esterno della struttura carceraria, allo scopo di aggregare le risorse e le potenzialità per fornire una più vasta gamma di offerte ed occasioni terapeutiche.

L'intervento del Servizio all'interno della struttura penitenziaria deve essere assicurato nello spirito della continuità terapeutica, sia nel rispetto dei progetti già avviati sia come evoluzione di una progettualità che, se pur avviata all'interno di una istituzione chiusa e quindi condizionata da tentativi di strumentalizzazione, può rappresentare una valida occasione terapeutica.

Anche le misure alternative alla pena possono essere utilizzate come strumento terapeutico inserito all'interno di un progetto globale volto al recupero ed alla riabilitazione.

## I TOSSICODIPENDENTI EXTRACOMUNITARI

---

Le conoscenze disponibili sul fenomeno della tossicodipendenza tra le persone immigrate sono limitate e raramente riescono a dare un'idea aggiornata di un fenomeno in costante evoluzione. La popolazione oggetto del fenomeno è composta da stranieri di varia nazionalità (in prevalenza nord africani, dell'est europeo, sudamericani) e si può così classificare:

- piccoli spacciatori;
- viados o semplicemente stranieri che abusano di sostanze per una mancata integrazione sociale;
- stranieri tossicodipendenti vaganti per l'Europa;
- soggetti senza fissa dimora di altre città e regioni italiane senza più relazioni familiari e spesso senza neppure riferimenti anagrafici;
- borderline e psicotici con tossicodipendenza sovrapposta.

Il comportamento tossicomane nella popolazione extracomunitaria è molto diversificato a seconda dei sottogruppi, ad es., la somministrazione per via endovenosa è più frequente fra i tunisini, mentre i marocchini sono più spesso poliabusatori (alcool, cocaina, eroina).

Pur rispondendo ai criteri diagnostici per le dipendenze patologiche, questi soggetti non sono quasi mai in carico ai servizi pubblici per il trattamento delle tossicodipendenze, a cui si rivolgono difficilmente a causa della loro situazione irregolare. Inoltre, la loro visibilità sociale è ridotta, anche per la presenza degli spacciatori immigrati, estremamente più riconoscibili e riconosciuti, specie per la tendenza della maggior parte dei "pusher" extracomunitari a muoversi in gruppo.

Tuttavia, anche nella popolazione extracomunitaria inizialmente dedita allo spaccio, va affermandosi sempre di più il consumo di stupefacenti ed alcool, ancor più preoccupante in quanto riguarda soggetti in condizioni sociali precarie e sostanzialmente privi di assistenza socio-sanitaria.

Una quota discreta di spacciatori magrebini è costituita da soggetti eroinomani essi stessi, anche se con comportamenti tossicomani differenti da quelli autoctoni, in modo particolare per quanto riguarda la via di somministrazione della sostanza d'abuso: solo il 30% ricorre alla via endovenosa mentre la quota restante utilizza la via inalatoria (sniffandola o fumandola).

Le esperienze realizzate dimostrano che, pur con tutte queste specificità e problemi, il trattamento ed il recupero sono possibili anche con i soggetti più degradati, anche se collocati in contesti terapeutici non ottimali: il 18% dei casi ha iniziato un progetto di riabilitazione: l'11% in comunità terapeutica e il 7% in trattamento sostitutivo con metadone.

Un problema ancor più rilevante è quello degli extracomunitari detenuti in carcere; i detenuti che non hanno problemi di abuso apparente sono sempre di meno, mentre coloro che usano esclusivamente eroina sono stabili e continuano ad aumentare i poliabusatori (almeno due sostanze oltre l'eroina) e gli alcolisti.

Il problema della tossicodipendenza di questi soggetti è stato quasi sempre affrontato dal punto di vista repressivo, senza l'attivazione di programmi terapeutici alternativi alla detenzione; mancano anche strutture assistenziali di accoglienza per persone in trattamento senza fissa dimora. Il cittadino extracomunitario sconta oggi la propria pena in situazioni di emarginazione ambientale, mancanza di punti di riferimento culturali e religiosi, difficoltà di reperire alimenti tradizionali consentiti dalle religioni dei vari paesi di provenienza e di incomunicabilità linguistica e culturale.

Al momento del primo ingresso in istituto le difficoltà di comunicazione e le differenze culturali spesso non permettono al personale sia amministrativo che sanitario ed educativo di avvicinare il detenuto in modo costruttivo e rilevare informazioni fondamentali su di esso, sia per l'impossibilità di acquisire elementi circa eventuali patologie in atto o di rilevare il rischio di gesti di autolesionismo, sia, più in generale, per l'impossibilità di superare atteggiamenti di diffidenza, negazione e distacco da parte del nuovo giunto straniero, che solitamente non è in grado né di comprendere le indicazioni del personale, né di comunicare il proprio disagio.

È utile, a questo riguardo, ricorrere all'ausilio di figure specifiche che aiutino nella mediazione culturale e possano fornire un valido supporto e affiancamento agli operatori dell'istituto.

È necessario, inoltre, assicurare allo straniero detenuto quelle opportunità che, seppure limitate, vengono maggiormente garantite agli italiani, quali:

1. attività culturali, sociali e religiose che contemplino aspetti relativi alla cultura del paese di appartenenza;
2. presenza di un Mediatore Culturale che faciliti la programmazione di percorsi terapeutici e riabilitativi adeguati previsti per tali soggetti;
3. garanzia dei diritti minimi previsti dalla legge, in particolare i colloqui telefonici con i familiari, facilitando la comunicazione ed il coordinamento con i Consolati;
4. presenza di Associazioni, Enti o personale qualificato sulle tematiche dell'interculturalità;
5. facilitazione all'accesso alle misure alternative.

In generale, si rende necessario un maggiore impegno da parte delle strutture socio-assistenziali pubbliche e private affinché i programmi di riduzione del danno siano resi operativi anche nei confronti della popolazione extra-comunitaria, non solo migliorando l'accesso ai programmi del versante sanitario, ma rendendo anche disponibili risorse idonee a ridurre la marginalità o l'abbandono sociale.

## LA RIDUZIONE DEL DANNO ALCOOLCORRELATO

---

L'approccio di riduzione del danno alcoolcorrelato parte dal dato reale della diffusione del consumo di bevande alcoliche e della esposizione a diverse tipologie di rischio ad esso connesse, e, senza entrare nel merito dei valori sottesi da questi fenomeni o comportamenti, si assume l'onere:

- a livello di prevenzione primaria, di evidenziarne i rischi che possono derivare per la salute psicofisica a livello individuale e sociale, diffondendo in un raggio quanto più ampio possibile la percezione, tra gli individui e le istituzioni, delle relative evidenze, e immettendo questi input di natura sanitaria in un contesto di processi culturali più ampi che potranno mediare e favorire cambiamenti nei comportamenti individuali e sociali;

- a livello di prevenzione secondaria e terziaria, di limitare, in tutti i casi in cui ancora è possibile e con tutti i mezzi disponibili, le conseguenze negative che a livello individuale e sociale possono derivare dalla assunzione di quei comportamenti a rischio.

In tale approccio è implicita la premessa che nelle moderne società di cultura avanzata e complessa le politiche sanitarie sull'uso dell'alcool non possano focalizzarsi, tranne che per pochissime eccezioni, sul rigido divieto di determinati comportamenti a rischio, in quanto ciò può assumere connotazioni ideologiche che mal si adattano alle esigenze di rigorosa neutralità richieste dall'intervento sanitario.

Fare cultura sanitaria sull'alcool dal punto di vista della riduzione del danno significa pertanto, posta l'evidenza scientifica delle connessioni esistenti tra determinati danni e determinate cause, impegnarsi per diffonderne la consapevolezza ai fini di favorire l'adozione di scelte consapevoli da parte degli individui e nel contempo favorire l'organizzazione di contesti sociali e istituzionali adeguati.

D'altra parte un intervento diretto sui comportamenti di consumo delle bevande alcoliche dovrebbe confrontarsi con la difficoltà di incidere sulle cause e motivazioni che al livello più profondo li condizionano, essendo numerose e complesse le variabili interessate, secondo modelli di interazione non univoci e non facilmente prevedibili.

Tra gli elementi di complessità va considerato fra l'altro il fatto che l'alcool è tra le sostanze psicoattive quella più diffusa e meglio integrata nel contesto culturale e sociale, e che il suo consumo è pienamente legale tranne che per pochissime eccezioni in determinate circostanze. Contrariamente alle droghe illegali, raramente l'alcool è vissuto come sostanza marginalizzante, a meno che non sia consumato "in eccesso". Inoltre l'accreditamento in ambienti scientifici della tesi che alcune bevande alcoliche, se consumate in dosi limitate, possano avere effetti benefici sulla salute, favorisce una percezione ambigua dell'alcool, sostanza benefica e pericolosa a un tempo.

In una cultura "bagnata", quale quella dei contesti culturali in cui è diffusa una buona accettazione sociale del bere, lavorare sulla prevenzione è difficile e poco gratificante; la legalità pressoché assoluta del consumo alcolico rende problematico un discorso sul danno che vada oltre i parametri del "bere corretto" e della eliminazione degli eccessi. Questa ambiguità non risparmia i singoli operatori sanitari e sociali, che, condividendo anch'essi la "cultura bagnata", sentono il disagio di comunicare messaggi culturali in contrasto con essa.

Da queste premesse discende che l'approccio sanitario di riduzione del danno appare particolarmente pertinente in relazione ai danni alcoolcorrelati in quanto, per le ragioni suddette, interventi focalizzati sulla eliminazione assoluta del consumo di alcool sarebbero probabilmente percepiti come estranei alla logica e ai valori della società in cui viviamo e pertanto distorti nel loro reale significato di protezione dal danno sanitario e sociale.

Negli interventi di prevenzione il contesto rappresentato dalla società e dai suoi valori deve essere tenuto pertanto nella dovuta considerazione, per evitare conseguenze negative a livello di accettazione delle politiche sanitarie e sociali da parte della popolazione.

### **Modelli di intervento di riduzione del danno alcoolcorrelato**

Rinunciare a centrare l'intervento sulle cause e motivazioni profonde dei comportamenti d'uso dell'alcool, radicate nei valori individuali e collettivi della società, conduce a focalizzare le premesse di qualsiasi intervento su una categorizzazione rigorosa della gerarchia dei rischi fisici, psicologici e sociali connessi con determinati comportamenti, e richiede una conoscenza altrettanto rigorosa dei diversi contesti sociali e ambientali in cui il rischio si può materializzare come specifico danno alcoolcorrelato a livello individuale e sociale, ai fini di consentire agli individui, nonché alle istituzioni che ne hanno la competenza, di attuare le scelte ritenute più adeguate.

L'intervento di riduzione del danno può comprendere tre dimensioni fra loro strettamente collegate:

- individuazione dei rischi e relativa informazione e sensibilizzazione;
- implementazione di interventi di condizionamento e controllo ambientale e sociale, ai fini della riduzione delle occasioni di rischio;
- limitazione dei danni comunque sopraggiunti.

È pertanto necessario conoscere preliminarmente le relazioni tra ciascun tipo di rischio (fisico, psicologico e sociale) alcoolcorrelato e le quantità o i modelli o le circostanze del consumo alcolico prevedibilmente associati.

A seconda del danno che si intende prevenire sarà infatti preferibile adottare iniziative che abbiano come bersaglio solo i forti bevitori, o particolari fasce di popolazione a rischio, oppure tutta la popolazione dei bevitori moderati, nonché la popolazione dei non bevitori.

Essendo l'alcool una sostanza legale, ne consegue che i contesti sociali ed ambientali esposti al rischio sono particolarmente diffusi e richiedono pertanto l'adozione di strategie di ampio respiro, che coinvolgano diversi ambiti istituzionali e sociali, anche lontani da quello più specificamente sanitario.

L'intervento di riduzione del danno riguarda tutte le fasce di popolazione, da quelle con consumi di livello moderato a quelle con consumi di livello elevato, nonché la popolazione degli attuali non bevitori, in considerazione del fatto che a consumi moderati fanno riscontro spesso danni sanitari e sociali molto estesi. L'O.M.S. ha segnalato i danni sanitari e sociali derivanti da consumi anche limitati di ampie fasce di popolazioni, rimarcando altresì che gli effetti benefici riscontrati in concomitanza con consumi molto bassi non sono tali da consigliare il bere moderato anche ai non bevitori; in Italia è stato riscontrato negli ultimi anni un aumento del rischio di mortalità alcoolcorrelata proprio nei bevitori moderati: è noto il rischio di incidente alcoolcorrelato cui è esposto un bevitore occasionale anche a seguito della assunzione di quantità molto modeste di alcool.

L'intervento di riduzione del danno alcoolcorrelato non si risolve dunque in una riduzione dell'impegno preventivo, ma al contrario in una sua amplificazione. In tale approccio le istituzioni prendono in un certo senso atto che implicite regole culturali non consentono di dissuadere direttamente gli individui dalla adozione di certi comportamenti, e si assumono l'onere di predisporre interventi e contesti ambientali adeguati a guidare per quanto possibile l'individuo a scelte comportamentali corrette dal punto di vista sanitario, e a limitare i danni conseguenti ai comportamenti inadeguati.

### **Aree strategiche per gli interventi di riduzione del danno alcoolcorrelato** ***Area della sensibilizzazione, della informazione e della educazione***

Riguarda soprattutto la popolazione generale nonché specifici gruppi a rischio, e in particolare le giovani generazioni. Si riferisce anche ad attività in grado di sensibilizzare o mobilitare l'opinione pubblica a sostegno delle politiche di prevenzione dei danni alcoolcorrelati.

***Area dell'intervento nella vita sociale (famiglia, luoghi di lavoro, luoghi del tempo libero e dell'impegno sociale, in generale luoghi di ampia aggregazione)***

Riguarda l'adozione di procedure per la prevenzione precoce e il controllo e monitoraggio del consumo, nonché la capillare disponibilità dei trattamenti precoci necessari.

***Area della guida e della sicurezza***

Riguarda gli interventi per la riduzione del numero degli incidenti stradali e in generale di tutti gli incidenti alcoolcorrelati. Riguarda in particolare l'aumento della capacità di autovalutazione e automonitoraggio delle proprie condizioni psicofisiche in relazione alla capacità di performances (di guida o altro) adeguate alle esigenze della sicurezza.

***Area della disponibilità e della somministrazione delle bevande alcoliche***

Riguarda il controllo della quantità e delle categorie dei locali in cui si somministrano bevande alcoliche e il controllo della età ammessa per la somministrazione legale. Riguarda altresì gli interventi diretti ad accrescere, anche attraverso una specifica sensibilizzazione e formazione, la capacità degli operatori commerciali interessati (proprietari e operatori dei locali di ristorazione, delle discoteche e di altri locali dove si somministrano bevande alcoliche, in particolare se frequentati da giovani o minori) di esercitare un controllo responsabile sui consumi.

***Area del trattamento***

Riguarda più specificamente i servizi sanitari, ma è necessario individuare adeguati spazi e contesti, anche a livello locale, per la collaborazione di questi servizi con ambiti istituzionali diversi (sociale, giudiziario, legale, di polizia) ai fini della segnalazione precoce del rischio, ma anche della prevenzione secondaria e terziaria. I sistemi di trattamento si devono altresì integrare con la collaborazione dei gruppi di auto-aiuto e delle altre risorse anche volontarie e non professionali che il territorio è in grado di offrire.

Strategico ai fini della riduzione del danno a questo livello è il medico di medicina generale, che auspicabilmente dovrebbe essere formato alla individuazione precoce dell'abuso alcolico e alla pratica di brevi interventi di counseling, che possono essere un efficace punto di partenza per l'autocontrollo individuale del consumo a rischio.

In tale area rientrano anche gli interventi relativi ai casi di alcooldipendenza conclamata in soggetti trattabili, in relazione ai quali è necessario potenziare le unità funzionali alcolologiche nell'ambito dei dipartimenti preposti alle dipendenze.

***Area della marginalità***

Riguarda la presa in carico di soggetti appartenenti a culture marginali o a gruppi con particolari difficoltà sociali (extracomunitari, nuovi poveri, persone senza fissa dimora) da parte dei servizi sociali in collaborazione con quelli sanitari.

***Area del potenziamento delle politiche***

Riguarda il lavoro delle istituzioni più direttamente interessate e consapevoli, ma anche di gruppi e associazioni di varia appartenenza, per accrescere la consapevolezza dei problemi e danni alcoolcorrelati da parte di altri contesti e istituzioni meno direttamente coinvolti e il cui intervento risulta peraltro essere strategico ai fini della riduzione del danno.

***Area del sostegno agli organismi non profit e a tutte quelle associazioni e gruppi che si impegnino a qualsiasi titolo per la riduzione dei danni alcoolcorrelati.***

Riguarda il sostegno per la capillare diffusione nella società di interventi atti a ridurre il danno alcoolcorrelato a qualsiasi titolo. Comprende ad esempio il sostegno alle associazioni dei consumatori, a specifiche organizzazioni professionali, e in generale a tutti quei gruppi che operano per mobilitare la società civile e orientare le istituzioni influenti sulla riduzione del danno alcoolcorrelato. Tutti questi interventi hanno anche la finalità di contribuire alla diffusione della cultura della riduzione del danno alcoolcorrelato.

**Strumenti utili per la riduzione del danno alcoolcorrelato**

***Strumenti di autovalutazione e automonitoraggio dei consumi***

Tali strumenti possono essere utilizzati negli interventi di tipo informativo, educativo e di sensibilizzazione, e sembrano poter influire sui comportamenti senza peraltro entrare nel merito del valore degli stessi, consentendo ai singoli soggetti di tenere facilmente sotto controllo la propria situazione di rischio al fine di operare le scelte meno dannose (possono essere usati questionari di semplice autosomministrazione, sulla tipologia di test come MAST e CAGE, i "palloncini" usa e getta per una automisurazione di massima del tasso alcolemico, già utilizzati in alcuni Paesi europei come la Francia, etc....). L'uso di tali strumenti potrebbe essere istituzionalizzato nell'ambito delle procedure previste da tutte quelle istituzioni sanitarie che coinvolgono grandi masse di persone e che svolgono un rilevante ruolo sociale, come AVIS, CRI, etc....

***Azioni di comunità***

Le esigenze di rigorosa conoscenza dei contesti poste da un intervento di riduzione del danno sembrano essere particolarmente soddisfatte dall'azione di comunità, che può consentire una precisa mappatura degli specifici rischi relativi al consumo dell'alcool e dei possibili interventi correttivi in un contesto ben determinato e limitato.

L'azione di comunità consente di programmare in maniera precisa e mirata gli interventi richiesti da limitati contesti territoriali e culturali in relazione a occasioni specifiche di danno alcoolcorrelato. La cultura condivisa della comunità funge da facilitatore della efficacia di tali interventi, e la conseguente larga diffusione dei messaggi è in grado di compensare una eventuale minore ricchezza a livello delle informazioni scientifiche, rendendo comunque questi interventi fra i più incisivi.

Gli interventi di comunità saranno incentrati su azioni di informazione e sensibilizzazione, su eventi di animazione che utilizzano linguaggi e cultura della comunità, sulla formazione degli operatori informali in situazioni-evento di particolare rilevanza.

***Medico di medicina generale***

Lo studio del medico di medicina generale può essere un luogo privilegiato per il monitoraggio di modelli di consumo alcolico potenzialmente dannosi, per un primo, riservato intervento di sensibilizzazione e informazione del consumatore a rischio (è bene ricordare che ancora oggi ammettere di poter avere un problema alcoolcorrelato implica il superamento del senso di vergogna legato alla immagine sociale dell'alcolista) nonché uno strategico punto di partenza per un successivo percorso di prevenzione secondaria e terziaria.

***Counseling alcolologico, in ambiente sanitario e non***

Da tempo i dati della letteratura indicano l'efficacia di programmi brevi, non necessariamente orientati all'astinenza, nel modificare positivamente l'entità e le modalità del consumo alcolico.

Occorre formare counselors alcolologici che sappiano intervenire anche al di fuori dei servizi specialistici.

Tali figure dovrebbero non solo informare sui danni dell'alcool, ma orientare sulle modalità meno dannose di consumo, affrontando varie tematiche (come l'associazione con altre sostanze, la guida, la gravidanza, i rischi che dal consumo normale si possa passare ad una dipendenza) interagendo con l'interlocutore e personalizzando l'intervento.



## NUOVI UTILIZZI

---

### Concetti generali

Anche se le conoscenze sono tuttora molto parziali, le ricerche disponibili sembrano evidenziare l'esistenza di una popolazione di giovani consumatori (principalmente nella fascia di età fra i quindici ed i trenta anni), caratterizzata da un uso, talora anche importante, di sostanze genericamente inquadrabili come "eccitanti", più che da una vera e propria dipendenza da una ben definita sostanza con specifiche caratteristiche chimico-farmacologiche e peculiari effetti clinico/comportamentali.

Questi consumatori presentano una spiccata tendenza all'uso di sostanze diverse, senza apprezzabile predilezione per l'una o l'altra, e si caratterizzano piuttosto per uno stile di vita che prevede, a scadenze fisse, ritualità particolari e, all'interno di queste, assunzioni finalizzate non solo a provare gli effetti delle sostanze, ma anche a permettere un diverso e più gradito utilizzo del tempo libero; caratteristica costante di questo fenomeno sociale è la condivisione delle esperienze in gruppi, molto spesso grandi, con partecipazione del gruppo agli stessi riti e comportamenti.

Il tempo dedicato a questi comportamenti è caratteristicamente quello del fine settimana in generale e, comunque, quello frapposto fra due cicli temporali "non liberi", lavorativi o di studio. Elemento non trascurabile di gran parte di questa popolazione sembra essere la capacità di mantenere, al di fuori di questi momenti specifici, stili di vita definibili come "normali", una peculiarità che va senz'altro tenuta presente nell'immaginare le possibili risposte ai bisogni di questi giovani.

I consumatori di "eccitanti" con le modalità descritte vanno incontro molto raramente a vere e proprie dipendenze e tendono piuttosto a legarsi, per tempi più o meno lunghi, a stili di vita caratterizzati dalla ricerca di sensazioni estreme, o, quanto meno, molto forti. Questa assunzione-esperienza diventa in un certo senso "compensatoria" di tutto il resto del tempo e della vita, vissuti secondo schemi e ritmi "normali". Un fenomeno che, per quanto è dato conoscere, sembrerebbe rientrare nella più vasta tendenza a privilegiare la ricerca del tempo libero rispetto ad ogni altro interesse.

L'alternarsi di polarizzazioni estreme, fra l'ordinario e l'extra-ordinario, pare essere un altro dei punti caratterizzanti le abitudini di questa parte della popolazione, con, ovviamente, tutti i relativi rischi di possibili evoluzioni sfavorevoli.

Cannabis, ecstasy, amfetamine, alcool, ketamina e cocaina, sono le sostanze principali alle quali si fa riferimento in questo contesto e che sembrano caratterizzare i comportamenti di larga parte dei giovani contemporanei. In via molto generale, gli effetti sembrano dipendere almeno dai seguenti fattori:

- quantità assunta;
- modalità di assunzione;
- frequenza di assunzioni;
- mix di sostanze;
- vulnerabilità personale;
- contesto di assunzione e sue implicazioni.

Il concetto di vulnerabilità richiede un commento particolare. È esperienza sempre più diffusa fra i clinici e gli operatori in generale che effetti e sintomi possono variare molto da un consumatore ad un altro, anche in presenza di una sostanziale eguaglianza di quantità assunte e di modalità e contesti di assunzione. D'altra parte, anche per quanto riguarda i comportamenti tossicomani classici, studi sperimentali, prevalentemente condotti in modelli animali di laboratorio, stanno progressivamente chiarendo il substrato biologico della vulnerabilità individuale alle droghe, che, collegata ad altre osservazioni cliniche,

permette di avere una visione più razionale e coerente anche degli aspetti apparentemente già noti dell'attività di queste sostanze. L'integrazione degli elementi conoscitivi emergenti su discipline diverse rende potenzialmente sempre più possibile anche un approccio complessivo al fenomeno, a patto di evitare letture volutamente confliggenti, soprattutto tra quelle basate su una libera responsabilità delle scelte e delle condotte, e quelle orientate al riduzionismo e alla ipersemplicificazione farmacologico-biologica. Infatti, evidenze sempre più ampie concernono le interdipendenze fra alcuni esiti e il consumo di sostanze, come pure l'importanza del ruolo di neurotrasmettitori e mediatori chimici serotonina e dopamina, glucocorticoidi, neuropeptidi legati al "circuito di rinforzo del piacere". Altrettanto incontrovertibile è, però, anche l'esistenza di situazioni sociali, psicologiche, relazionali, culturali protettive sia rispetto all'uso, che, ancor più, all'abuso di sostanze psicoattive, dei cui effetti negativi sembrano cadere vittime prevalentemente i giovani più impoveriti sul piano culturale e relazionale. Il concetto di vulnerabilità, quindi, è un concetto complesso con valenze plurime e con connotati diversi. Ulteriori precisazioni vanno fatte riguardo alle conseguenze cliniche dell'utilizzo delle sostanze psicoattive. Ferma restando la grande variabilità individuale della risposta rispetto alle variabili descritte in precedenza, va tenuta presente anche la grande diversificazione esistente, in particolare nei giovani, riguardo alla capacità/possibilità di cogliere i propri stati d'animo e sentimenti e di individuarli, descriverli e, soprattutto, "classificarli" in modo corretto. Sempre più è difficile stabilire se si sta bene oppure no, se il disagio che si coglie in sé è tale da ricorrere all'aiuto di un clinico, oppure se rientra nelle infinite varianti "normali" dell'esistenza. La difficoltà di decifrare il proprio malessere rende molto difficile la presa in carico precoce ed adeguata di eventuali sintomi; il fatto poi, che, non raramente, alcuni sintomi clinici siano vicini agli effetti ricercati, fa sì che raramente questi vengano riconosciuti come patologici e stimolino la consultazione di un esperto. La confusione fra malessere collegato all'esistenza, entro certi limiti non eliminabile, e la progressiva affermazione del "diritto" ad una vita felice, conduce sempre più di frequente alla delusione sulla propria vita e allo scetticismo rispetto alla possibilità di una cura rigorosamente medico-scientifica del proprio disagio; da qui la tendenza ad una sorta di "automedicazione" (probabilmente una parte dell'uso di queste sostanze è tesa a conseguire un poco precisabile "stato di benessere" che ricorda la "ricerca della felicità") oppure la di ricerca di "vie alternative" alla medicina classica, che portino comunque risultati, sia pure, per via suggestiva.

Nella tabella seguente si riporta una descrizione più dettagliata dei rischi principali di cui tenere conto:

<i>Incidenti stradali</i>	Sono legati sia agli effetti diretti delle sostanze consumate, che alle abitudini di vita (orari) frequenti nei consumatori.
<i>Malattie a trasmissione sessuale</i>	Dipendono da una minore disponibilità alle precauzioni da adottare nel proprio stile di vita, in particolare nei rapporti sessuali e nella prevenzione dei comportamenti a rischio.
<i>Difficile gestione della vita quotidiana</i>	Comporta rischi diversi collegati ad un'impostazione polarizzata su scelte estreme e lontane, con conseguenti difficoltà nella "routine" della vita; infatti, l'organizzazione molto articolata richiesta dai modi di vivere odierni è in contrasto rispetto alla visione della vita tipica delle persone che usano eccitanti.
<i>Passaggio ad ulteriori</i>	La tendenza alla "ricerca dell'estremo" può portare, anziché alla

*e più rischiosi utilizzi di sostanze* percezione della necessità di un aiuto, al desiderio di ulteriori "incursioni nell'inesplorato", oppure a tentativi di autoterapia, con rischio di utilizzo dell'eroina per il suo effetto rassicurante.

Queste considerazioni devono essere considerate concetti generali di inquadramento piuttosto che come una proposta operativa di interventi di risposta; tuttavia in assenza di una comprensione delle varie componenti del fenomeno si corre il rischio di una articolazione di servizi magari tecnicamente ineccepibili, ma scarsamente utilizzabili da chi più ne ha necessità.

### **La prevenzione**

Da quanto detto in precedenza, emerge chiaramente come la prevenzione dei nuovi comportamenti di utilizzo e dei rischi ad essi collegati deve coniugare contenuti e forme in un'operazione complessa e, in parte, inedita di proposta, che ad un tempo deve essere di informazione, formazione, contributo all'aumento della conoscenza e valutazione di sé, dall'altro deve favorire nuove forme di rapporto e relazione con il mondo dei servizi, con una presa in carico il più possibile precoce e complessiva.

È, infatti, ampiamente dimostrato come le persone caratterizzate da un maggiore senso di appartenenza sociale e fiduciose in un accesso alle opportunità della vita siano meno soggette ad una evoluzione verso comportamenti di abuso di sostanze. Pertanto centrale a qualsiasi strategia preventiva dell'uso di droghe psicoattive è la promozione/educazione al senso di uguaglianza sociale. Inoltre, anche se per comprendere il fenomeno è necessario studiare le caratteristiche specifiche dell'adolescenza, ogni azione preventiva deve essere diretta pure ai comportamenti a rischio esibiti dagli adulti, in modo tale da non considerare le giovani generazioni come una "specie isolata" dal resto della società, visione purtroppo spesso proposta dai mass-media.

Il coacervo di aspettative, richieste e ricerche che è spesso alla base delle esperienze di consumo, può richiedere prese in carico articolate, che oltre ad affrontare le problematiche squisitamente farmacologico-cliniche, favoriscano la riorganizzazione della vita dei consumatori; questo obiettivo richiede la collaborazione di una rete di agenzie non solo specializzate nel trattamento del comportamento a rischio, ma, più in generale, nella promozione della qualità della vita (Servizi per i ragazzi, Servizi per la promozione della salute, dello sport, per l'organizzazione del divertimento e di attività del tempo libero, la Psichiatria adolescenziale, Dipartimenti di psicologia educativa e clinica).

### ***Prevenzione primaria e secondaria***

La cultura, la scolarità, le relazioni sociali sembrano a tutt'oggi la protezione migliore dall'accesso alle esperienze di uso di sostanze psicoattive e in tal senso deve procedere l'organizzazione sociale verso i giovani. Questi devono essere il più possibile protagonisti dell'organizzazione del loro tempo libero, proponendo anche le forme di integrazione transgenerazionale più idonee nelle varie situazioni.

In un modello sviluppato con successo in realtà europee ed extraeuropee (Nord America) e, in forme simili, anche in alcune città italiane, "l'educazione alle droghe" così come l'educazione sessuale va a far parte del curriculum dello studente, all'interno del curriculum sull'educazione personale e sociale (PSE). La partecipazione ad attività di prevenzione organizzate nella scuola permette di ottenere punti sotto forma di "crediti formativi" che vanno ad integrare il classico curriculum dello studente.

In estrema sintesi, il complesso delle azioni di prevenzione può essere suddiviso in due grandi ambiti, il primo dei quali comprende le azioni rivolte all'universo dei giovani, il

secondo, invece, prevede gli interventi rivolti verso i luoghi di consumo e verso giovani contigui allo stesso.

Il primo ambito identifica come prioritarie le azioni che producono:

- *aumento delle conoscenze di sé*, delle caratteristiche psicologiche e fisiche della propria età, delle principali modalità relazionali in atto; grande importanza viene data a favorire le attività fisiche, stante la grande necessità che questa dimensione sembra avere presso i giovani d'oggi;
- *aumento della possibilità di confronto con adulti* in grado di discutere ed inquadrare le prime inquietudini giovanili; il fatto che spesso queste non assumano connotati e dignità cliniche non deve impedirne la discussione, perché, molto spesso, sino a quando il quadro della conoscenza di sé non è buono, dubbi anche banali possono avere effetti dirompenti nei giovani;
- *aumento delle occasioni di socializzazione*, come biblioteche, centri sociali od altro a seconda delle situazioni, in modo che la naturale e amplissima tendenza all'aggregazione che contraddistingue molti giovani trovi occasioni fruibili adeguate sia per l'organizzazione che per l'offerta di opportunità. Queste occasioni di socializzazione possono creare anche discrete opportunità di incontri intergenerazionali, di cui c'è grande necessità, anche se spesso vengono respinti per i modi più che per la sostanza. Non si deve dimenticare che i giovani sono grandi fruitori di televisione e radio, e quindi hanno un gusto estetico magari non condivisibile, ma sicuramente raffinato ed esigente;
- *aumento delle conoscenze e consapevolezza dei rischi principali tipici dell'età*, sia nell'ambito dei comportamenti sessuali che di altre abitudini di vita rischiose (non solo i consumatori di droghe guidano pericolosamente), che di utilizzo delle varie sostanze, lecite e no, presenti sulla scena (alcol e tabacco non sono affatto trascurabili nei loro effetti a medio e lungo termine).

Ovviamente, si deve anche tenere conto che i giovani sono restii ad accettare le restrizioni, per presa di posizione prima ancora che per adeguato convincimento, e quindi va fatta una grande attenzione nel comporre e nel veicolare i messaggi informativi. Il giovane adolescente spesso oscilla fra momenti di grande depressione e grande entusiasmo: prospettare una scelta educativa fatta, in sostanza, di rinunce, di divieti di esperienze che, proprio perché negate, risultano più affascinanti, può comportare come fenomeno reattivo il rifiuto di tutto il messaggio. La preoccupazione di far evitare i rischi collegati agli attuali scenari della società, non deve far dimenticare l'esigenza che i giovani si possano muovere in autonomia, educati alla complessità, alla pluralità, alla inadeguatezza di certe forme di "pensiero unico". È, inoltre, indispensabile che i messaggi vengano sviluppati all'interno di rapporti complessivi e di durata prolungata, piuttosto che all'interno di episodi isolati di specifico intervento informativo sulle sostanze.

### **Riduzione del danno**

Delineati nei paragrafi precedenti gli schemi delle azioni destinate a chi non ha ancora assunto sostanze, appare di notevole importanza poter predisporre interventi efficaci verso i consumatori "attivi". Per questo obiettivo i modelli di intervento devono tenere in considerazione diversi fattori:

- i danni legati alle "nuove droghe" compaiono dopo un uso prolungato, mentre è immediato il piacere che l'adolescente prova con l'utilizzo di queste sostanze (la stessa durata "pratica" dell'azione di queste droghe è tale da non sconvolgere i ritmi della vita lavorativa e la vita sociale del soggetto);

- la voglia di sperimentare e il contesto ludico-ricreativo condizionano la comparsa sulla scena di sempre nuovi pattern d'uso e forme di assunzione (anche per la facilità di associare queste droghe con altre sostanze);
- il linguaggio utilizzato per raggiungere una fascia di utenti giovani deve adattarsi alle forme comunicative delle nuove generazioni e utilizzare veicoli comunicativi innovativi come la realtà virtuale, gli ipertesti e, più in generale, mass-media vicini al target, evitando strumenti classici con dimostrato scarso interesse (es.: i depliant). Deve essere anche previsto l'intervento di "mediatori culturali", che favoriscano la comunicazione orizzontale all'interno del gruppo di consumatori; a questo scopo è fondamentale anche lo stile della relazione, che deve rispettare i caratteri di informalità e confidenzialità. In una fase successiva vanno previsti messaggi differenziati per i diversi gruppi target che caratterizzano la scena di questi consumi, ognuno con propri stili di vita, valori, universi di riferimento.

Sono ormai numerose le esperienze condotte da gruppi di privato-sociale e servizi pubblici che operano sul fronte del consumo. Un punto che accomuna questi progetti, così come evidenziato per la prevenzione secondaria, è la necessità di una articolazione degli interventi di riduzione del danno, suddividendo l'insieme delle azioni di prevenzione in due ambiti, il primo dei quali deve avere come target i consumatori veri e propri ed il secondo invece rivolto ad "adulti significativi" per il contesto specifico (gestori di discoteche, dj, etc.).

### ***Interventi rivolti ai consumatori***

È possibile individuare due fasi distinte, ma tra loro fortemente collegate: la fase di contatto nella quale ha inizio il legame con il consumatore e la fase di accompagnamento del consumatore stesso, che mira a fargli sviluppare un approccio più critico rispetto al comportamento.

*Fase di contatto:* È ormai chiaro che il contatto deve avvenire in quei luoghi dove si "consumano" i rituali, come comprovato, fra l'altro, dalla esigua percentuale attuale di domande di assistenza rivolte ai servizi "classici"; il lavoro di strada, operando nei luoghi di aggregazione e del consumo, può creare le condizioni per un contatto con una popolazione tradizionalmente lontana dai servizi.

L'obiettivo generale della fase di contatto è l'offerta di una comunicazione scientificamente corretta sulle caratteristiche delle sostanze e dei comportamenti ad esse associati; il livello di conoscenza posseduto dalla media dei consumatori è discreto, ma, ovviamente, viziato da pregiudizi eccessivamente ottimistici riguardo alle proprietà delle sostanze (immagine di "facilitazione della vita", assenza di dipendenza e di particolari problematiche dell'uso) che ostacolano la comunicazione "dissuasoria". È necessaria perciò, come detto precedentemente, una riflessione sul tipo di comunicazione da adottare, che soddisfi il bisogno di documentazione comunque esistente; possibili strumenti di lavoro sono i counseling individuali brevi ed episodici, le discussioni di gruppo, l'utilizzo dei canali di "comunicazione tra pari".

L'oggetto prioritario della comunicazione deve essere la *conoscenza degli effetti e dei rischi*, delle conseguenze a breve e a lungo termine, degli indirizzi e dei punti di riferimento ai quali poter ricorrere in caso di necessità; queste campagne devono necessariamente essere effettuate nei luoghi di aggregazione giovanile anche attraverso l'utilizzo dei peer-operators e delle Unità di strada.

Si rende inoltre necessario giungere a protocolli di intesa con gli operatori di categoria legati agli ambienti del divertimento, al fine di ridurre i rischi derivanti dagli effetti delle sostanze in particolari condizioni ambientali.

Ad esempio, per ridurre le possibilità di alcuni rischi a breve termine legati all'assunzione sono sufficienti alcuni consigli pratici, come riportati nella seguente tabella:

<i>Colpo di calore</i>	indossare abiti ampi, fatti con materiali che consentano la traspirazione, possibilmente non di plastica; non indossare cappelli.
<i>Disidratazione</i>	ingerire molti liquidi, smettere di ballare quando ci si sente stanchi e intervallare con molte pause.
<i>Policonsumo</i>	evitare la contemporanea assunzione di alcol o altre sostanze (occorre approfondire la conoscenza sulle combinazioni particolarmente nocive e/o più frequentemente utilizzate).

Gli interventi vanno rivolti anche all'ambito dei rischi cosiddetti "indiretti", poiché non collegabili direttamente all'uso di sostanze, in particolare:

1. *incidenti stradali*: l'obiettivo non è tanto la non assunzione di sostanze quanto l'evitare di mettersi alla guida quando si è in condizione di alterazione;

2. *malattie a trasmissione sessuale*: è uno dei rischi più evidenziati, legato alla facilità, sotto l'effetto delle sostanze, di avere rapporti sessuali non protetti; è necessaria una sensibilizzazione al "nesso più sicuro", attraverso anche la distribuzione di preservativi o materiali informativi mirati;

3. *comportamenti auto-etero-aggressivi*: è un aspetto meno conosciuto e più difficilmente ricondotto all'uso della sostanza; consiste nella perdita di controllo, in particolare dopo una provocazione.

La fase di contatto non deve essere fine a se stessa, ma deve diventare progressivamente una *struttura ponte*, veicolo di comunicazione e di collegamento, occasione di incontro e di aggancio verso un sistema integrato di offerta di servizi; in questo senso gli obiettivi della fase di contatto si allargano dall'informazione all'iniziale gestione del rapporto e all'accompagnamento dell'adolescente. Per favorire un possibile incontro futuro è necessario che, almeno in questa fase, si faccia leva sulla "curiosità" del consumatore di sostanze, proponendosi in spazi adeguati, con équipe il più vicine possibili alla cultura del target e utilizzando forme di linguaggio innovative e "vicine" al consumatore; l'impressione non deve essere quella di una proposta di adeguamento alla norma sociale, bensì quella di un arricchimento di esperienze e di possibili alternative al divertimento.

È anche necessario individuare, attraverso brevi counseling o incontri individuali, i soggetti esposti a maggior rischio a causa di una particolare vulnerabilità individuale e prevedere per questi la possibilità di un sostegno/accompagnamento verso i servizi.

Rispetto alle informazioni e all'invio è importante costruire una mappa interregionale o nazionale in modo da affrontare adeguatamente il pendolarismo dei potenziali utenti; a questo scopo va prevista la messa in rete degli interventi (regionali ma anche interregionali) che si occupano di riduzione dei danni. La costruzione di tali reti favorirebbe anche la ricerca e l'aggiornamento costante sugli strumenti di informazione e di aggancio utilizzati da altre équipe.

*Fase di accompagnamento* – All'aumento del livello di conoscenza sulle sostanze deve seguire un percorso di miglioramento della conoscenza di sé, che permetta una autovalutazione dei sintomi legati all'assunzione, per interromperla, se possibile, o, per lo

meno, per chiedere pareri e supporto. I sintomi, per lo più psicologici, tendono a coincidere con il vissuto cosciente del soggetto e, molto spesso, sono vicini alle normali varianti dell'adolescenza. Tipicamente, almeno nella nostra cultura, tendente all'oggettività e reticente rispetto al disagio non strettamente "fisico", ai giovani manca la capacità di classificare i propri stati d'animo, prima ancora che i sintomi; in certi casi l'utilizzo stesso delle sostanze potrebbe rappresentare il tentativo di provare esperienze di migliore percezione di sé. I problemi collegati al riconoscimento di sé e delle proprie variabili personali non riguardano solo gli assuntori di sostanze ma l'universo dei giovani; i servizi che vogliono rispondere a queste nuove tipologie di esigenze devono essere, perciò, informali, accessibili, non caratterizzati nel senso della tossicodipendenza, ma, piuttosto, disponibili a confronti innanzitutto di tipo pedagogico/educativo, con passaggio all'intervento clinico vero e proprio solo nei casi necessari.

Questo procedimento deve cercare linguaggi consoni a quelli contemporanei e non deve disdegnare l'utilizzo di mezzi innovativi; la simulazione di contesti in ambienti virtuali immersivi e interattivi (realtà virtuali) è forse l'esempio più vicino al metodo che si intende applicare; l'uso di strumentazioni di questo genere, ora disponibili anche come tecnologie "a basso costo", appare adeguata anche rispetto al fascino e al potere di attrazione che esse esercitano su vaste fasce di giovani. La persona si immerge il più possibile in un'avventura che, attraverso diverse fasi, evidenzia momenti "difficili" e induce ad una riflessione, fornisce consigli specifici, permette una valutazione dei rischi di alcuni comportamenti; tramite l'uso di ipertesti, costruiti secondo una logica analoga ai precedenti, è possibile costruire un supporto adeguato alla realizzazione di uno psico-percorso, che può poi essere successivamente reso disponibile, tramite Internet, anche al vasto pubblico della rete.

### ***Interventi rivolti agli "adulti significativi"***

La possibilità di creare una rete di figure professionali vicine sia al mondo della notte che alle tematiche della prevenzione rappresenta una delle chiavi di volta degli interventi di riduzione del danno.

Per questo è necessario stimolare la realizzazione di progetti che comprendano nei loro obiettivi, attraverso la comprensione del fenomeno in tutti i suoi aspetti tra cui quello dei problemi legati all'adolescenza, la formazione di:

- *peer-operator*, cioè figure che si muovono già all'interno di questi luoghi di aggregazione e dunque hanno un filtro culturale adeguato, conoscono il gergo e i movimenti e condividono uno stesso universo di riferimento; con tali "opinion leader" formati è poi prospettabile progettare modalità di comunicazioni tra pari;
- *operatori della notte (disk-jockey, pierre, etc)*, veri e propri mediatori tra mondo giovanile e mondo adulto.

In entrambi i casi, i momenti di formazione sono finalizzati a fornire, in primo luogo, le conoscenze e gli strumenti necessari in caso di emergenza; la formazione va affiancata ad un concreto riconoscimento di nuove figure di operatori, lavorando sul rinforzo della dimensione professionale. I contenuti dell'intervento formativo vanno il più possibile sistematizzati sulla base dei risultati delle ricerche-intervento disponibili sul consumo di nuove droghe e sugli interventi di riduzione del danno.

L'utilizzo di "strumenti positivi" diretti ai gestori dei locali può rappresentare un messaggio in contrasto con la cattiva immagine delle discoteche frequentemente riproposta dai mass-media; in questo modo si può arrivare a costruire una rete di attori diversi, in grado di potenziare il lavoro di prevenzione e, potenzialmente, anche di favorire cambiamenti nello scenario del consumo.

Il coinvolgimento dei gestori e degli operatori della notte può anche facilitare la diffusione di alcune fondamentali misure preventive quali:

1. disponibilità di ambienti adeguatamente aerati;
2. disponibilità di spazi "di compensazione", per riposare prima di partire e raffreddare la temperatura corporea;
3. vendita di acqua e bevande analcoliche a basso prezzo;
4. cessazione della disponibilità di alcolici almeno un'ora prima della chiusura;
5. controllo dei livelli dell'intensità del sonoro, con modulazione temporale degli stimoli;
6. presenza di personale sanitario, possibilmente con unità mobili (ambulanze).

L'apposito protocollo di intesa Governo-SILB recentemente siglato dovrebbe consentire di realizzare una serie di iniziative specifiche in questo settore.



## DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

---

### Aspetti generali

La realtà operativa di questi anni ha inequivocabilmente dimostrato che nel settore della tossicodipendenza non esiste una risposta esaustiva ed unica, così come non esiste uno strumento valido per tutte le situazioni e tutti i soggetti. Non esiste, dunque, "la tossicodipendenza", ma tante tossicodipendenze quanti sono i soggetti, per i quali, necessariamente, va predisposta una risposta personalizzata e finalizzata agli specifici problemi.

La necessità di rispondere a tutte le esigenze poste dall'uso/abuso di sostanze determina una complessità tale a livello organizzativo, strumentale, professionale, operativo, che rende, di fatto, impossibile per un singolo servizio, anche ricco di personale e risorse strutturali, riuscire a soddisfare tutte le esigenze poste dal problema e a dare risposte esaustive.

I campi d'intervento dei servizi sono, infatti, molteplici: la prevenzione primaria (attraverso l'informazione, la promozione della salute e l'educazione sanitaria), la prevenzione secondaria (quando c'è già un consumo di sostanze), la presa in carico e la cura (con trattamenti clinici personalizzati), la risocializzazione ed il reinserimento sociale (momenti conclusivi di un processo terapeutico). Risposte predefinite o interventi inadeguati possono, quindi, determinare l'aggravamento e la cronicizzazione dello stato di tossicodipendenza. Il problema è aggravato dal fatto che i servizi non sono chiamati ad occuparsi solo di eroina, ma di tutte le sostanze psicoattive, legali ed illegali, e di tutte le forme di uso.

L'Accordo Stato-Regioni 21 gennaio 1999 afferma che *"tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda USL (distretto, ospedale, ecc.), nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati - che a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio - il modello organizzativo "dipartimentale" sembra essere una valida modalità di affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali"*.

L'organizzazione dipartimentale del settore richiede, tuttavia, differenziazione e specializzazione di servizio e professionale, realizzazione del lavoro di rete e adeguata formazione degli operatori coinvolti.

### La differenziazione e la specializzazione dei servizi

La complessità della tossicodipendenza rende necessario il coordinamento delle unità operative, tenuto conto che, sia per limitatezza obiettiva di risorse sia per motivi di opportunità, nessun servizio, pubblico o privato, può essere in grado di affrontare tutte le problematiche e tutti i bisogni posti dalla dipendenza e dall'uso-abuso di sostanze.

È necessario, quindi, razionalizzare ed ottimizzare le risorse esistenti, al fine di rispondere alle reali esigenze di un territorio evitando, attraverso un'accurata programmazione, la duplicazione e la sovrapposizione degli interventi.

Differenziare le offerte, secondo un'attenta lettura dei bisogni territoriali significa garantire un servizio migliore e più qualificato.

Ferme restando alcune funzioni essenziali (accoglienza, osservazione, diagnosi) è necessario specializzare i diversi servizi, pubblici e privati, differenziandoli in base alla preparazione e agli interessi prevalenti dei gruppi di lavoro. È ovvio, infatti, che i problemi di disgregazione sociale, il modo di vivere la tossicodipendenza, l'uso di alcune sostanze

piuttosto che altre, l'immissione sul mercato di nuove sostanze siano diversi fra una città metropolitana e un territorio rurale o montano.

Se i servizi, pubblici, privati o di volontariato, di un territorio sono esentati da alcune funzioni perché altri le svolgono con specifiche professionalità e maggiori risorse, essi non possono che migliorare la qualità della propria offerta.

La differenziazione delle offerte dei servizi determina una specializzazione degli operatori, che va riconosciuta e valorizzata, ma deve anche consentire di riconoscere il significato, il valore e l'importanza di ciascun settore d'intervento e di ciascuna attività dei servizi.

### **La rete**

Il numero dei servizi, pubblici e privati, che in Italia operano nel campo delle dipendenze patologiche è uno dei più alti in Europa.

La dispersione territoriale, la sovrapposizione e il mancato coordinamento degli interventi, la presenza di conflittualità tra servizi diversi possono determinare una riduzione delle potenzialità operative e soprattutto dell'efficacia delle azioni.

Appare, pertanto, indispensabile la messa in rete di tutti i servizi esistenti in un ambito territoriale, identificabile con il territorio dell'azienda sanitaria, al fine di razionalizzare le risorse esistenti, definendo una strategia complessiva d'intervento e garantendo pari dignità dei compiti operativi dei diversi servizi.

L'organizzazione dipartimentale come centro propositivo e di raccordo è, pertanto, indispensabile per poter dare risposte qualificate ai bisogni e soddisfare le esigenze territoriali, aumentando e migliorando le offerte, valorizzando le capacità di ogni servizio e di ogni operatore.

### **La formazione**

La complessità e la delicatezza delle problematiche che caratterizzano il settore della tossicodipendenza rendono indispensabile promuovere attività e corsi formativi per gli operatori, in particolare per quelli che operano nel campo della riduzione del danno.

I bisogni formativi in tale settore coincidono in gran parte con i bisogni formativi generali degli operatori dei servizi; si possono individuare cinque direzioni principali:

1. Promuovere negli operatori e quindi nei servizi la cultura dell'attenzione complessiva alla persona, inserendo il tema della riduzione del danno come parte integrante dei compiti e delle finalità dei servizi.

2. Educare oltre che al "saper fare", pure necessario, anche al "saper essere", sviluppando la formazione personale, ossia la disponibilità degli operatori a lavorare su loro stessi.

Accanto alla organizzazione di convegni e seminari, che richiedono una presenza prevalentemente passiva, di ascolto, è opportuna, pertanto, l'attivazione di momenti dedicati alla formazione interprofessionale, caratterizzati da un forte coinvolgimento personale anche emotivo.

3. Focalizzare la massima attenzione sul gruppo di lavoro, sulla sua coesione, sulla sua capacità di lavoro comune, di condivisione degli obiettivi, degli strumenti e delle modalità operative. La conflittualità tra professionalità diverse e la mancanza di momenti di confronto ostacolano lo svolgimento del lavoro quotidiano; è necessario, pertanto, porre particolare attenzione allo sviluppo delle capacità di incontro tra operatori provenienti da culture e formazioni molto diverse.

4. Approfondire con attenzione i temi nuovi su cui si intende intervenire, esaminando con grande attenzione gli aspetti progettuali, con il gruppo di lavoro nel suo complesso, ed in particolare con chi è chiamato ad occuparsene personalmente al fine di utilizzare personale motivato e convinto.

5. Porre particolare attenzione alla scelta delle persone impegnate nelle attività di riduzione del danno ed alla formazione delle stesse, non sottovalutando il ruolo dei "professionisti per esperienza".

## VALUTAZIONE DEI RISULTATI ED ESITI DEGLI INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO

---

La presenza di una valutazione degli interventi realizzati nel campo delle tossicodipendenze deve costituire la regola piuttosto che una semplice indicazione o criterio di qualità. Questo per due principali motivi:

a) i programmi, progetti o servizi destinati ai consumatori di droghe, e specialmente quelli dell'area della riduzione del danno, comportano la effettuazione di interventi su persone deboli, spesso malate e, comunque, sempre in condizioni di difficoltà o di disagio, che richiamano la necessità di una vigilanza pubblica su quanto viene fatto nei loro confronti, onde evitare possibili ulteriori eventi sfavorevoli provocati, seppure involontariamente, dalle azioni di prevenzione;

b) nel nostro Paese, come in gran parte dell'Europa, buona parte degli interventi è realizzata o, almeno in parte sostenuta, da fondi pubblici (provenienti da Amministrazioni o Enti di vario livello - Stato, Regioni, Enti locali); ciò comporta due esigenze: 1) che le somme erogate vengano spese secondo criteri di correttezza, tanto dal punto di vista amministrativo (sia in fase di assegnazione che di pagamento) che da quello di opportunità tecnico-economica in termini di investimento (cioè con *efficienza allocativa*); 2) che le risorse, sempre limitate rispetto ai bisogni, vengano destinate preferibilmente agli interventi più utili e, più precisamente, a quelli che, a parità di obiettivi, hanno più probabilità di conseguire un risultato positivo (sono, cioè, potenzialmente più *efficaci*).

La valutazione dei risultati dei progetti dovrebbe avvenire a due livelli, con finalità ben distinte:

- valutazione interna da parte dello stesso ente o servizio che ha realizzato l'intervento o il progetto per il controllo di gestione (finanziaria e di risultato) e non utilizzabile dall'ente finanziatore per valutare l'effettivo raggiungimento dei risultati.

La valutazione interna è necessaria, inoltre, perché:

- migliora la capacità degli operatori di "sistematizzare" le azioni realizzate nel progetto, esplicitando anche quegli elementi (di background, di obiettivi o di metodologia) spesso destinati a rimanere poco chiari;

- promuove meccanismi culturali favorevoli al procedimento della valutazione, che aiutano a migliorare la qualità professionale e favoriscono anche la partecipazione alle iniziative di valutazione esterna.

La valutazione interna presenta alcuni limiti di obiettività, legati ai tipici effetti di coinvolgimento; tuttavia, alcune precauzioni consentono di utilizzare i risultati con sufficiente attendibilità:

1. la realizzazione della valutazione da parte di professionisti esperti o, per lo meno, adeguatamente formati, appartenenti all'Ente gestore del Progetto, ma non all'équipe responsabile della realizzazione del progetto stesso;

2. la utilizzazione di metodologie scientificamente accreditate;

3. la scelta di indicatori, la cui misurazione non sia dipendente da elementi legati alla soggettività dell'operatore.

- valutazione esterna da parte di una organizzazione diversa da quella che ha realizzato il progetto. Una attività di valutazione esterna è raccomandata per progetti di vaste dimensioni, per esempio quelli che riguardano una intera regione, o dotati di un budget compatibile con uno studio di buon livello. Tale valutazione ha teoricamente una maggiore affidabilità, in quanto non presenta problemi di coinvolgimento, nemmeno a livello inconsapevole, o timori di eventuali ricadute (occupazionali, professionali, di immagine) di un risultato non positivo di essa.

La valutazione esterna è sensibilmente più costosa (dall'1 al 3% del budget per interventi con budget aggirantesi intorno ai 10 miliardi di lire -5 MEuro-, fino al 5-8% per importi inferiori), anche perché normalmente viene realizzata da professionisti con specifica esperienza; inoltre, non è sempre facile reperire operatori, e ancor meno istituti, che siano esperti di valutazione, ma che conoscano anche a fondo le problematiche tipiche della prevenzione dell'uso di droghe e del funzionamento dei servizi specializzati in questo campo.

Gli obblighi che dovrebbero conseguire per gli enti gestori dei Progetti nell'ambito della valutazione esterna, sono:

1. la partecipazione, in forme da concordare, alle attività dell'Istituto o Ente valutatore, in particolare tramite la raccolta di dati in formato e con modelli o strumenti predisposti dal valutatore stesso;

2. la messa a disposizione del valutatore di tutti gli elementi informativi ritenuti necessari per eseguire eventuali approfondimenti di studio, ovvero ispezioni e/o verifiche sul campo (esempio: precisa descrizione delle previsioni temporali di svolgimento degli interventi da realizzare);

3. l'effettuare correttivi sulla base dei risultati della "valutazione in progress" (ad es.: revisione del testo di un opuscolo informativo dopo una valutazione negativa preliminare di gradimento da parte dell'utenza).

Le considerazioni sopra esposte rendono evidente come, ovunque sia possibile, la valutazione dovrebbe accompagnare l'intervento; ciò comporta, nel caso della valutazione esterna, una adeguata e tempestiva programmazione, specie temporale, dell'Ente finanziatore (ad esempio la Regione), dovendosi, di regola, procedere all'utilizzo di due distinti gestori (dell'intervento da un lato, della valutazione dell'altro). In ogni caso, però, il valutatore, una volta segnalati i risultati della verifica, non dovrebbe entrare nel merito delle variazioni da apportare all'intervento che risulta essere di unica responsabilità dell'ente gestore delle attività, il quale ne risponderà all'ente finanziatore.

Un ulteriore vantaggio della valutazione "in parallelo" è, infine, la produzione di nuovi e più mirati indicatori e "requisiti", da utilizzare nella selezione delle successive tornate di finanziamenti; ciò favorisce, a sua volta, un migliore funzionamento anche del successivo processo valutativo, in una sorta di "circolo virtuoso" di miglioramento della qualità.

Tutto ciò premesso riguardo a chi debba essere il responsabile e il realizzatore della valutazione, occorre chiarire brevemente, anche dal punto di vista terminologico, alcuni aspetti relativi all'*oggetto* della valutazione, alla scelta degli *indicatori*, alla *metodologia*.

In astratto, qualunque aspetto di un progetto può essere interessante da valutare; tuttavia è ovvio che, essendo il progetto costruito sulla base di obiettivi da realizzare, l'aspetto che, a prima vista, dovrebbe essere prioritario è quello relativo al conseguimento degli obiettivi stessi; in altre parole, l'oggetto principale della valutazione dovrebbe essere il risultato, in termini di efficacia, cioè di "*esito*" (o "*outcome*" in inglese). Questa considerazione ribadisce l'importanza di definire chiaramente nel progetto gli obiettivi generali e specifici, non solo in termini descrittivi, ma anche di "risultati di esito" attesi.

Non sempre, tuttavia, è possibile misurare accuratamente gli esiti; ciò, in particolare, quando si tratti di progetti il cui svolgimento temporale sia breve per misurare modificazioni dotate di significato certo; ad es.: conseguire in una persona un'astensione dall'uso di sostanze illegali o la prevenzione della sieroconversione da HIV per alcuni mesi può essere considerato un risultato positivo, ma se non si è grado di verificare la persistenza del risultato a distanza di almeno 1-2 anni è difficile esprimere un giudizio definitivo sulla validità del metodo utilizzato dal progetto.

Per questo motivo, in molte occasioni si ricorre alla valutazione dei "*prodotti*" (o "*output*" in inglese) più immediatamente percepibili di un progetto: le attività o prestazioni

realizzate, come il numero di utenti raggiunti o assistiti, le quantità di materiali di profilassi o informativi distribuite, ecc.

Più di rado vengono effettuate valutazioni sulle *risorse umane o economiche* utilizzate ("*input*"), che, peraltro, dovrebbero essere già chiare nella descrizione dell'impianto progettuale - si tratta, semmai, di verificarne la reale corrispondenza ai preventivi- e sulle *procedure e metodologie* utilizzate per l'erogazione delle prestazioni ("*process*"); quest'ultimo aspetto è più interessante da valutare nei servizi più consolidati, per i quali sono definite chiaramente le procedure standard di funzionamento.

Per quanto riguarda la *scelta degli indicatori* è evidente che si tratta di una fase estremamente delicata, perché concentra tutti gli aspetti maggiormente densi di ricadute e controversi.

Gli indicatori ideali devono avere caratteristiche di rappresentatività, sinteticità, validità e facilità di raccolta ed elaborazione. L'esigenza di effettuare, a livello nazionale e regionale, una comparazione fra i risultati dei progetti e, più, in generale, di conseguire informazioni sul successo complessivo del piano progettuale, richiede un riferimento ad un set ristretto e predefinito di indicatori; non è possibile, tuttavia, stabilire un sistema di indicatori standard, se non vengono preliminarmente fissati obiettivi comuni rispetto alle diverse proposte progettuali; ad es. la percentuale di persone che entrano in un trattamento strutturato può essere un buon indicatore di "outcome" per un centro a bassa soglia/unità di strada che abbiano questa specifica finalità, mentre è difficile considerarlo adeguato se l'obiettivo primario del servizio è il mantenimento di un adeguato livello di salute psico-fisica. Anche gli indicatori di "output" possono essere ambigui: un indicatore apparentemente molto semplice, come ad es. il numero di utenti, può segnalare il successo di un servizio se si tratta di persone non in contatto con altri servizi, può al contrario, far sospettare un cattivo coordinamento con la rete locale se "sottrae" ad altri servizi clienti già assistiti.

Nei programmi di riduzione del danno, esiste come accennato all'inizio, una "scala" di possibili obiettivi, da quelli basilari e più immediatamente conseguibili - come la riduzione dei comportamenti più rischiosi - a quelli più pregnanti, ma non sempre raggiungibili, come l'ingresso in trattamento e l'interruzione dell'uso di sostanze.

Esiste, altresì, una apparente "gerarchia" tra questi obiettivi: anche se il conseguimento dell'obiettivo più limitato non garantisce i successivi passi in avanti, il fallimento delle "attività base" predice con quasi matematica certezza il mancato raggiungimento delle aspettative più ambiziose; ad es. se un servizio non riesce ad innalzare il livello di informazione e consapevolezza dei propri utenti, è quasi impossibile che riesca ad ottenere una riduzione delle infezioni correlate alla tossicodipendenza.

Nella tabella in allegato vengono proposti alcuni indicatori di "output" e "outcome" di possibile utilità. Viene, altresì, proposto l'utilizzo, anziché di indicatori semplici, come quelli descritti precedentemente, di indici derivanti dal rapporto tra questi e le variabili che misurano le risorse impiegate (costo/contatti; costo/efficacia; costo/numero di casi di patologia evitata, ecc.) o i bisogni espressi o stimati (es.: numero utenti del servizio-progetto/numero di tossicodipendenti del territorio di riferimento).

La valutazione degli interventi non può prescindere da una contemporanea considerazione del contesto generale nel quale vengono realizzati gli interventi stessi; uguali risultati possono assumere significati completamente diversi a seconda che siano stati ottenuti (per esempio) in situazioni particolarmente problematiche come quelle metropolitane o meno impegnative come quelle provinciali.

Un ultimo, ma decisivo aspetto della valutazione è quello della *scelta della metodologia*. Si tratta di un aspetto molto delicato, perché, se da un lato l'utilizzo di alcuni modelli risulta più conforme agli standard della ricerca scientifica, dall'altro, frequentemente, queste

tipologie di studio risultano più difficili da applicare a progetti di minori dimensioni e richiedono una rigosità di applicazione che non di rado confligge con le necessità operative delle attività da realizzare.

Al di là di un "optimum" puramente teorico delle metodologie di valutazione una soluzione sufficientemente adeguata è la previsione di un insieme di studi, alcuni più semplici relativi alla valutazione dei singoli progetti, altri più complessi e professionali, multicentrici (o multiprogettuali) di dimensione regionale e/o nazionale.

Una distinzione frequentemente proposta è quella tra studi "*quantitativi*" e "*qualitativi*", per quanto, allo stato, non esista una netta separazione o, per lo meno, siano possibili tipologie intermedie.

Gli studi quantitativi richiedono, di regola, campioni di numerosità adeguata; ove correttamente realizzati, permettono misurare la forza di un rapporto causale (ad es: la dipendenza di un risultato da un intervento) e di formulare previsioni sulla probabilità che un evento (per esempio un cambiamento nei comportamenti a rischio) sia conseguibile ripetendo l'azione su una popolazione con caratteristiche simili a quella studiata.

Nel campo della riduzione del danno frequentemente gli studi quantitativi sono particolarmente complessi da realizzare (specie quando ci si riferisce a popolazioni sommerse o a problemi di illegalità) oppure risultano meno produttivi di informazione rispetto a quelli "qualitativi", ad es. quando le variabili in esame sono le motivazioni dei comportamenti, le reazioni non razionali ad un intervento, le dinamiche sociali e/o di gruppo che condizionano il manifestarsi di un problema o di una risposta, ecc; in tutti questi casi si tratta, infatti, di dimensioni da esplorare con le metodologie tipiche delle scienze psicologiche, sociali e, in parte, antropologiche, che mirano, seppure su un più ristretto e statisticamente non significativo numero di soggetti, ad un'analisi in profondità.

Negli studi di valutazione, due ulteriori dimensioni sono fondamentali: quella del tempo e quella del controllo.

Per quanto riguarda il tempo, come accennato precedentemente, la valutazione può svolgersi retrospettivamente, al termine del progetto o, più fattivamente, prospettivamente, in parallelo con lo svolgimento dello stesso. La valutazione prospettica deve essere programmata preventivamente e questo può comportare maggiori oneri e ritardi nell'attivazione delle iniziative, ma può consentire, in parte, di rimodularle in corso d'opera. La valutazione retrospettiva può essere utile per riesaminare criticamente le iniziative già realizzate nel passato e dalle quali, altrimenti, non sarebbe ricavabile alcuna esperienza; il limite principale risiede nella frequente carenza di informazioni importanti che, se non raccolte o inadeguatamente raccolte durante lo svolgimento del progetto, spesso non è possibile reperire successivamente (ad es.: sulle caratteristiche degli utenti di un progetto), se non rischiando di commettere errori tali da invalidare l'intera procedura.

La dimensione del controllo, cioè di un confronto fra i risultati del progetto con una situazione paragonabile nella quale non è avvenuto alcun intervento, è del tutto fondamentale, per comprendere la reale efficacia di un intervento su un problema come quello della tossicodipendenza che, per definizione, è soggetto a continui più o meno "spontanei" mutamenti.

Una valutazione importante è quella da dedicare, infine, ai comportamenti concreti dell'Ente/degli Enti responsabile/i della attribuzione e della erogazione dei fondi. I tempi necessari per la definizione dei progetti da finanziare, la congruità dei finanziamenti stabiliti, le procedure ed i tempi necessari per la effettiva erogazione degli stessi possono proporre ostacoli a volte assai gravi allo svolgimento corretto dei progetti. L'impegno ad una valutazione corretta dei fattori in gioco nel determinare l'efficacia di un progetto di

riduzione del danno deve estendersi, dunque, naturalmente all'Ente che decide di affidare il servizio ad una determinata struttura, pubblica o del terzo settore.

Quantunque non sempre sia facile, sia per ragioni pratiche che etiche, identificare per ogni progetto un "gruppo di controllo" idoneo, possono essere operati confronti con la situazione nei periodi precedenti all'intervento ("controllo storico") o con realtà più o meno geograficamente vicine nelle quali l'intervento non ha luogo ("studio ecologico"); entrambe queste metodologie possono fornire un certo grado di informazione, purchè siano individuate e misurate tutte le possibili variabili che influenzano gli esiti indipendentemente dall'intervento di prevenzione (c.d. "confondenti"). Una metodologia più attendibile è quella dello studio "quasi sperimentale", nel quale vengono comparati due territori sede dello stesso intervento, in uno dei quali le azioni (ad. es: la distribuzione di materiali informativi) vengono intraprese in ritardo. In questo caso il fattore cruciale è "il tempo di ritardato inizio" dell'intervento: un intervallo abbastanza lungo per mettere in evidenza eventuali cambiamenti, ma sufficientemente breve per ridurre gli effetti negativi sul progetto (ad es.: una migrazione degli utenti verso la zona dove le attività sono iniziate prima).

La valutazione dei risultati in ambito operativo trae anche molto vantaggio dall'utilizzo di modelli che sfruttino soprattutto la produzione e l'evidenziazione delle variazioni temporali degli indicatori prescelti (es.: Delta System o valutazione standardizzata degli scostamenti) in modo da poter cogliere perlomeno il "guadagno o la perdita" raggiunta in termini di "grado di salute aggiunta" e "grado di patologia evitata" sulla base della situazione pre-intervento e successivamente verificata nel post-intervento.

Strettamente connesso al problema della scelta del tipo di studio è quello della **scelta degli strumenti** di misurazione degli indicatori o variabili, elemento attualmente poco standardizzato, tenuto conto della larga "offerta di mercato".

Si raccomanda di utilizzare strumenti che siano contemporaneamente:

1. validati, cioè già pubblicati sulla letteratura internazionale e che, oltre a ciò, siano stati anche sperimentati in azioni locali simili a quelle da realizzare; possibilmente, che vengano anche rivalutati all'interno del progetto vero e proprio, in una fase pilota;
2. semplici e adatti al livello di conoscenze ed esperienze degli operatori che li devono utilizzare, i quali devono, comunque, ricevere un adeguato "training" sugli strumenti specifici che utilizzeranno;
3. maggiormente condivisi all'interno del panorama regionale o nazionale che costituisce il "background" culturale dei progetti che li utilizzano.

Anche per la scelta degli strumenti e il "training" è consigliabile la supervisione di un esperto di valutazione. È comunque opportuno fare riferimento alle linee guida e "banche di strumenti" predisposte da organismi internazionali (OEDT, OMS, etc.).

**Tabella 1.** Sintesi dei principali indicatori utilizzabili per la valutazione delle attività e degli interventi di riduzione del danno.

DI ESITO - OUTCOME		DI PRESTAZIONE - OUTPUT	
Misure individuali (d)	Misure di insieme (d)	Prestazioni erogate	Rapporti
Livello informativo	Tasso di mortalità causa specifica	n. di soggetti coinvolti	n. Operatori/n. Clienti
Percezione del rischio	Incidenza di malattie diffuse	n. di contatti/soggetto n. invii ai servizi di rete	Rapporto Costo/efficacia



Intenzione al comportamento preventivo	Incidenza di eventi criminali	Quantità di materiali preventivi distribuiti	Rapporto Costo/benefici
Comportamenti a rischio riferiti	Incidenza episodi di overdose non letali	Giudizio del target e degli operatori esperti SU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilità</li> <li>• comprensibilità</li> <li>• gradibilità</li> <li>• pertinenza</li> <li>• correttezza tecnica dei materiali informativi</li> </ul>	Rapporto Costo/utilità Ecc.
Livello di abilità preventive del soggetto relativamente a : <ul style="list-style-type: none"> <li>• uso del profilattico</li> <li>• disinfezione della siringa</li> <li>• richiesta di aiuto per overdose</li> <li>• primo soccorso overdose</li> <li>• preparazione della droga in condizioni di sicurezza</li> </ul>	Soddisfazione utente su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilità</li> <li>• modalità di erogazione</li> <li>• riservatezza</li> </ul>	Ore lavoro Giorni lavoro/anno Costo grezzo/ soggetto contattato Costo grezzo/ prestazione tipo erogata	
Uso di sostanze <ul style="list-style-type: none"> <li>• numero giorni con esami urine negativi</li> <li>• % esami positivi su totale eseguiti</li> </ul>			
Qualità di vita <ul style="list-style-type: none"> <li>• score qualità di vita sec. metodi parametrici (variabili oggettive e soggettive)</li> </ul>			
Performance globale (fisica, psichica e sociale) <ul style="list-style-type: none"> <li>• indice di autonomia</li> <li>• indice di funzionalità psichica generale</li> <li>• grado di integrazione sociale, social conformity</li> <li>• grado di produttività reale lavorativa (reddito generabile)</li> </ul>			

**Tabella 2.**Indicatori di contesto

INDICATORI DI CONTESTO
<p>Superficie Territorio servito  n. di abitanti nella fascia di età 15 – 44  n. di tossicodipendenti stimati  n. di incidenti acuti (es. decessi per overdose) imputabili alla fascia di utilizzatori di sostanze target del progetto (dato storico)</p> <p>Rapporto Bisogno/Offerta  (n. sogg. Stimati/n. sogg. Contattati)</p> <p>Risorse disponibili  (n. di servizi specialistici, n. protocolli realizzati, n. di progetti attivi sul territorio, ecc.)</p>

## RACCOMANDAZIONI

---

### Principi generali

1. Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona, qualunque sia la sua condizione, la sua richiesta di aiuto, la sua disponibilità all'intervento; in caso di impossibilità di un servizio a rispondere ad una richiesta, la persona va accompagnata o indirizzata ai servizi più idonei e attrezzati a soddisfare i suoi bisogni di cura, espressi ed inespressi.
2. L'obiettivo generale di qualunque intervento è sempre la tutela e/o il ripristino della salute, da ottenere con la soluzione della dipendenza o con il raggiungimento di un equilibrio personale accettabile o con l'induzione di uno stile di vita e di comportamenti meno rischiosi.
3. Il lavoro dei servizi non può essere basato su giudizi morali, ma su elementi tecnico - scientifici e sui bisogni e le difficoltà della persona; non può, pertanto, esistere un "bene" oggettivo che prescinda dal bisogno espresso dal paziente in un dato momento.
4. È indispensabile attivare interventi il più precocemente possibile per evitare aggravamenti di condizione o per fermare la compulsività della tossicodipendenza.
5. Ogni tossicodipendente ha diritto a ricevere assistenza su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla condizione e dalla residenza, e ad avere un trattamento personalizzato che tenga conto della storia personale, delle precedenti esperienze con e senza i servizi, degli obiettivi soggettivi e delle scelte di vita; gli obiettivi possibili vanno concordati e definiti con il paziente, gli interventi attuati devono essere chiaramente esplicitati.
6. È importante avere sempre presenti le finalità e gli obiettivi che si intendono raggiungere in quel momento e con quell'intervento, per evitare che risulti ininfluente o addirittura dannoso.

### Destinatari e obiettivi

1. Gli interventi di riduzione del danno si configurano come politica di sanità pubblica nella misura in cui tutelano sia l'individuo tossicodipendente sia la collettività nel suo complesso.
2. Le finalità principali degli interventi di riduzione del danno sono:
  - Stabilizzare il tossicodipendente o il consumatore problematico, garantendo la possibilità di una vita dignitosa, facilitando il recupero di relazioni significative e creando le condizioni per un possibile ingresso in trattamento.
  - Sviluppare interventi di prevenzione che sappiano investire per i servizi il settore della domanda e per le forze dell'ordine il settore dell'offerta, sviluppando strategie in grado di coinvolgere le famiglie, la scuola, i tossicodipendenti attivi e la comunità nel suo complesso.
  - Finalizzare gli interventi di prevenzione non solo a prevenire l'uso in sé ma anche l'uso problematico di sostanze, considerando che a livello giovanile spesso il consumo di sostanze psicoattive è vissuto come non problematico e finalizzato al divertimento.
  - Prevenire i rischi legati all'uso di sostanze, rallentare o fermare il degrado psicofisico di chi è già in condizione di dipendenza, riducendo l'uso di oppiacei o di altre sostanze psicoattive, migliorando la salute e la socialità della persona, limitando la diffusione di malattie infettive associate all'uso endovenoso di sostanze, riducendo la mortalità per overdose e/o gli atti criminali.

3. Un obiettivo prioritario è abbreviare il "tempo di latenza", in modo che il tossicodipendente o il consumatore prenda contatto ed inizi il rapporto con un servizio il più presto possibile; per questa finalità è indispensabile:

1. attivare interventi di territorio, al di fuori delle mura del servizio, sviluppando una diversa capacità di lavoro, attraverso una conoscenza approfondita della realtà territoriale;

2. facilitare l'accesso al servizio con offerte che siano attraenti per il paziente e rispondenti ai suoi bisogni;

3. i servizi devono essere in grado di affrontare sia le problematiche poste dai consumatori saltuari di sostanze sia quelle, assai diverse, poste dai tossicodipendenti con molti anni di dipendenza e di rapporto non risolutivo con i servizi. Gli abbandoni e le ricadute devono essere evitati, aumentando le opportunità di trattamento, in particolare per i tossicodipendenti con maggiori difficoltà.

4. È opportuno operare per evitare la cronicizzazione della dipendenza, cercando di evitare o prevenire gli atteggiamenti e i comportamenti tipici della condizione di tossicodipendenza; è importante che i consumatori, che non si sentono tossicodipendenti, abbiano la possibilità di accedere ed essere trattati in locali che non abbiano una forte caratterizzazione sintomatologica.

### **Interventi di Strada**

1. Il lavoro di strada deve saper utilizzare le occasioni relazionali e comunicative con i consumatori, anche quando non vi sia la prospettiva di invio al sistema dei servizi o di elaborazione di progetti individuali.

2. Il lavoro di strada deve poter contare su équipe con competenze multidisciplinari, completate da una formazione comune sulle metodologie specifiche.

3. Il lavoro di strada deve rappresentare uno dei poli del sistema dei servizi, è da esso interdependente e ad esso deve connettersi in forma organica. Particolare attenzione va pertanto portata al coordinamento, alla comunicazione, al confronto tra équipe di strada e équipe degli altri servizi.

4. Il modello organizzativo degli interventi di strada e le modalità di connessione e integrazione con il sistema dei servizi devono avere flessibilità tale da consentire l'elaborazione di protocolli e iter decisionali agili ed efficaci.

5. L'attivazione delle risorse dell'utenza, la valorizzazione e l'utilizzo dei "saperi" diffusi dagli utenti, il loro coinvolgimento pratico in azioni di prevenzione, educazione alla salute, auto-aiuto, supporto tra pari, sono modalità utili all'intervento di strada.

6. Massima attenzione va portata allo sviluppo del lavoro di rete, alla definizione - tramite strumenti quali i protocolli di intesa, gli accordi e i contratti di programma - dei rapporti con le agenzie coinvolte (istituzionali pubbliche, private e risorse informali del territorio), alla manutenzione non episodica di tali rapporti.

7. La cura del rapporto con il territorio, la costruzione di strategie di consenso e/o di mediazione dei conflitti che gli interventi potrebbero sollevare, l'informazione e la comunicazione con la popolazione delle zone interessate sono da ritenersi parte integrante del lavoro di strada.

### **Materiali di profilassi**

1. La distribuzione di materiale di profilassi rappresenta un'azione fondamentale per la prevenzione in quanto consente di riscontrare reazioni o apprezzamento immediato da parte dei consumatori di sostanze.

2. La distribuzione del materiale, oltre a costituire uno strumento per la riduzione del danno, deve mirare ai seguenti obiettivi:
  - a. rinforzo dei messaggi di prevenzione e cura di sé;
  - b. attivazione delle risorse personali ed aumento della percezione del rischio.
3. Il materiale deve essere disponibile in idonea quantità e per soddisfare bisogni immediati. La consegna deve essere occasione per discutere con i consumatori le tematiche concernenti i rischi, la cura di sé, ecc..
4. Le attività di distribuzione del materiale di profilassi devono essere adeguatamente preparate e concordate con le autorità locali e con le forze dell'ordine, tenendo conto dell'impatto e dell'eventuale modificazione ambientale.
5. I materiali distribuiti dalle unità di strada comprendono siringhe sterili monouso, acqua distillata, fazzolettini disinfettanti, filtri sterili, profilattici, acido ascorbico/citrico, naloxone.

### **Strutture intermedie a bassa soglia**

1. Le strutture intermedie a bassa soglia sono servizi specifici per i consumatori attivi di droghe pesanti, in particolare per quelli che non hanno contatti con i SerT e, più in generale, per quelli che hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primaria e secondarie (famiglia, amici, lavoro), pur avendo rapporti con i servizi.
2. Le strutture consentono un'accoglienza non selezionata; hanno cioè l'obiettivo di fornire risposte agli specifici problemi che la persona tossicodipendente rivolge alla struttura in un determinato momento.
3. Nelle situazioni tipiche, l'offerta di servizi include possibilità di riposarsi, lavarsi, mangiare, ricevere consigli per la riduzione di ulteriori danni fisici e sociali; in questo senso la struttura intermedia offre spazi alternativi alla logica della strada nei quali il consumatore possa: a) recuperare il suo stato di salute psico-fisica, ma anche una propria integrazione sociale (quartiere, famiglia, amici, lavoro); b) acquisire capacità attive di auto-difesa tramite metodologie come auto-mutuo-aiuto, supporto ed educazione tra pari.
4. Nella struttura intermedia, in quanto luogo di sosta e non solo di passaggio, che può aiutare il consumatore ad emanciparsi dalla logica della strada, l'operatore deve avere la capacità di essere presente - senza interferire - e di rispettare i tempi del consumatore.
5. Il rapporto col SerT, anche se non strutturato, deve essere ben visibile, in modo da facilitare l'eventuale accesso ad un programma di trattamento (farmacologico o drug-free); deve esistere un collegamento funzionale con i servizi della ASL, dell'Ente locale, dell'associazionismo e del volontariato e con gli altri interventi finalizzati alla riduzione del danno, in particolare con le unità di strada.
6. Le strutture intermedie agiscono in regime diurno, ma possono prevedere una ospitalità notturna, da individuare come transitoria; devono essere dotate di un regolamento con poche ma chiare regole, che riguardino le garanzie per la convivenza e siano discusse e riformulate con i destinatari perchè siano sentite dagli utenti come proprie e vantaggiose.
7. Le strutture intermedie devono offrire prestazioni e consulenze sanitarie, counseling, consulenza legale, servizio mensa, laboratori, gruppi, possibilità di brevi soste, ecc.; le prestazioni e la attività offerte devono essere adeguate al contesto in cui opera la struttura ed ai bisogni dei destinatari.
8. Gli operatori possono essere di diversa provenienza, professionalità e formazione (medici, psicologi, educatori, opinion leader, mediatori culturali), in relazione alle caratteristiche specifiche che assume la struttura nel contesto locale in cui è progettata.
9. L'équipe delle strutture intermedie deve favorire il coinvolgimento di forze dell'ordine, popolazione del quartiere, cittadini leader disponibili a collaborare ed a fare opera di mediazione.

10. La progettazione e la gestione di una struttura a bassa soglia può essere affidata ad un SerT, ad un ente del III Settore o in forma mista tra i due. In ogni caso è opportuno il coinvolgimento dei fruitori della struttura nella progettazione e nella gestione. La struttura dovrà essere collocata in luogo riservato, ma non isolato dal territorio, per evitare rischi di esclusione sociale, ma anche di scarsa utilizzazione da parte dei consumatori.

## **I farmaci sostitutivi nella riduzione del danno**

### ***a) metadone***

a. La somministrazione o prescrizione del metadone può avere varie finalità e non si inquadra unicamente nei programmi di riduzione del danno; gli obiettivi dell'uso del farmaco devono essere sempre ben chiari al medico che lo prescrive, anche se possono modificarsi, alla luce delle esigenze cliniche, nel corso di un medesimo programma.

b. Ogni programma metadonico deve evidenziare con chiarezza, possibilmente sulla base di una decisione dell'intera equipe e tenendo anche conto della dimensione organizzativa del servizio, il dosaggio del farmaco, la presenza e strutturazione di un supporto psico-sociale e il conseguente ruolo dei vari operatori, le regole da rispettare nel rapporto con il paziente, da commisurare alle sue specifiche esigenze e, comunque, escludendo un rapporto basato sulla passività dell'utente.

c. Il trattamento con metadone, quando indicato, deve essere iniziato dal servizio/progetto nel tempo più veloce possibile dalla richiesta del paziente (preferibilmente entro 24 ore e comunque in un arco di tempo inferiore ad una settimana); nel caso il trattamento non fosse ritenuto indicato è necessario proporre eventuali trattamenti alternativi, motivandoli al paziente e, in ogni caso, assicurando tutte le misure necessarie a mantenere il contatto.

d. Durante il trattamento è opportuno effettuare periodicamente controlli urinari dei metaboliti delle sostanze d'abuso, esami ematochimici, visite mediche. La periodicità di tali accertamenti clinici e di laboratorio va stabilita a seconda della tipologia del programma, delle condizioni del paziente e dell'andamento del trattamento. Gli accertamenti relativi alla presenza di sostanze d'abuso hanno finalità clinica (valutare le condizioni complessive del paziente rispetto alle sostanze) e non repressiva (sospendere il trattamento in caso di positività, diminuzione del dosaggio, ecc.).

e. Il trattamento, per modalità e dosaggio, deve coinvolgere attivamente il paziente e deve avere il suo consenso informato. Le variazioni del trattamento devono, in linea generale, essere concordate con il paziente. Solo in caso di comportamenti aggressivi, minacciosi o violenti o in presenza di attività illegali all'interno del Servizio si potrà valutare la sospensione del trattamento, sempre, comunque, indirizzando il paziente ad un altro tipo di trattamento. Non appare opportuno, salvo casi particolari e a differenza di quanto può avvenire in trattamenti con metadone aventi altre finalità, procedere all'affidamento del farmaco.

f. La somministrazione di metadone con finalità di "riduzione del danno" dovrebbe preferibilmente avvenire in una sede diversa o, per lo meno, distinta, da quella dei trattamenti "drug-free" o degli interventi su persone meno compromesse (es.: giovani adolescenti).

g. Nell'organizzazione del servizio/programma particolare attenzione deve essere rivolta all'ambiente interno ed esterno, alle aggregazioni di pazienti nelle immediate vicinanze del Servizio ed ai problemi che tali aggregazioni creano alla cittadinanza. Un ruolo di controllo e vigilanza appare spesso opportuno.

h. Il trattamento metadonico con finalità di "riduzione del danno" ("a bassa soglia") deve essere accompagnato da interventi finalizzati a incidere sui comportamenti a rischio del singolo tossicodipendente e del gruppo tossicodipendenti.

i. Il trattamento metadonico va valutato sia in termini di risultati sulle problematiche della singola persona che di effetti sulla tutela della salute pubblica.

### ***b) LAAM (levo-alfa-acetilmefadolo)***

Un'alternativa al trattamento con metadone può essere rappresentata dal trattamento con LAAM, agonista degli oppiacei a lunga durata d'azione, che per le particolari caratteristiche farmacologiche, può essere somministrato tre volte la settimana.

L'operatore, pertanto, dovrà valutare per quali pazienti sia più opportuno, stabilita la necessità di un trattamento farmacologico, instaurare un trattamento con metadone o con LAAM.

### ***c) buprenorfina***

1. La buprenorfina è caratterizzata da una scarsa potenzialità di abuso, dalla induzione di un basso grado di dipendenza, dalla facilità di sospensione e da un ridotto rischio di overdose; associa caratteristiche agoniste ed antagoniste, ha un buon assorbimento per via sublinguale ed ha un potenziale effetto sulla auto - somministrazione di cocaina.

2. L'affinità della buprenorfina per i recettori agli oppiacei e la lenta dissociazione da questi siti ne giustifica la lunga durata d'azione, per cui è possibile la sua somministrazione anche ogni 48-72 ore senza problemi per il paziente.

3. I pazienti caratterizzati da una particolare gravità della dipendenza possono trovare più difficoltà a stabilizzarsi in un programma di trattamento con buprenorfina, rispetto ad uno con il metadone.

4. I pazienti particolarmente adatti al trattamento con buprenorfina sono quelli caratterizzati da una gravità intermedia della dipendenza (misurata sul livello di compromissione delle diverse aree dello stato sociale, psichico e comportamentale).

5. Scelte successive del trattamento possono essere orientate sulla base delle risposte ai diversi trattamenti, anche perché la buprenorfina rende agevole il passaggio ai trattamenti con agonisti o antagonisti puri. Dopo la sospensione del farmaco è possibile, ove il medico lo ritenga opportuno, passare ad un trattamento con naltrexone.

6. Il passaggio da buprenorfina a metadone può essere effettuato senza particolari problemi in ogni momento, facendo soltanto attenzione all'equivalenza delle dosi. Il passaggio da metadone a buprenorfina è possibile, ma più problematico perché espone all'insorgenza di sindromi astinenziali; è consigliabile quindi attuare questo passaggio a dosaggi di metadone non superiori ai 30-40 mg, somministrando la buprenorfina ad un certo tempo dall'ultima dose di metadone (ad esempio, quando compaiono i primi sintomi astinenziali). Questa azione terapeutica va ovviamente intrapresa coerentemente con gli obiettivi del programma terapeutico, in accordo con il paziente che deve essere informato degli eventuali rischi e possibili insuccessi.

7. È possibile che la buprenorfina sia indicata in situazioni di abuso combinato cocaina-eroina.

### **Attivazione delle risorse dei consumatori**

a. I tossicodipendenti stabilizzati, in trattamento farmacologico, ma anche i tossicodipendenti attivi possono essere una preziosa risorsa negli interventi di riduzione del danno.

b. Essi possono essere utilizzati nei servizi territoriali, in modo continuativo o secondo il bisogno, come singoli o gruppi auto organizzati, di auto-aiuto o di interesse e di informazione, incentivandoli anche attraverso contributi in denaro per il tempo impiegato nel lavoro comune con i servizi.

c. I servizi devono incentivare e favorire la formazione di questi gruppi per avere un rapporto continuo con il territorio e i luoghi del consumo, per fornire e per ricevere informazioni indispensabili in tempo reale.

d. I tossicodipendenti stabilizzati o attivi condividono abitudini, comportamenti, linguaggio, cultura collettiva, spesso valori, luoghi di ritrovo nonché quotidianità di presenza, e per questo garantiscono maggiore facilità di rapporto, garanzia di trasmissione di messaggi, possibilità di accesso e di lavoro in luoghi ed ambienti altrimenti preclusi.

e. Nella strategia di riduzione del danno le risorse dei consumatori possono essere valorizzate per la diffusione di informazioni sul sesso sicuro e la prevenzione delle patologie collegate a comportamenti a rischio, sull'uso sicuro di droghe, per favorire l'abitudine a consumare in gruppo, per l'immissione di messaggi sulla particolare qualità delle sostanze in circolazione.

f. È necessario, nell'ottica di utilizzo dei tossicodipendenti stabilizzati o attivi, individuare gli opinion leader e creare con essi un rapporto privilegiato, incentivando i gruppi di auto aiuto e di supporto tra pari come strumenti nuovi per il contatto e l'eventuale trattamento dei tossicodipendenti cosiddetti storici.

### **Prevenzione della mortalità per overdose**

1. Le premesse indispensabili alle azioni che possono essere intraprese in questo campo sono la sensibilizzazione e la formazione degli operatori interessati, attraverso specifiche iniziative.

2. La formazione degli operatori deve puntare soprattutto sulla conoscenza delle situazioni maggiormente a rischio di mortalità per overdose, nelle quali la tolleranza agli oppiacei viene a ridursi (interruzione di un programma residenziale drug-free, recente scarcerazione, interruzione di un programma con antagonisti, utenti con rapporto continuativo con il SerT inferiore all'anno).

3. I programmi devono prevedere la diffusione di informazioni e la realizzazione di attività educative, specialmente nei confronti dei gruppi a rischio.

4. Gli interventi sui dipendenti da eroina sono utilmente completati dalla fornitura di fiale di naloxone (confezionata in modo che possa essere sempre a portata di mano - ad es. all'interno di un portachiavi o simili). La consegna della fiala deve sempre essere accompagnata da un adeguato intervento di counseling con adatto materiale informativo.

5. Sarà poi utile fornire informazioni tempestive sui quantitativi di principi attivi rintracciati nelle sostanze sequestrate e sulla composizione delle sostanze da strada presenti sul mercato, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di tossicodipendenti anche tramite i "giornali di strada".

6. È necessario potenziare le attività di monitoraggio epidemiologico sul fenomeno e sulle altre cause di morte nei tossicodipendenti, coinvolgendo adeguatamente i dipendenti da eroina.

### **Il counseling**

1. I Servizi devono dotarsi di strumenti di consulenza e intervento flessibili, anche brevi nella durata e finalizzati ad obiettivi specifici, monitorabili anche da operatori non laureati. Le strategie di counseling sono facilmente adattabili ad una varietà di contesti di trattamento e raggiungono un vasto range di disturbi legati alle sostanze.

2. È opportuno che il counseling sia utilizzato:

- in forma sia individuale che di gruppo, allo scopo di aumentare la frequenza ai Servizi e di migliorare l'efficacia degli interventi farmacologici;

- programmando sia interventi di gruppo strutturati in senso socio-educativo, limitati nel tempo, sia gruppi di problem solving semi-strutturati.
3. L'operatore deve essere in grado di valutare quali tipologie di counseling utilizzare in relazione al problema specifico ("intervista motivazionale" per stimolare il cambiamento di uso di sostanze e comportamenti relativi; tecniche di case management, per interventi più centrati su obiettivi specifici; tecniche spazio-verbali per interventi su soggetti particolari - bassa scolarità, minoranze, ecc. -).
  4. Il counseling dovrebbe avere come obiettivi prevalenti il coordinamento della cura, l'utilizzo della relazione, la facilitazione delle risorse del paziente.
  5. Training e supervisione sono importanti quanto il counseling stesso, per cui sono necessarie attività di formazione specifica, intensa e continuativa (supervisione), anche allo scopo di gestire il burn-out degli operatori. È opportuno l'affinamento delle capacità di screening diagnostico (ad esempio sulla comorbidità psichiatrica) dei counselor, anche non professionali. Appare utile addestrare anche gli infermieri professionali dei Ser.T.
  6. I medici di medicina generale devono essere in grado di evidenziare e discutere con i pazienti i problemi correlati all'uso di alcool e droga durante la loro pratica quotidiana.
  7. La diffusa presenza di immigrati extracomunitari, europei e non europei, rende opportuno adottare specifiche modalità di counseling per ridurre le barriere comunicative sociali, culturali e razziali, favorendo l'incontro tra operatori, servizi ed utenti di diverse culture.
  8. Devono essere migliorati gli interventi di counseling rivolti agli adolescenti, realizzando programmi di training per preparare i counselor scolastici alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla consulenza dei soggetti a rischio di abuso.

### **Riduzione del danno e detenzione**

1. È opportuno ripensare il modello assistenziale e terapeutico dei tossicodipendenti in carcere anche nell'ottica della riduzione del danno. Tenuto conto della legge di riforma della medicina penitenziaria, che assegna ai Ser.T la responsabilità della tutela della salute dei tossicodipendenti in carcere, è necessario individuare correttamente i dati di riferimento in merito:
  - alla reale popolazione tossicomane carceraria;
  - al flusso detentivo per realtà penitenziarie;
  - all'incidenza dell'alcolismo;
  - all'attendibilità dei dati svincolati dalla autodichiarazione di tossicodipendenza.
2. È altresì necessario che vengano implementati:
  - modelli più rapidi di presa in carico del detenuto, al fine di evitare sindromi astinenziali;
  - superamento della disparità di interventi farmacologici in regime detentivo;
  - trattamenti farmacologici sostitutivi, incentrati sul principio della continuità terapeutica concordati e condivisi col detenuto tossicodipendente;
  - trattamenti farmacologici con antagonisti, funzionali alla prosecuzione dell'assistenza post-detentiva;
3. Nelle strutture carcerarie deve essere avviata la costituzione di una "area di osservazione" necessaria ad una migliore capacità diagnostica storicizzata del detenuto.
4. Occorre procedere ad un aumento della diffusione di strutture penitenziarie "a custodia attenuata" per setting terapeutici più efficaci.
5. Devono essere attivati interventi di prevenzione, informazione ed educazione mirati alla riduzione dell'incidenza delle patologie connesse all'eventuale uso di sostanze, alla promiscuità, a comportamenti sessuali "a rischio", anche mediante la distribuzione, in



modo riservato, di presidi sanitari (profilattici, siringhe monouso, materiale per la disinfezione, ecc.).

6. È indispensabile un miglioramento dell'assistenza agli extra comunitari e/o agli immigrati illegali, prima, durante e dopo il periodo detentivo.

7. Deve essere messo in moto un processo di integrazione e collaborazione tra struttura penitenziaria ed Istituzioni che ruotano intorno "all'individuo" detenuto.

### **I tossicodipendenti extracomunitari**

1. La soglia di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e trattamento deve essere mantenuta bassa, riducendo al minimo le incombenze e le richieste burocratiche per accedere ai servizi sanitari ed ai trattamenti, pur operando in conformità alle norme vigenti.

2. La collaborazione tra i servizi e le forze dell'ordine e le amministrazioni locali deve essere stimolata per conciliare le necessità di controllo con quelle di salvaguardia delle condizioni di salute.

3. Occorre predisporre modalità di informazione e diffusione delle conoscenze che tengano conto delle differenze culturali e delle difficoltà linguistiche attraverso strumenti elaborati e costruiti in modo da creare una sorta di mappa d'aiuto multietnica – o multilingue - che possa orientare anche chi non conosce sufficientemente la nostra lingua ed il nostro sistema di intervento socio - sanitario. La presenza, adeguata dal punto di vista qualitativo e quantitativo, di *mediatori culturali* deve essere, a tal fine, esplicitamente prevista nel progetto.

4. Strumento insostituibile per la diffusione delle informazioni sulla reale possibilità di accedere a servizi di assistenza e trattamento, senza correre il rischio di essere perseguiti ed in ottemperanza ai valori fondamentali di rispetto dei diritti dell'uomo, sono i canali di comunicazione interni ai gruppi extra - comunitari (cosiddetto "tam-tam"), tipici delle culture di recente inserimento.

5. Accanto ai programmi terapeutici e ai trattamenti farmacologici fondamentali è necessario, anche per i cittadini stranieri, pianificare e condurre interventi di educazione alla salute e di screening (test sierologici per HIV, HBV, HCV e cutanei per TBC), diagnosi e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, con particolare riferimento alle infezioni connesse allo scambio di siringhe (MST, HIV, HCV). Tutti gli interventi necessitano del consenso informato e devono essere accompagnati da una attività di counseling che rispetti le differenti culture delle persone a cui ci si rivolge.

6. Un obiettivo prioritario deve essere la riduzione dell'"area del sommerso", cioè della popolazione che non si rivolge ai Servizi, al fine di entrare in contatto con il maggior numero di soggetti e di orientarli ad una fase terapeutica il più stabile possibile.

7. Il metadone e gli altri farmaci sostitutivi devono essere disponibili con le stesse regole ed indicazioni degli altri utenti.

8. Una priorità dell'intervento deve essere il miglioramento della qualità di vita, specie dei soggetti senza fissa dimora ed in difficoltà. Ove ve ne fosse richiesta e necessità occorre organizzare servizi di rimpatrio.

9. È necessario uno sforzo formativo specifico, in particolare, per gli operatori delle Unità mobili e del lavoro di strada, allo scopo di facilitare il contatto con l'utenza extracomunitaria attraverso tecniche che consentano di trasmettere informazioni, facilitare la comunicazione, l'aggancio e la relazione d'aiuto.

10. Il livello della sanità pubblica, regionale e locale, dovrebbe svolgere un ruolo di mediazione sociale e di comunicazione, al fine di modificare la percezione sociale nei

confronti del consumatore/tossicodipendente extracomunitario e ridurre la tensione ed il pregiudizio tra le differenti culture.

### **Riduzione del danno alcoolcorrelato**

1. La specifica caratteristica dell'alcool in quanto sostanza psicotropa legale pone particolari esigenze agli interventi di riduzione del danno alcoolcorrelato.

2. Operare nel senso della riduzione del danno in campo alcoolico significa, posta l'evidenza scientifica delle correlazioni esistenti tra consumo di alcool e specifici danni a livello fisico, psicologico e sociale, impegnarsi per diffondere la consapevolezza di tali correlazioni al fine di facilitare la scelta di comportamenti adeguati da parte degli individui e nel contempo favorire l'organizzazione di contesti ambientali, sociali e istituzionali in grado di perseguire obiettivi di diminuzione del rischio.

3. Premessa fondamentale di un intervento finalizzato alla riduzione del danno alcoolcorrelato deve essere quindi una rigorosa categorizzazione della gerarchia dei rischi fisici, psicologici e sociali connessi con determinati comportamenti di consumo o di abuso, e pertanto una conoscenza altrettanto rigorosa dei diversi contesti sociali e ambientali in cui tali rischi si possono materializzare come specifico danno a livello individuale e sociale, ai fini di consentire agli individui, nonché alle istituzioni che ne hanno la competenza, di attuare le scelte più adeguate.

4. Dal carattere legale dell'alcool deriva il fatto che i contesti sociali ed ambientali esposti al rischio sono particolarmente diffusi e richiedono di conseguenza la dotazione di strategie di ampio respiro, che coinvolgono diversi ambiti istituzionali e sociali, anche lontani da quello più specificamente sanitario.

5. L'intervento di riduzione del danno alcoolcorrelato non si risolve in una riduzione dell'impegno preventivo, ma al contrario in una sua amplificazione. L'intervento di riduzione del danno implica quindi le seguenti tre dimensioni fra loro strettamente collegate:

6. Individuazione dei rischi (a livello fisico, psicologico e sociale) e relativa informazione e sensibilizzazione degli individui e delle istituzioni;

7. Implementazione di interventi di condizionamento e controllo ambientale e sociale ai fini della riduzione delle occasioni di rischio compatibilmente con l'assetto socioculturale in cui si opera;

8. Limitazione dei danni comunque sopraggiunti. Gli strumenti adottati dovranno pertanto prendere in considerazione le dimensioni soprariportate e si dovranno configurare non come interventi estemporanei, ma facenti parte di una strategia da attuare a livello territoriale, programmata dalle Strutture Sanitarie insieme alle Amministrazioni Locali ed alle Associazioni operanti nel settore.

9. Alcuni esempi di strumenti adottabili, già in uso in alcune realtà italiane ed europee sono:

10. Schede informative e di autovalutazione della salute, contenenti chiari riferimenti alle abitudini alimentari con specifico riferimento alle modalità del bere (culturalmente la bevanda alcoolica è un alimento), da compilare nelle sale di attesa dei Servizi socio sanitari e degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, nonché presso le sedi di enti e associazioni cui afferiscono grandi masse di popolazione. Tali schede dovranno contenere precise indicazioni sui luoghi in cui è possibile approfondire le problematiche eventualmente emerse in relazione alle proprie abitudini alimentari.

11. Note informative sull'interazione tra alcool e farmaci da distribuire da parte delle Farmacie.

12. Programmi di formazione specifica per operatori di vari ambiti potenzialmente connessi al consumo e all'abuso di alcool e in particolare di quelli afferenti al mondo della scuola e del lavoro.

13. Promozione nell'ambito dei programmi delle Autoscuole di insegnamenti alla guida sicura con specifici ed espliciti riferimenti al rischio correlato all'uso di bevande alcoliche da parte dei conducenti di autoveicoli.

14. Incentivazione di iniziative che proteggano dai rischi del danno acuto alcoolcorrelato (ad esempio, predisposizione di un servizio collettivo di trasposto per i frequentatori di discoteche; accordi con gestori di bar e altri ritrovi per la adozione di comportamenti e procedure di protezione nei confronti di coloro che si trovano in stato di alterazione psicofisica conseguente all'uso di alcool, etc.).

15. Implementazione di programmi di automisurazione dei consumi (per esempio: uso di "palloncini" usa e getta per una misurazione di massima del tasso alcolico nell'aria espirata) in situazioni di particolare rischio (ad esempio all'uscita dai luoghi di ritrovo prima di mettersi alla guida; prima di affrontare attività lavorative che richiedono particolare lucidità e prontezza di riflessi).

### **Nuovi utilizzi**

1. È fondamentale, per i servizi, identificare e monitorare il consumo di sostanze a livello territoriale individuando gli strumenti che, direttamente o indirettamente, possono fungere da indicatori precoci di nuove tendenze sia rispetto alle sostanze sia rispetto alle modalità di assunzione delle stesse.

2. Il monitoraggio delle sostanze deve consentire reazioni rapide rispetto alla presenza di nuove sostanze su un determinato territorio. Per un buon funzionamento di tale sistema è indispensabile la collaborazione delle Forze dell'Ordine. Un buon rapporto, purchè corretto, con i consumatori di sostanze può aiutare un loro coinvolgimento nelle iniziative, non solo come utenti, ma come potenziali "moltiplicatori" di informazioni corrette.

3. I programmi di intervento devono prevedere iniziative che aumentino la conoscenza e accrescano la consapevolezza sugli effetti, i rischi, le conseguenze a breve e a lungo termine dell'uso di sostanze. Tali iniziative richiedono una particolare cura tenendo conto che esse si rivolgono di solito a giovani poco più che adolescenti, i quali devono essere raggiunti con tutte le modalità possibili: a) momenti di aggregazione (festival, discoteche, raduni, ecc.); b) corsi scolastici curricolari; corsi di apprendistato e professionali; c) momenti di passaggio come la scuola guida, ecc.. È opportuno che i testi, i linguaggi, gli approcci e in generale le modalità di intervento si adattino alla tipologia degli utenti contattati, essendo sicuramente errato proporsi in modo identico a giovani non consumatori nei loro ambienti di scuola o di lavoro e a giovani consumatori nei loro luoghi di ritrovo.

I programmi devono prevedere iniziative specifiche di riduzione dei rischi collegati all'ambiente in cui vengono solitamente consumate le sostanze, al fine di prevenirne alcuni dei principali effetti negativi (colpo di calore, disidratazione, squilibrio idro-elettrolitico, ecc.). Per tale finalità è opportuno il coinvolgimento dei servizi delle A-USL preposti al controllo e alla sorveglianza dei luoghi di intrattenimento e divertimento. Ugualmente opportuno è, ovviamente, il coinvolgimento dei gestori di tali strutture e delle loro associazioni già previste, a livello nazionale, nell'ambito di un apposito protocollo.

### **Dimensione organizzativa**

1. Un'efficace strategia di riduzione del danno, all'interno di un territorio di ambito aziendale o cittadino, ha bisogno di diversi strumenti operativi: servizi specificamente orientati, strutture a bassa soglia, strutture di pronto intervento, unità di strada, drop in, presidi sanitari, centri di ascolto, nonché della disponibilità di risorse assistenziali.
2. Ad un'efficace strategia di riduzione devono, pertanto, partecipare più soggetti, con le rispettive competenze e specificità, SerT, Enti Accreditati, Comuni, Enti Istituzionali, Associazioni di Volontariato, Gruppi di Auto-aiuto, Gruppi di Pari, che costituiscono la rete di intervento e contrasto nelle politiche di riduzione del danno; il coordinamento tecnico della rete, indispensabile per un suo corretto funzionamento, è posto all'interno del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche.
3. Ogni soggetto deve operare con pari dignità, sulla base di un costruttivo rapporto collaborativo, di una specifica programmazione e definizione delle competenze e degli obiettivi.
4. La presenza in uno stesso ambito territoriale di più SerT rende opportuno che essi, mantenendo ciascuno le proprie competenze di base, differenzino le proprie offerte specialistiche e che almeno un servizio attui gli interventi propri della riduzione del danno.
5. Anche gli Enti Accreditati possono attuare interventi di riduzione del danno, purchè tali interventi non snaturino le proprie specificità e le abilità degli stessi.
6. Nell'organizzare un intervento di riduzione del danno bisogna tenere conto dell'impatto ambientale, sia del contesto su cui si intende operare e sul quale si intende incidere, sia delle (inevitabili) modificazioni che l'intervento determinerà in quel contesto, tanto come presenza di tossicodipendenti quanto come reazione dei cittadini.
7. L'attivazione di interventi di riduzione del danno, in particolare quelli territoriali, di strada, deve prevedere accordi preliminari con le Forze dell'Ordine e con le autorità cittadine.

## **Formazione**

1. Promuovere e curare negli operatori e nei servizi una cultura di attenzione complessiva alla persona in modo che la riduzione del danno risulti un'attività organica e interna alle funzioni dei servizi.
2. Sviluppare le capacità di lettura della realtà territoriale e di progettazione secondo i bisogni collettivi ed individuali.
3. Focalizzare la massima attenzione alla coesione del gruppo di lavoro, alla capacità di lavorare assieme, alla individuazione e condivisione degli obiettivi, degli strumenti e delle modalità operative.
4. Evitare improvvisazioni ed approfondire con attenzione i temi nuovi e i settori su cui si intende intervenire, utilizzando le esperienze disponibili e la letteratura scientifica internazionale.
5. Privilegiare il personale motivato e convinto al di là dei rigidi schemi professionali.
6. Utilizzare le esperienze, le conoscenze e i rapporti degli ex tossicodipendenti o dei tossicodipendenti stabilizzati.

**Roma, Novembre 2000**

## APPENDICE

---

### **Interventi innovativi**

Come in tutti i campi della medicina e dell'intervento sociale, anche nel settore della riduzione del danno vi è una continua evoluzione di conoscenze e, specie in alcuni Paesi del Centro-Nord Europa, un susseguirsi di ricerche ed esperimenti riguardo ad approcci innovativi, destinati, ovviamente, ad intervenire sui problemi e sulle persone non ancora sufficientemente affrontati con gli approcci "tradizionali" descritti nei capitoli precedenti.

Si tratta, come è ovvio, di esperienze limitate e recenti e dalle quali non è possibile ricavare "raccomandazioni" per un utilizzo di routine, scopo precipuo di queste linee guida. Tuttavia, questi interventi sono, comunque, attentamente osservati dagli esperti e dai politici di molti Paesi, come emerso anche nella recente Conferenza Interministeriale del Consiglio d'Europa. È pertanto, opportuno che queste esperienze vengano conosciute sia nel mondo degli operatori che dei "policy-makers" regionali e locali, sia in vista di approfondimenti culturali (oggi facilitati dalle tecnologie di comunicazione elettronica come Internet), sia perché, prima o poi, almeno per una parte delle iniziative "innovative" saranno disponibili evidenze di efficacia e occorrerà provvedere all'allestimento di servizi.

È anche il caso di sottolineare che riguardo alla adozione degli approcci descritti in seguito sussistono nel nostro Paese problematiche di natura legale, quando non espressi divieti, che vanno preliminarmente affrontati a livello di discussione legislativa e amministrativa.

### **Prescrizione medica di eroina**

La prescrizione di eroina e di oppioidi iniettabili ha una lunga tradizione nel Regno Unito, giudicata, però, scarsamente valutabile; uno studio controllato condotto agli inizi degli anni '80 evidenziava un lieve incremento della ritenzione in trattamento rispetto al metadone per via orale, ma concludeva per un equilibrio di vantaggi e svantaggi in entrambi i trattamenti.

Di maggiore interesse perché più recenti sono le esperienze di altri Paesi, come la Svizzera e l'Olanda, rivolte a pazienti con notevole compromissione e non inseribili in altri programmi di trattamento dei servizi di quei Paesi.

L'esperimento svizzero, in particolare, attrae l'attenzione di molti esperti. Tra i risultati emersi con certezza da questo esperimento si possono citare:

1. la dimostrazione della fattibilità di trattamento con eroina di tossicodipendenti con schema di somministrazione endovenosa tre volte al giorno;
2. la accettabilità del trattamento da parte di tossicodipendenti non disponibili al trattamento con metadone, con evidenze di miglioramento in termini di funzionalità sociale;
3. la evidenza, in un buon numero di pazienti, di significativi miglioramenti sul piano psico-fisico generale.

Altri tipi di risultati sono più discussi, mentre rimane del tutto aperta la problematica circa un uso del farmaco su una quota più rilevante di tossicodipendenti.

Ulteriori sperimentazioni dovrebbero essere in grado di chiarire una parte delle questioni irrisolte; tuttavia, secondo alcuni esperti, le reazioni prodotte (a favore o contro) da questi approcci sono poco giustificate dal punto di vista delle caratteristiche puramente farmacologiche dell'eroina e possono essere ricondotte, almeno in parte (sia presso gli esperti che presso i pazienti) alle ripercussioni psicologiche provocate dalla coincidenza tra la sostanza d'abuso e quella di trattamento.

## Sale di iniezione

Questo tipo di progetti, particolarmente attivi a Francoforte, in Svizzera, Olanda e nel Regno Unito (sono in discussione anche in altri Paesi), consiste, in pratica, nell'allestimento di locali con supervisione sanitaria (di solito di paramedici o altri operatori), dove è consentito ai tossicodipendenti di auto somministrarsi le sostanze in condizioni di maggiore sicurezza e osservazione, in alcuni casi sulla base di una registrazione formale come utenti del servizio; spesso sono stabilite ulteriori regole e limitazioni di età. Gli obiettivi prevalentemente dichiarati di questi interventi sono la diminuzione delle overdose infauste e l'uso più sicuro.

La valutazione dei risultati ha messo in evidenza la possibilità che vengano eseguite un notevole numero di somministrazioni di droga senza incidenti di una certa gravità; si ritiene anche che vi sia una riduzione delle problematiche di danno sociale nelle zone di maggiore prevalenza del consumo di droghe.

A differenza degli altri approcci di riduzione del danno (inclusi quelli innovativi), la compatibilità legale di questi programmi rispetto alle convenzioni internazionali sugli stupefacenti è piuttosto discussa. Tuttavia, come riportato anche nel capitolo sulle strutture intermedie, la differenza tra i vari tipi di servizio dipende in gran parte dal sistema di regole interne, dalla sua applicazione, dal rapporto tra operatori e utenti, piuttosto che da visioni astratte dell'intervento.

## Analisi delle sostanze

Dai risultati delle analisi di laboratorio delle pillole vendute come ecstasy in Europa nel 1997 emerge una considerevole variabilità della composizione (fino a 67 tipi differenti di pillole); una quota rilevante di pillole presenta delle impurità, oppure ha un principio attivo differente da quello per cui è stato acquistato; inoltre la quantità di principio attivo non è mai costante (si passa da pillole contenenti 2 mg di principio attivo, *Pink crown*, a pastiglie che invece ne contengono 160 mg, *Dolphin*) e il principio attivo può essere MDMA, MDEA, MDMB, amfetamina e addirittura solo caffeina (*Angel*).

I rischi legati a questa situazione sono evidenti e le esperienze di altri paesi europei ed extra-europei dimostrano l'utilità di predisporre una forma di monitoraggio; tale monitoraggio va effettuato da laboratori certificati con metodologia rigorosamente scientifica e, in alcuni progetti sperimentali, è possibile pervenire ad analisi di sostanze su richiesta dei consumatori. Unitamente all'analisi vera e propria delle polveri, vengono spesso predisposti anche interventi informativi (a livello nazionale o, più spesso locale) che evidenziano le caratteristiche di incontrollabilità – artigianalità del mercato di queste sostanze e i pericoli che possono derivare dall'uso di specifiche pastiglie o preparazioni; tali messaggi sono da un lato finalizzati a scoraggiare chi produce e vende le sostanze più pericolose, e, al contempo, lanciano messaggi chiari di avvertimento e riduzione del danno al consumatore.

L'utilità di questi dati non è limitata al campo delle "nuove droghe" o delle droghe di sintesi, ma può essere estesa alla prevenzione della mortalità da overdose, per mezzo della conoscenza della composizione e purezza delle preparazioni di eroina.

Le vigenti disposizioni di legge rendono al momento molto problematico l'avvio in Italia di questo tipo di percorsi, e, pertanto, l'unica via parzialmente praticabile (peraltro assai meno valida dal punto di vista del potenziale informativo) è quella di una più precoce e diffusa disponibilità (per gli operatori e per i consumatori) dei dati in possesso delle Forze dell'ordine, che possono avvalersi dell'analisi delle sostanze sequestrate.

## **Quadro Europeo**

### ***Austria***

La riduzione del danno in Austria è da molti anni largamente accettata come elemento fondamentale della politica rivolta alla lotta all'abuso di stupefacenti.

I tossicodipendenti sono considerati malati con diversi ordini di problemi a cui devono utilmente corrispondere servizi diversi e specifici. I programmi socio-sanitari hanno priorità sulla politica repressiva.

I primi servizi di bassa soglia sono nati verso la fine degli anni '80 e vanno da servizi che si occupano della re-integrazione sociale a servizi di prevenzione per le malattie infettive (HIV ed epatite); i programmi prevedono l'offerta del test HIV e la vaccinazione per l'epatite B.

Dal 1998 il trattamento sostitutivo è regolarmente adottato in caso di abuso di stupefacenti (eroina) in accordo con il principio di terapia invece che di punizione.

In alternativa al metadone è prescrivibile morfina a lento rilascio; mentre in caso di gravidanza viene utilizzata la buprenorfina anche alla luce di recenti studi che ne hanno indicato la sicurezza e la validità farmacologica.

Una recente attività di riduzione del danno prevede l'analisi chimica delle pastiglie rinvenute durante i "Raves" con la collaborazione dei giovani consumatori; questo progetto chiamato "ChEckIT" sta avendo successo anche perchè accettato dai giovani consumatori.

### ***Belgio***

In Belgio le misure governative volte alla riduzione del danno, non sono solo limitate all'accesso alla terapia sostitutiva con metadone, ma includono:

1. accesso ai materiali di prevenzione: siringhe disponibili presso le farmacie e programmi di scambio di siringhe;
2. accesso informativo: divulgazione di materiale informativo con il supporto delle autorità regionali in qualsiasi parte del paese.

Le più recenti linee guida prevedono indicazioni cliniche per la prescrizione e non restrizioni o punizioni, per cui il tossicodipendente viene considerato un malato da curare e non un deviato da sorvegliare o punire.

La terapia sostitutiva con metadone, prima della "Consensus Conference" del 1994, era praticamente limitata alla parte francofona.

I regolamenti e le indicazioni al trattamento con terapia sostitutiva a base di metadone sono stati determinati da un gruppo di esperti nel 1994 ("Consensus Conference").

Il metadone, entro limiti ristretti, è prescrivibile dai medici generici, ma esistono anche programmi a bassa soglia per l'accesso al metadone.

Attualmente i medici prescrivono su ricettario comune indicando la dose in lettere.

La terapia sostitutiva con metadone è indicata per persone tossicodipendenti da eroina o da derivati oppioidi. La diagnosi di dipendenza è basata sulla assunzione e sull'esame clinico ed è supportata da accertamenti chimici, come ad esempio il dosaggio urinario di sostanze.

I criteri di inclusione per accedere alla terapia con metadone comprendono:

1. età  $\geq$  18 anni;
2. storia di tossicodipendenza da eroina da almeno 1 anno;
3. tentativi falliti di sospensione spontanea e/o assistita.

Se sono presenti anche patologie psichiatriche (conseguenti a poliassunzione di droghe, alcoolismo, depressione, psicosi, ecc.) i pazienti richiedono un approccio specifico ed un trattamento adatto.

La gravidanza non è una controindicazione ma richiede una specifica ed attenta valutazione.

Come conseguenza di alcuni recenti episodi di intossicazione infantile accidentale con metadone consegnato a domicilio, sono stati proposti flaconcini con chiusura a prova di bambino.

Per quanto riguarda la diffusione delle infezioni da HIV in Belgio, tra i consumatori di droga la prevalenza è attualmente bassa, se comparata alla Spagna, all'Italia, alla Francia, al Portogallo ed all'Olanda.

### ***Danimarca***

Sono attivi Servizi a bassa soglia che includono Centri di ingresso, alloggio e Centri di accoglienza. I tossicodipendenti senza casa possono soggiornare in questi centri per brevi o lunghi periodi. La regola generale è che al loro interno non è consentito l'uso di droghe o alcool. Tali Centri sono sovvenzionati da enti pubblici e gestiti dalle autorità o da organizzazioni private.

Per quanto attiene l'introduzione di "camere per iniezione", il Ministero della Sanità ha consultato il Consiglio di Controllo Internazionale sui Narcotici e non si è giunti ancora a una decisione.

Il metadone è principalmente utilizzato come terapia sostitutiva per i tossicodipendenti da eroina. La prescrizione dal 1996 è sotto la diretta responsabilità dei medici generici e dei medici impiegati nei centri di trattamento.

Il trattamento con metadone è stato impiegato a partire dagli anni '70 ed il farmaco era prescrivibile esclusivamente dai medici generici. A partire dal 1995 la terapia con metadone è stata decentrata e la dispensazione e le misure di controllo sono cadute sotto la responsabilità delle contee.

Quando un tossicodipendente è selezionato per il trattamento, sono applicate le seguenti linee guida: l'eroinomane entra in terapia sostitutiva con metadone se fa uso di oppioidi da molti anni e se è motivato a sospendere l'abuso illegale di oppioidi. La Danimarca fornisce metadone ai detenuti tossicodipendenti.

### ***Finlandia***

Le misure per la riduzione del danno in Finlandia sono state incrementate in conseguenza dell'epidemia AIDS nel 1998 tra i consumatori di eroina. La condotta politica Finlandese riconosce la riduzione del danno come fine per abbattere il problema della droga.

Nel biennio 1997-98 sono stati stimati circa 5.000 consumatori di eroina. Tuttavia il problema maggiore è costituito dai consumatori di amfetamine, il cui numero, se comprensivo dei consumatori di oppioidi, è stimato intorno a 14.700.

Il Ministero degli Affari Sociali e quello della Sanità hanno elaborato, a partire dal 1997, una serie di programmi rivolti alla riduzione del danno, coinvolgendo unità di cura, farmacie e forze dell'ordine.

Sono stati attuati programmi per lo scambio di siringhe in collaborazione con i farmacisti. I test per l'HIV e l'epatite sono gratuiti.

Il trattamento con sostituti dell'oppio (metadone e buprenorfina) è attualmente limitato e disponibile per circa 200 tossicodipendenti; il trattamento psicosociale e la vigilanza sono parte essenziale del programma di riabilitazione e cura.

### ***Francia***

Nonostante un ministro dell'attuale Governo ne abbia proposto l'abolizione, vige tuttora la legislazione del 1970, considerata restrittiva. All'inizio degli anni '90 era stato adottato, in via sperimentale, il trattamento con morfina, ma contemporaneamente si è verificato il boom delle prescrizioni di Buprenorfina (circa 60.000 eroinomani in trattamento con dosi da 8 mg a 16 mg).



La buprenorfina viene fornita dai farmacisti su prescrizione medica; in genere il rapporto fra i medici e i farmacisti è buono, ma questi ultimi lamentano la pressione da parte dei tossicodipendenti per ricevere dosaggi superiori. È limitata la prescrizione di buprenorfina in fiale per la quale vi sono indicazioni di possibile insorgenza di dipendenza. Sempre a proposito di buprenorfina, il confronto fra prescrizioni conferma il maggior impegno nei trattamenti psico-sociali da parte di questi ultimi, la cui clientela è in condizioni di maggiore gravità. Dal punto di vista tecnico, in Francia si segnalano difficoltà nel passaggio da trattamenti con metadone a dosi elevate a trattamenti con buprenorfina.

Il metadone è ora autorizzato ma le prescrizioni dei medici incontrano molte rigidità.

Si stima che circa 10.000 persone ricevano metadone, di cui il 90% è prescritto da specialisti.

Per quanto riguarda lo scambio di siringhe, si è avuto un notevole aumento di questa attività preventiva, ma la copertura non è comunque sufficiente.

Le attività più importanti vengono effettuate da associazioni di volontariato, soprattutto da "ASUD", un'associazione di consumatori.

### ***Germania***

Circa 21.000 persone sono state registrate alla polizia come tossicodipendenti all'inizio del 1999. Ultimamente questa cifra è aumentata del 60% nella ex Germania dell'Est.

L'attuale stima di tossicodipendenti da eroina, cocaina e amfetamine è di circa 100.000-150.000. La terapia sostitutiva con metadone è disponibile ovunque e il numero di persone trattate è elevato. Ci sono, comunque, differenze regionali per quanto riguarda l'accesso alla terapia sostitutiva.

Le mutue rimborsano solo parzialmente alcune spese (come i test delle urine). L'assistenza psico-sociale è disponibile e si avvale dei fondi governativi per la salute pubblica.

L'attività di scambio di siringhe è notevole, con una copertura a livello nazionale; in tre lander è previsto lo scambio di siringhe nelle carceri.

Una nuova legge nazionale offre ad ogni lander la possibilità di richiedere camere per il consumo della droga; in questi presidi la droga può essere auto-somministrata con sicurezza e senza condizioni di rischio per gli utenti. La città di Amburgo ha già fatto uso di questa opzione. Francoforte aveva già installato una camera senza una ben definita base legale.

Un progetto di ricerca sulla prescrizione di eroina è stato proposto e recentemente approvato. Il progetto, che include numerose città, partirà nel 2001.

### ***Grecia***

Sono attivi alcuni dispensari pubblici multidisciplinari che coprono, tuttavia, una quota del tutto insufficiente dei bisogni.

Esistono quattro centri che assistono circa 400 utenti. I medici di base non sono coinvolti nella distribuzione di metadone.

### ***Irlanda***

Negli ultimi tempi vi è stato un aumento rilevante degli eroinomani ammessi ai trattamenti metadonici, riservati comunque agli iniettori e non ai fumatori, proprio perché la misura è stata adottata nel quadro della Riduzione del Danno HIV/HCV e non come trattamento della dipendenza da eroina.

I medici irlandesi comunque sono restii ad accettare pazienti per prescrizioni metadoniche, tanto che presso il Ministero della Sanità è stato istituito un servizio ad hoc per incentivare l'adesione dei medici generici.

### **Lussemburgo**

Dal 1989, il Lussemburgo ha disposto un Programma Nazionale per lo scambio di siringhe. Sempre nel medesimo anno ha preso via il programma per la terapia sostitutiva con Metadone. Attualmente il numero di pazienti trattati è circa 186; mentre il numero totale di tossicodipendenti stimato è di 300-400.

È in via di approvazione un documento di modifica della attuale Legislazione sulla droga, risalente al 1973. In questo documento sono indicate le linee guida circa il trattamento sostitutivo e la creazione di camere sicure per l'iniezione di stupefacenti.

### **Norvegia**

La terapia sostitutiva con metadone è limitata alle persone HIV positive. Recentemente se ne è estesa l'applicazione agli eroinomani cronici (condizione di tossicodipendenza superiore ai 10 anni).

### **Olanda**

La politica olandese di intervento in tema di droga e di alcool si basa sulla minimizzazione dei rischi implicati nell'uso di queste sostanze. L'assistenza ai tossicodipendenti è parte integrante di questo intervento.

Il Ministero della sanità e dello sport è responsabile per la politica di aiuto e prevenzione in cooperazione con il Ministero per gli affari sociali e il Ministero della giustizia. Gli interventi per la riduzione del danno consistono nella terapia sostitutiva con metadone, nella distribuzione di siringhe pulite, di cibo e nei casi di necessità nell'ospitare i tossicodipendenti in case di cura.

In Olanda sono attivi 16 CAD (Consultori per Alcool e Droghe) con 130 sezioni distribuiti sul territorio. I CAD sono organizzazioni finanziate da 23 consigli locali sulla base di un contratto. Gli obiettivi dei CAD sono la prevenzione, il consulto e l'assistenza.

La terapia con metadone è considerata un programma a bassa soglia, in quanto richiede un impegno minimo da parte dell'utente; il dosaggio è gradualmente ridotto e il programma di terapia dura circa 6 mesi. Il metadone è distribuito nei CAD, nei centri di servizio per la salute pubblica, dai medici generici, nelle stazioni di polizia e nelle carceri.

Il numero di pazienti in terapia sostitutiva con metadone è stimato intorno a 11.000 (1996). Il compito della riabilitazione sociale è affidato ai CAD.

Altro intervento di riduzione del danno consiste nelle visite giornaliere di medici alle varie stazioni di polizia della città; i tossicodipendenti fermati sono visitati, si provvede a dar loro il metadone e viene svolta un'azione di informazione rispetto ai diversi trattamenti possibili.

Sono, inoltre, diffuse iniziative ad opera di servizi mobili di strada che forniscono metadone, siringhe e profilattici. Lo scambio di siringhe ad Amsterdam ebbe inizio nel 1984 ed attualmente aghi e siringhe possono essere venduti e distribuiti senza alcun impedimento legale.

L'Ecstasy è in tabella I, ma i Pubblici Ministeri hanno autorizzato la richiesta di consegna spontanea di "nuove pasticche" da parte dei giovani all'uscita dalle discoteche, onde effettuare in tempo reale, con apposito sistema, l'analisi chimica delle pasticche, individuando nuovi principi attivi ed informando i consumatori dei rischi legati all'assunzione.

In Olanda, i servizi ministeriali che si occupano di droga ed alcoolismo hanno anche una sezione per giocatori accaniti ("gamblers").

Esistono centri per il trattamento dei dipendenti da cannabis.

Dal 1998 è partito uno studio per la somministrazione controllata di eroina in 625 tossicodipendenti. Lo studio della durata di 6 mesi non ha presentato problemi e nel

Febbraio del 1999 questo studio è continuato con 750 pazienti in 5 città. I risultati saranno disponibili nel 2001.

### **Portogallo**

Il Portogallo attua diffusamente strategie di riduzione del danno che prevedono programmi a bassa soglia per la terapia sostitutiva con metadone e programmi di scambio delle siringhe.

I "CAT" (Centro appoggio tossicodipendenti) fanno ricerca sulla diffusione delle malattie infettive, distribuiscono i profilattici, tracciano le linee guida per il trattamento di pazienti HIV positivi, con epatite e/o tubercolosi.

Alcuni centri hanno specifici programmi a bassa soglia per la terapia sostitutiva con metadone.

Sia a Lisbona che ad Oporto, le organizzazioni collaborano con le municipalità nell'organizzazione di programmi a bassa soglia per la popolazione locale.

In queste città ci sono "Centri di rifugio" (chiamati "Boutique", "sleep-in") per cure mediche ed appoggio sociale ai tossicodipendenti di strada.

È attivo un programma nazionale di scambio di siringhe nelle farmacie, organizzato dall'Associazione Nazionale dei Farmacisti e dalla Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS.

### **Regno Unito**

L'eroina non è stata cancellata dalla Farmacopea, sia per l'opposizione dei pneumologi, sia per consentire il trattamento per un nucleo "duro" di poche centinaia di eroinomani. Oggi sono circa 300 i tossicodipendenti ancora sotto prescrizione di eroina e quasi tutti vivono a Londra. La distribuzione di metadone nelle farmacie, previa prescrizione da parte dei medici generici, è stata autorizzata da tempo. I medici generici che accettano di curare tossicodipendenti, ricevono modesti incentivi economici e possono avere la consulenza di uno psicologo per i colloqui quindicinali che dovrebbero avere con i propri pazienti sotto metadone.

La creazione di una buona relazione fra medici generici e servizi antidroga specializzati, come è avvenuto ad Edimburgo, ha portato ad una percentuale di sieroconversioni HIV molto più bassa rispetto ad altre città, ad esempio, a quella di Glasgow.

La formula adottata a Manchester ha riscosso un notevole successo: i medici generici si prendono carico dei casi più semplici ed inviano ai centri specializzati quelli difficili continuando a farsene carico per tutte le problematiche cliniche e riprendendoli quando i centri dichiarano che il paziente è in via di guarigione (diminuzione della dipendenza).

Dal 1986 esiste un'ampia rete di scambio siringhe a copertura nazionale; le farmacie, svolgono un ruolo fondamentale in questa attività.

Gli interventi di riduzione del danno hanno ottenuto notevoli risultati in questi anni; hanno influito positivamente sulla diminuzione dell'espansione dell'infezione da HIV, riducendo inoltre le morti per AIDS allo 0,003% della popolazione; hanno ridotto il numero di morti per overdose ed hanno, soprattutto, permesso l'avvicinamento di un gran numero di tossicodipendenti ai servizi, rendendo possibile l'attuazione di trattamenti sostitutivi.

### **Spagna**

La strategia nazionale sulle droghe, approvata nel dicembre 1999, si propone un sistema di assistenza ed integrazione sociale, per i tossicodipendenti che è equo e presente su tutto il territorio nazionale.

I punti essenziali della politica rivolta alla riduzione del danno sono:

1. attivare programmi di prevenzione;

2. includere tra le sostanze d'abuso anche alcol e tabacco;
3. trasformare la rete di aiuto esistente in Comunità autonome adattandole alle nuove esigenze e includendo nei programmi piani di terapia alternativa;
4. aprire a tutte le innovazioni possibili che abbiano avuto un riscontro scientifico;
5. considerare l'astinenza dalla droga uno dei "goals" possibili, che è sempre necessario incoraggiare.

L'assistenza socio-sanitaria per i tossicodipendenti è coordinata dal servizio di salute pubblica e dal servizio per i servizi sociali, supplementata da risorse private debitamente autorizzate. I programmi devono essere: di uso pubblico, flessibili e personalizzati.

L'aiuto al tossicodipendente è strutturato su tre livelli:

1. orientamento
2. piano personalizzato
3. intervento

Questa politica di intervento partirà dal 2003.

All'inizio degli anni '80, in questo paese era stata avviata un'attività di prescrizione del metadone da parte dei medici generici. Nel 1985 è stato adottato un embargo del metadone, terminato nel 1990. Non pochi autori collegano questo embargo con il picco di infezioni da HIV rilevato successivamente.

Attualmente c'è una espansione della terapia con metadone; funzionano circa 1632 centri di trattamento ed i soggetti trattati al 1999 sono 72.236. Non ci sono liste di attesa ed il farmaco sostitutivo è disponibile per chi ne ha necessità. Si effettuano anche somministrazioni a domicilio per chi è affetto da AIDS.

La Spagna dispone trattamenti metadonici per i detenuti e programmi di scambio di siringhe.

Un'altra misura governativa rivolta alla riduzione del rischio di overdose e compresa nella politica per la riduzione del danno è la camera igienica per iniezioni endovena; la prima è stata aperta nel maggio 2000 a Madrid.

### ***Svezia***

La terapia sostitutiva con metadone in persone tossicodipendenti da eroina è iniziata nel 1966. Al trattamento sono preposte unità operative psichiatriche.

L'ingresso nel programma terapeutico sostitutivo prevede i seguenti criteri di ammissione:

- a) persone tossicodipendenti da eroina da almeno 4 anni;
- b) tentativi falliti di trattamento "drug free";
- c) età superiore a 20 anni;
- d) documentazione clinica attestante che la persona non fa uso cronico e concomitante di altre sostanze d'abuso;
- e) posizione giuridica attuale di non carcerazione.

All'Ottobre 1999 sono stati registrati circa 800 pazienti in trattamento.

Studi caso-controllo effettuati nel corso degli anni '90 hanno dimostrato la validità del trattamento suddetto.

Tuttavia, nel corso degli anni, il trattamento sostitutivo è stato soggetto a controversie ed in molti è subentrato uno spirito di rassegnazione e di abbattimento.

Durante gli anni '80, in concomitanza con l'epidemia dell'AIDS, il trattamento ha ripreso quota ed attualmente almeno tre cliniche in tre grandi città della Svezia sono in grado di offrire servizi attinenti al trattamento con metadone dei tossicodipendenti.

### ***Svizzera***

L'attività di questo paese negli ultimi dieci anni, è stata caratterizzata da una spiccata volontà di cooperazione attiva da parte di tutti i settori coinvolti: dalla polizia ai servizi

sociali ed alle strutture di cura. Le città per prime hanno compreso la necessità di una nuova strategia per meglio tener conto della realtà della droga. Berna, Basilea, Zurigo, Ginevra ed altri centri urbani, hanno messo in atto una strategia che permette di assicurare il contatto con i tossicodipendenti gravi. Dalla metà degli anni '80, infatti, anche alla luce dell'espansione delle infezioni da HIV, la politica rivolta alla riduzione del danno ha subito un forte cambiamento.

A partire dal 1991, il governo federale ha confermato questo nuovo orientamento adottando il cosiddetto "modello a quattro pilastri":

- prevenzione;
- terapia;
- riduzione dei danni;
- repressione del traffico di droga.

Questi quattro pilastri formano un'unità indissociabile nella visione del Governo, del Parlamento svizzero e della Popolazione, la quale ha accettato questa politica in sede di votazioni federali. Inoltre, nel 1997 sono stati pubblicati i risultati della prescrizione medica controllata di eroina. Essi hanno dimostrato che la terapia a base di eroina è attuabile e che i tossicodipendenti gravi, per i quali le terapie sono rimaste inefficaci, ottengono un notevole miglioramento dello stato fisico, psichico e sociale.

Nell'ottobre 1998, il Parlamento ha emanato un decreto federale urgente che permette la prescrizione medica controllata di eroina come nuova forma di terapia. Questa decisione è stata confermata alle urne con il 56% di voti favorevoli.

Nel corso dello stesso anno, il Ministero degli Interni ha prolungato fino al 2002 il "PaMiDro" ("Pacchetto di misure inteso a ridurre i problemi legati alla droga", varato dal governo svizzero il 20 febbraio 1991).

Tale pacchetto include:

- Prevenzione primaria e secondaria per giovani e campagne di sensibilizzazione;
- Ampliamento delle offerte di terapia;
- Limitazione dei danni e aiuto per favorire il reinserimento sociale;
- Documentazione ed informazione;
- Aggiornamento e perfezionamento degli specialisti;
- Ricerca scientifica, epidemiologia e valutazione dei progetti e dei programmi.

Complessivamente, tra il 1991 ed il 1999, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), nell'ambito del "PaMiDro", ha avviato o sostenuto circa 300 diversi progetti e programmi di lavoro sulla droga, con un costo attuale di circa 15 milioni di franchi.

In futuro, si prevede maggiore sinergia con progetti concernenti alcool, tabacco e Aids.

Alla fine del 2000, il Governo svizzero sottoporrà al Parlamento una proposta per la revisione della Legge sugli stupefacenti.

Dal 1992, in Svizzera, si realizzano a livello nazionale, programmi di prevenzione mirati, adeguati a diversi stili di vita ed indirizzati a diversi gruppi di popolazione. La prevenzione intende, in primo luogo, evitare i danni alla salute anziché concentrarsi esclusivamente sul consumo. Questo comporta l'inserimento degli interventi in strutture quali la famiglia, la scuola, il posto di lavoro, il quartiere della città.

Le diverse offerte per il trattamento dei tossicodipendenti si prefiggono di sostenere l'integrazione sociale, promuovere la salute fisica e psichica e rendere possibile il superamento della dipendenza. Per raggiungere tali scopi, l'impegno si articola nei seguenti ambiti:

- terapie residenziali che mirano all'astinenza;
- terapie in cui vengono prescritti stupefacenti;
- offerte di terapie in istituti di esecuzione di pene e di misure.

Le offerte per terapie residenziali comprendono le unità di cura di transizione, i centri terapeutici d'abitazione comunitaria e le offerte di reinserimento. Inoltre, nelle maggiori città ed in quelle di dimensioni medie e nelle aree rurali, sono disponibili più di 200 centri di consulenza ambulatoriale, per la prevenzione dell'abuso di droghe e per l'assistenza ai dipendenti.

Il metadone si prescrive dalla metà degli anni settanta. Alla fine del 1999, circa 16.000 dei 30.000 dipendenti da oppioidi erano inseriti in un programma di terapia sostitutiva con metadone. Tuttavia, a partire dagli anni '90, una larga fetta di tossicodipendenti da eroina si è mostrata refrattaria alla terapia con metadone; questa situazione ha determinato un aumento della criminalità, un'espansione dell'infezione da HIV ed epatite ed un aumentato rischio di morte da overdose. Perciò, nel 1993, il Governo federale ha approvato un programma di ricerca che intendeva verificare se il trattamento a base di eroina potesse costituire un mezzo adeguato per ridurre i danni suddetti.

La ricerca, svolta nell'arco di tre anni, ha mostrato miglioramenti per quanto attiene lo stato di salute psico-fisica e l'integrazione sociale dei tossicodipendenti e una riduzione dell'attività criminale.

Dall'Ottobre 1998 il trattamento a base di eroina ha una base legale e fa parte della gamma delle terapie ufficiali. Questo tipo di trattamento è riservato ai tossicomani in grave stato di dipendenza con gravi problemi di salute e sociali.

Nell'ambito della riduzione del danno rientrano le offerte mediche, quali la prevenzione dell'AIDS e dell'epatite o le offerte sostitutive nonché i locali di accoglienza dove poter iniettare la droga in condizioni igieniche migliori. In tale contesto sono inserite anche le offerte sociali nel settore del lavoro, dell'alloggio, nell'impiego del tempo libero.

A metà degli anni ottanta, sono state create le prime istituzioni per l'aiuto alla sopravvivenza con una cosiddetta bassa soglia di ingresso, al fine di ridurre i danni: luoghi dall'accesso facile ed incondizionato per tossicodipendenti.

Spesso l'offerta è costituita da una caffetteria e non di rado vi si può anche fare la doccia, lavare i propri indumenti e conversare con qualcuno.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha appoggiato numerosi progetti mirati alla riduzione dei danni tra cui:

1. lo scambio di siringhe anche nelle carceri;
2. le camere per iniezioni sicure;
3. i progetti di lavoro e di abitazione;
4. le offerte per l'integrazione sociale per le prostitute;
5. i centri di consulenza per figli di tossicodipendenti.

Nel 1995, l'UFSP ha istituito un servizio centrale per offerte che servono alla stabilizzazione sociale: esso appoggia le istituzioni di assistenza a bassa soglia, in particolare sono previste strutture per il lavoro, abitative e diurne. Questo servizio, fino al 1999, ha fornito un sostegno finanziario a 53 istituzioni attive nell'ambito degli interventi a bassa soglia.

Gli obiettivi immediati della repressione nel campo della droga sono la riduzione dell'offerta, la lotta al traffico illegale di stupefacenti ed alle transizioni finanziarie illegali ad esso connesse, nonché la lotta alla criminalità organizzata.

## GLOSSARIO

---

### **Alcool**

Analogamente a quanto avviene per le sostanze stupefacenti illegali, anche per l'alcool è possibile immaginare un percorso che, a partire dalla situazione personale, faciliti lo spostamento dagli effetti derivanti dall'uso massiccio di sostanza a quelli di un uso più moderato. Rinunciando, quindi, a centrare l'intervento sulle cause e motivazioni profonde, la Riduzione del danno può comprendere tre dimensioni fra loro strettamente collegate: individuazione dei rischi e relativa informazione e sensibilizzazione, implementazione di interventi di condizionamento e controllo ambientale e sociale, limitazione dei danni comunque sopraggiunti. Altro obiettivo di una strategia di riduzione del danno in ambito alcologico è la prevenzione primaria che, partendo dall'evidenza che l'alcol è una sostanza psicoattiva, favorisca scelte consapevoli e stili di vita sani.

### **Bassa soglia**

I programmi a bassa soglia sono quelli che tendono a favorire al massimo l'accesso al Servizio anche a persone non disponibili generalmente ad entrare in una relazione terapeutica. In questi programmi, che richiedono pochi requisiti per l'ammissione, rientrano le unità mobili ed i "drop-in-center" (vedi).

### **Buprenorfina**

Farmaco utilizzato nel trattamento della dipendenza da oppiacei: agonista parziale dei recettori  $\mu$  e antagonista dei recettori  $K$ , con una elevatissima affinità per questi ultimi.

Produce un effetto oppiaceo inferiore a quello degli agonisti puri, quali morfina e metadone. È efficace sia nei trattamenti di disintossicazione sia in quelli protratti.

Il farmaco si caratterizza per scarsa potenzialità di abuso, limitato grado di dipendenza, trascurabile rischio di overdose, maneggevolezza nell'uso.

L'esperienza più significativa nell'utilizzo del farmaco è quella francese.

### **C.A.B.S. - Centri di accoglienza a bassa soglia**

Strutture intermedie che offrono le prestazioni delle unità fisse (vedi). I C.A.B.S., sia diurni che residenziali, svolgono una funzione di accoglienza che prevede la possibilità per il consumatore di trascorrere tempo nella struttura, servizi di counseling, di consulenza medica, di assistenza sanitaria e consulenza legale.

### **Carcere**

Nella storia del tossicodipendente rappresenta una tappa usuale, ma non sfruttata quale momento valutativo e luogo terapeutico di particolare utilità, date le caratteristiche intrinseche della struttura.

### **Clonidina**

Farmaco alfa<sub>2</sub>-agonista in commercio come antiipertensivo, utilizzato nei protocolli di disintossicazione da oppioidi, nome commerciale Catapresan.

### **Complessità organizzativa**

La tossicodipendenza è un problema complesso, variegato, dalle mille sfaccettature, che non si presta a semplificazioni riduttive. Per ottenere risultati concreti si deve procedere ad un'opera di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse esistenti, nonché alla

differenziazione delle offerte, cioè si deve fornire un servizio migliore senza sprechi e senza sovrapposizioni.

### **Drop-in-center**

Centri di prima accoglienza ad accesso facilitato in quanto non vincolato all'accettazione di inserimento in programmi di riabilitazione e di cura. Hanno la prevalente funzione di informare, orientare, sopperire ai bisogni elementari di chi vi accede.

### **Eroina (sperimentazione farmacologica)**

Proposta di utilizzo dell'eroina come "farmaco" in protocolli di disassuefazione, mutuata da esperienze estere.

### **Ecstasy**

Droga di seconda generazione composta artigianalmente da più sostanze eccitanti. Per la sua prevenzione è previsto uno specifico intervento di Riduzione del danno, tramite il contatto diretto dei giovani nei luoghi di consumo.

### **Formazione**

Acquisizione di cultura allo scopo di modificare i propri atteggiamenti: si diversifica dall'informazione il cui scopo è soprattutto l'arricchimento del proprio sapere. Problema controverso e tuttora aperto nella riduzione del danno, per l'esigenza di una specifica preparazione di base per entrare a lavorare nel settore delle tossicodipendenze e di completare l'esperienza tramite una modalità di aggiornamento/formazione permanente.

### **Interventi di strada**

Attuati in Italia dall'inizio degli anni '90, rappresentano il momento concreto di intervento nel territorio, attuato dalle Unità di strada (vedi). Dal primo obiettivo di prevenzione del contagio da HIV, si sono evoluti nella direzione del recupero del contatto con i tossicodipendenti che rifiutano il rapporto con la struttura sanitaria formale, del contatto con i giovani che utilizzano droghe sintetiche, con i lavoratori/lavoratrici dell'industria del sesso. Le modificazioni per le quali si lavora sono interne alle scelte degli utenti, sulle quali viene mantenuto un atteggiamento valutativo, pur attento a cogliere ogni tipo di domanda di aiuto.

### **Limitazione del danno (vedi [Riduzione del danno](#))**

### **Linee guida**

Consigli o orientamenti di lavoro. Sono redatte da esperti che tengono conto del contesto giuridico e storico nel quale si lavora: per loro stessa natura si evolvono nel tempo, rappresentando un parziale bilanciamento tra conoscenze scientifiche e contesto, mai esaustivo dell'argomento.

### **Metadone**

Farmaco sintetizzato negli anni quaranta in Germania; è un agonista competitivo dei recettori per gli oppioidi. Lo scopo del trattamento con metadone è la riduzione dell'uso di oppiacei nonché degli atti criminosi, delle morti, delle malattie, ecc. spesso conseguenti all'uso: per le finalità della riduzione del danno appare più opportuno l'utilizzo di protocolli di mantenimento a lungo termine, maggiormente in grado di promuovere modificazioni di comportamenti a rischio e di favorire una stabilizzazione della situazione di dipendenza che consenta la possibilità di una vita più dignitosa.



## **Minimizzazione del danno (vedi [Riduzione del danno](#) )**

### **Naloxone**

Farmaco salvavita di libera vendita, privo di effetti collaterali se iniettato in persone non assuntori di oppiacei.

### **Naltrexone**

Farmaco sintetizzato nel 1965 da Blumberg: è un antagonista competitivo dei recettori per gli oppioidi che esplica la propria azione attraverso una progressiva inibizione della sensibilità agli oppioidi. Commercializzato nel 1987 è stato utilizzato con successo nel trattamento della recidiva della tossicodipendenza e come complemento a programmi di disintossicazione con farmaci sostitutivi e/o sintomatici. È capace di scatenare una violenta crisi di astinenza in soggetti dediti all'uso di sostanze stupefacenti, pertanto i protocolli con naltrexone devono essere attuati almeno dopo 7-10 giorni di astensione dall'uso di oppiacei. Si è rivelato essere una valida alternativa alla terapia con agonisti in soggetti motivati ad affrancarsi dall'uso quotidiano di oppiacei e di agonisti. È, inoltre, segnalata la capacità del farmaco di ridurre il craving da alcool. Nomi commerciali Antaxone, Nalorex.

### **Overdose**

Un'alta percentuale di overdosi accadono in tossicodipendenti in contatto con la struttura terapeutica ed in situazione di astensione, per una ricaduta improvvisa: in un'ottica di riduzione del danno sono previsti alcuni "consigli" specifici.

### **Riduzione del danno**

Sinonimi: limitazione del danno, minimizzazione del danno, riduzione del rischio.

La riduzione del danno è una politica sociale che privilegia l'obiettivo di diminuire gli effetti negativi del consumo di droga. Radicata in un modello scientifico di tutela della salute pubblica che attinge da una cultura di tipo umanitario, non considera prioritari interventi riconducibili alla diminuzione del consumo di droga (modello dell'astinenza), ma prevede invece obiettivi intermedi rispetto a quello finale dell'astensione totale, come la limitazione dei danni prima che il soggetto tenti o decida di smettere (vedi obiettivi della R.d.D.)

### **Riduzione del danno alcoolcorrelato**

Studio dell'argomento per zone di interesse culturale, dette aree: sensibilizzazione, intervento nella vita sociale, guida e sicurezza, disponibilità e somministrazione delle bevande alcoliche, trattamento, marginalità, potenziamento delle politiche, sostegno agli organismi non profit.

### **Riduzione del danno e giustizia penale**

Fra le finalità di riduzione del danno possono essere descritti quattro principi generali: contenimento del numero dei nuovi consumatori, incoraggiamento ad intraprendere precocemente percorsi di remissione, minimizzazione degli aspetti negativi delle strategie repressive attraverso la rinuncia all'arresto con forme alternative alla detenzione, minimizzazione del danno all'intera comunità attraverso la riduzione dei reati commessi dai consumatori.

### **Riduzione del danno (principali obiettivi della)**

Contenimento dei danni e dei rischi, diminuzione delle morti per overdose, riduzione della trasmissione del virus HIV, miglioramento delle condizioni di salute del tossicodipendente,

limitazione dei processi di criminalizzazione, aiuto nella gestione della condizione di tossicodipendenza.

### **Riduzione del danno e strumenti di intervento**

Fra gli strumenti di intervento ai quali i servizi possono fare riferimento vi sono: le unità da strada, soprattutto per ambiti metropolitani (vedi), i trattamenti con farmaci sostitutivi, la distribuzione di profilattici, lo scambio di siringhe, lo screening sierologico delle principali patologie, l'educazione sanitaria, le sale di ritrovo diurne, i centri alternativi alla piazza, i centri crisi, i centri residenziali e semiresidenziali per storici a bassissima soglia di ingresso, gli interventi socio-assistenziali centrati sulle esigenze minime in situazioni di particolare gravità (buoni pasto, posti letto, borse lavoro, consulenze legali...), l'intensa collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria e le forze dell'ordine, la prevenzione delle cause di morte.

### **Riduzione del danno ed HIV**

Fra gli obiettivi della riduzione del danno vi è la riduzione della diffusione del contagio da virus dell'HIV tra i consumatori di sostanze per via iniettiva; sotto-obiettivi sono porre fine allo scambio di siringhe, passare dalla via iniettiva a quella orale, ridurre la quantità di droga, disinfettare gli strumenti, ridurre il numero di persone di contatto, passare da droghe illegali a prescrizioni mediche.

### **Riduzione del rischio (vedi Riduzione del danno)**

#### **Set**

Ragioni per cui le persone assumono droghe, tra cui la personalità, la conoscenza, gli atteggiamenti e gli stati d'animo in un particolare momento.

#### **Setting**

Importanza che la situazione in cui si assume la droga ha nel determinare il rischio connesso alla sostanza: ad es., inalare all'aperto è più sicuro che inalare in un luogo chiuso.

#### **Shooting galleries**

Letteralmente camere di iniezione; sono luoghi in cui i tossicodipendenti possono iniettarsi in condizioni igieniche controllate. Fanno parte di un programma sperimentale di alcuni paesi europei.

#### **Unità fissa**

Servizio a bassa soglia che offre materiali informativi sui comportamenti a rischio, distribuisce siringhe, preservativi, materiale sterile e, in alcuni casi, consente incontri di counseling, consulenze mediche e legali. In pratica offre, nell'ambito di una struttura fissa, le prestazioni tipiche delle unità mobili di strada.

#### **Unità mobile di strada**

L'unità mobile di strada è il naturale ampliamento della riduzione del danno al di fuori dei servizi. Ha il compito di avviare il contatto con la popolazione bersaglio che è rappresentato dai gruppi sociali, soprattutto giovanili, già coinvolti nel problema della droga. La strategia di fondo consiste nel non asportare la sostanza, ma assistere la persona, promuovendo il contatto ed operando affinché questo si protragga nel tempo,

duraturo, vitale e quindi efficace. I servizi offerti sono molteplici, vedi R.d.D. e strumenti di intervento.

**Valutazione degli interventi (di r.d.d.)**

Pratica che dovrebbe essere sempre attuata nella prassi quotidiana, in quanto non devono essere mai attivati interventi con forte componente autoreferenziale, di scarsa o dubbia efficacia.

## BIBLIOGRAFIA

---

### La riduzione del danno: concetti generali

1. Barrow S.M. (1991) "Evaluating outreach services: lesson from five programs", New direction for mental health services, vol 2
2. Booth R.E., Koester S.K. (1996) "Issues and approaches to evaluating HIV outreach interventions", Journal of drug issues 26,3
3. Buning E., van Brussel G., van Santen G. (1988) "Amsterdam's drug policy and its implication for controlling needle exchange", in Needle sharing among drug abusers. National and international perspectives, NIDA Research Monograph 80
4. Elwood W.N., Dayton C.A., Richard A.J. (1995) "Ethnography and illegal drug users: the efficacy of outreach as HIV prevention", Communication studies 46 (3-4)
5. Grant I. (1997) "An evaluation of outreach work in Lothian, Edinburgh CHAD
6. Hartnoll R.L., Rodhes T.J., Jones S. (1990) " A survey of HIV outreach interventions in the United Kingdom" University of London, Dept of politics and sociology, Drug indicators project
7. Kaplan E.H., O'Keefe E. (1993) "Let the needles do the talking! Evaluating the New Haven needle exchange." Interfaces 23
8. Korf D.J., Riper H. (1997) " Illicit drugs in Europe: Proceedings of the 7th annual conference on drug use and drug policy in Europe", Amsterdam, SISWO
9. Mc Auliffe W., Doering S. (1986) "Evaluation of street outreach AIDS prevention (SOAP) Project: final report" Boston, Health education organization
10. "Outreach proceedings" (1994) Pompidou group - World Health Organization
11. "Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice, and terminology" - (1998) EMCDDA
12. Rodhes T.J., Hartnoll R.L., Johnson A.M. (1991) "Out of the agency and onto the streets: a review of HIV outreach health education in Europe and United States", London, Institute for the study of drug dependency, Research Monograph 2
13. Rodhes T.J., Holland G., Hartnoll R.L. (1991) "Hard to reach or out of reach: an evaluation of innovative model of HIV outreach health education" London, Tufnell Press
14. Richard A. J., Bell C., Elwood W.N. (1996) "Outreach and programs evaluation: some measurement issues", Evaluation practice 17,3
15. Serpelloni G., Rossi A. (1996) "HIV/AIDS e droga. Manuale per operatori della prevenzione. L'intervento di strada", Leonard Edizioni
16. Stimson G., Alldritti L., Dolan K. (1988) "Injecting equipment exchange scheme: final report" London, university of London Glodsmith College

### Interventi di strada

1. Barrow S.M. (1991) "Evaluating outreach services: lesson from five programs", New direction for mental health services, vol 2
2. Booth R.E., Koester S.K. (1996) "Issues and approaches to evaluating HIV outreach interventions", Journal of drug issues 26,3
3. Buning E., van Brussel G., van Santen G. (1988) "Amsterdam's drug policy and its implication for controlling needle exchange", in Needle sharing among drug abusers. National and international perspectives, NIDA Research Monograph 80
4. Elwood W.N., Dayton C.A., Richard A.J. (1995) "Ethnography and illegal drug users: the efficacy of outreach as HIV prevention", Communication studies 46 (3-4)

5. Grant I. (1997) "An evaluation of outreach work in Lothian, Edinburgh CHAD
6. Hartnoll R.L., Rodhes T.J., Jones S. (1990) " A survey of HIV outreach interventions in the United Kingdom" University of London, Dept of politics and sociology, Drug indicators project
7. Kaplan E.H., O'Keefe E. (1993) "Let the needles do the talking! Evaluating the New Haven needle exchange." Interfaces 23
8. Korf D.J., Riper H. (1997) " Illicit drugs in Europe: Proceedings of the 7th annual conference on drug use and drug policy in Europe", Amsterdam, SISWO
9. Mc Auliffe W., Doering S. (1986) "Evaluation of street outreach AIDS prevention (SOAP) Project: final report" Boston, Health education organization
10. "Outreach proceedings" (1994) Pompidou group - World Health Organization
11. "Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice, and terminology" - (1998) EMCDDA
12. Rodhes T.J., Hartnoll R.L., Johnson A.M. (1991) "Out of the agency and onto the streets: a review of HIV outreach health education in Europe and United States", London, Institute for the study of drug dependency, Research Monograph 2
13. Rodhes T.J., Holland G., Hartnoll R.L. (1991) "Hard to reach or out of reach: an evaluation of innovative model of HIV outreach health education" London, Tufnell Press
14. Richard A.J., Bell C., Elwood W.N. (1996) "Outreach and programs evaluation: some measurement issues", Evaluation practice 17,3
15. Serpelloni G., Rossi A. (1996) "HIV/AIDS e droga. Manuale per operatori della prevenzione. L'intervento di strada", Leonard Edizioni
16. Stimson G., Alldritti L., Dolan K. (1988) "Injecting equipment exchange scheme: final report" London, University of London Glodsmith College

### **Materiali di profilassi**

1. Agnoletto V., Andolina M., Capra B., Ceserani N., Passarello P. (1993): "Strategie di Riduzione del danno per l'infezione da HIV in una popolazione tossicodipendente attiva", THE PRATICITIONER ed. It. n° 174,11.
2. Agnoletto V., La Marca P. (1995): "Contenere il virus HIV: un progetto pilota a S. Giuliano Milanese", Prospettive sociali e sanitarie n° 3/95 - 5/95
3. Agnoletto V., La Marca P., et al.(1997) "A compared analysis: three outreach project aimed to AIDS/STDs prevention among sex workers in northern Italy", presentato, in collaborazione con il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute, alla VIII° Conferenza Internazionale sulla Riduzione del danno, Parigi
4. Agnoletto V., La Marca P. (1999) 'Nuove tendenze nelle grandi città'presentato al I° Meeting Nazionale Unità Mobili, Bologna
5. Agnoletto V., La Marca P., Volpicelli S., (1999) "MIRO: Materials Impact Research Outreach", presentato alla X° Conferenza Internazionale sulla Riduzione del danno, Ginevra
6. Volpicelli S., La Marca P., Vegro B., Santarelli L., (1999) "Drugs book: a raver's handbook", presentato alla X° Conferenza Internazionale sulla Riduzione del danno, Ginevra
7. EUROPAP - TAMPEP European network for HIV/STD prevention among sex workers (1999) 'Darsi da fare per la salute: organizzazione di servizi rivolti al mondo della prostituzione' finanziato dal Comune di Roma, Assessorato alle politiche per la promozione della salute, Roma

### **Strutture intermedie a bassa soglia**

1. M.Barra, U.Ciervo e V.Cataldo: "Unità di strada e non solo, ovvero Villa Maraini e la riduzione del danno in "Itaca" 1997, n.2
2. A.Calderone: Magliana '80: "Dalla strada alla strada" in "Itaca" 1997, n.2
3. R.Frighetto, Serpelloni, S.Bertacco: "Il drop-in center" in HIV/AIDS e Droga Leonard Edizioni Verona – 1996
4. M.Pandin: "Riduzione del danno nella terraferma veneziana" Animazione Sociale, 1997
5. M. Malorzo – a cura di "Un centro diurno per la popolazione tossicodipendente in Francia – La riduzione del danno è sbarcata a Marsiglia" in "Limitazione del danno" Suppl. Aspe n.16 del 7-9-1995
6. Bruno Tanche – intervista a "La riduzione del danno per incontrare il sommerso" in "Limitazione del danno" Suppl. Aspe n.16 del 7-9-1995
7. K. Dolan – J. Mundy "No place to go" in Connexions 1997, dec – jan n.12:10
8. S. Rutter – K. Dolan – A. Wodak "Rooms for rent: injecting and harm reduction in Sidney" in Australian and New Zealand Journal of Public Health – 1997, 21 (1); 105
9. Lanz – R. Sempach – G Scholz, Evaluation der Kontakt und Anlaufstellen, ein niedrigschwelliges Tagesstrukturangebot (Evaluation of contact – and drop – in centers)" in Sozial und Präventivmedizin – 1996 41 (Suppl. 1): S35 – S44
10. Buerki – M. Egger – R.B. Haemming – et al. "HIV – risk behavior among street intravenous drug users attending a shooting room" in Bern Switzerland: 1990 and 1995 Bern, Switzerland: University of Bern, 1996
11. Sozialamt der Stadt Zurich. Erfahrungsbericht der Kontakt – und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer (Progress report of the contact points and drop – in centers on the working of the alkkey – rooms). In Zurich, Switzerland: Sozialamt der Stadt Zurich 1993. p. 78.

### **I farmaci sostitutivi nella riduzione del danno**

#### ***Metadone e LAAM***

1. Farrel M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, Des Jarlais DC, Gossop M, Strang J: Methadone Maintenance treatment in opiate dependence: a review. British Medical Journal 309, 997-1001, 1994.
2. Ball JC, Ross A: The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York, Springer-Verlag, 1991.
3. Deglon JJ: Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone. Médecine & Hygiène Eds, Genève, 1982.
4. Mason P: Guidelines for Structured Methadone Maintenance Programmes. The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, London, 1995.
5. Bertschy G, Calanca A: Choix de la méthadone: la souplesse reste d'actualité. Médecine & Hygiène 51, 2238-2241, 1993.
6. Brown BS, Watters SK, Iglehart AS: Methadone maintenance dosage levels and program retention. Am J Drug Alcohol Abuse 9, 129-139, 1982-1983.
7. Caplehorn JRM, Bell J: Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. Med J Aust 154(3), 195-199, 1991.
8. Center for Substance Abuse treatment (CSAT): Treatment Improvement Protocol Series. State Methadone Treatment Guidelines DHHS Publication No (SMA) 93-1991, 1993.
9. Chang G, Carroll KM, Behr HM, Kosten TR: The use of plasma levels to optimize methadone maintenance treatment. Drug Alcohol Dependence, 30 (3), 241-246, 1992.

10. Holmstrand J, Anggard E, Gunne LM: Plasma levels and symptom complaints in patients maintained on daily dosage of methadone hydrochloride. *Clin Pharmacol Ther* 17,636-648, 1975.
11. Maxwell S, Shinderman M: Clinical management of patients requiring high dose methadone. American Methadone Treatment Association Conference, April 13-16, Chicago, 1997.
12. Siassi I, Angle BP, Alston DC: Comparison of the effect of high and low doses of methadone on treatment outcome. *International J Addiction* 12(8), 993-1005, 1977.
13. Maremmani I, Lamanna F, Cassano GB: La cura della tossicodipendenza come prevenzione dell'AIDS. *Giornale Italiano dell'AIDS* 7, 33-39, 1996.
14. Senay EC: Withdrawal from methadone maintenance. *Arch. Gen. Psych* 34, 361-367, 1977.
15. Newman RG: Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet*, 1979.
16. Dole VP, Nyswander ME: Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *New York State Journal of Medicine* 66 (15), 2011-2017, 1966.
17. Dole VP, Nyswander ME, Kreek MJ: Narcotic Blockade. *Arch Int Medicine* 118,304-309,1966.
18. Loimer N, Schmid R: The use of plasma levels to optimize methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Dependence* 30 (3), 241-246, 1992.
19. Blaney T, Craig RJ: Methadone Maintenance: Do Doses Determine Differences in Outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment* 16, 3, 221-228, 1999.
20. Bell J, Digiusto E, Byth K: Who should receive methadone maintenance? *British Journal of Addiction* 87, 689-694, 1992.
21. Maremmani I, Guelfi GP (Eds): *Metadone: le ragioni per l'uso*. Pacini Editore, Pisa, 1996.
22. Verster A, Davoli M, Perucci AC: Harm Reduction in Rome. *International J of Drug Policy* 7 (2), 73-79, 1996.
23. Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP, Drew E, Friedman P, Trigg HL: A randomised trial of an interim methadone maintenance clinic. *American J of Public Health* 81, 1185-1200, 1991.
24. Glass RM: Methadone Maintenance – New Research on a Controversial treatment. *JAMA* 269, 1995-1996, 1993.
25. Mc Lellan TA, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP: the Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse treatment. *JAMA* 269, 1953-1959, 1993.
26. Buning E., van Brussels G., van Santen G.: The "Methadone by Bus" Project in Amsterdam. *The International J of the Addiction* 85,1247-1250, 1990.
27. Simpson DD: The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *American J of Psychiatry* 136,1449-1453,1979.
28. Bertschy G.: Methadone maintenance treatment – an update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245,114-124,1995.
29. Plomp H.N., van der hek H.: *Profilen van cliënten binnen het Amsterdamse methadoncircuit*. Amsterdam, VU-University press, 1993.
30. Fudala PJ, Vocci F, Montgomery A, trachtenberg AI: Levomenthyl Acetate (LAAM) for the treatment of Opioid Dependence: A Multisite, Open-Label Study of LAAM Safety and an Evaluation of the Product Labeling and Treatment Regulations. *Journal of Maintenance in the Addictions*, vol 1, n°2, 9-40, 1997.
31. Sees K.L., Delucchi K.L., Masson C., Rosen A., Clark H.W., Robillard H, Banys H., Hall S.M.: Methadone maintenance vs 180 –day psychosocially enriched detoxification for

treatment of opioid dependence. A randomized controlled trial – JAMA, March 8, 2000 – Vol. 233, n. 1303.

32. Zaric G.S., Barnett P.G., Brandeau M.L.: HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. American Journal of Public Health, July 2000, Vol. 90. n.7.

### ***Buprenorfina***

1. Amass L, Bickel WK, Higgins ST, Badger GJ (1994) Alternate-day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. *Life Sci*, 54, 1215-1228.
2. Bickel WK, Petry NM, Tzanis EL (1996) The limits of multiple-day dosing with buprenorphine? Quintuple doses. Abstract presented at College on Problems of Drug Dependence, 58th Annual Scientific Meeting: San Juan, Puerto Rico.
3. Cheskin LJ, Fudala PJ, Johnson RE (1994) A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids. *Drug Alcohol Dep*, 36, 115-121.
4. Compton PA, Ling W, Charuvastra VC, Wesson DR (1995) Buprenorphine as a pharmacotherapy for cocaine abuse: a review of the evidence. *J Addict Dis*, 14,97 114.
5. Compton PA, Wesson DR, Charuvastra VC Ling W (1996) Buprenorphine as a pharmacotherapy for opiate addiction: what dose provide a therapeutic response?. *Am J Addiction*, 5, 220-230.
6. Fudala PJ, Jaffe JH, Dax ED, Johnson RE (1990) Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction. II Physiologic and behavioral effects of daily and alternate day administration and abrupt withdrawal. *Clin Pharmacol Ther*, 47, 525 534.
7. Janiri I, Mannelli P, Persico AM (1994) Opiate detoxification of methadone maintenance patients using lefetamine, clonidine and buprenorphine. *Drug Alcohol Dep*, 36, 139-145.
8. Jasinski DR (1981) Clinical pharmacology of mixed agonist-antagonist drug. *Psychopharmac Bull*, 17, 85.
9. Jasinski DR, Pevnic JS, Griffith JD (1978) Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine. *Arch Gen Psychiatry* 35, 501-516.
10. Jasinski DR, Preston KL (1995) Laboratory studies of buprenorphine in opioid abusers. In: Cowan A, Lewis JW eds. *Buprenorphine: combatting drug abuse with a unique drug*, Wiley-Liss, New York, 189-211.
11. Johnson RE (1987). Review of US clinical trials of buprenorphine. *Res Clin Forum*, 19(3), 17-23.
12. Johnson RE, Eissenberg T, Stitzer ML (1995) Buprenorphine treatment: of opioid dependence: clinical trial of daily versus alternate-day dosing. *Drug Alcohol Dep*, 40,27-35.
13. Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ (1992) A controlled trail of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA*, 267, 2750-2755.
14. Kosten TR, Kleber UD (1988). Buprenorphine detoxification from opioid dependence: a pilot study. *Life Sci*, 6,35-44.
15. Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, Klett CJ (1996) A controlled trial comparing buprenorphine ad methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 53, 401407.
16. Liu ZM, Cai ZJ, Wang XP, Ge Y, Li CM (1997) Rapid detoxification of heroin dependence by buprenorphine. *Acta Pharmcol Sinica*, 18, 112-114.
17. Mello NK, Lukas SE, Mendelson JH, Drieze J (1993) Naltrexone-buprenorphine interaction: effects on cocaine self-administration. *Neuropsychopharmacology*, 9, 211-224.



18. Mello NK, Mendelson JH (1980) Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. *Science*, 207, 657-659.
19. Nigam AI, Ray R, Tripathi BM (1993) Buprenorphine in opiate withdrawal: a comparison with clonidine. *J Subst Abuse Treat*, 10, 39 1-394.
20. Nutt DJ (1997) Receptor pharmacology of buprenorphine. *Res Clin Forum*, 19(2), 9.
21. O'Connor PG, Carroil KM, Shai JM, Schottenfeld RS, Kosten TR, Rousaville BJ (1997) Three methods of opioid detoxification in a primary care setting: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 127, 526-530.
22. Parran TV, Adelman CL, Jasinski DR (1994), A buprenorphine stabilization and rapid taper protocol for the detoxification of opioid-dependent patients. *Am J Addictions*, 3, 306-313.
23. Petry NM, Bickel WK, Tzani EL (1996) Quadruple buprenorphine doses maintenance opioid-dependent outpatients 96 hours with minimal withdrawal. Abstract presented at College on Problems of Drug Dependence, 58th Annual Scientific Meeting; San Juan, Puerto Rico.
24. Schottenfeld RS, Pakes JR, Oliveto A, (1997) Buprenorphine vs. Methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Arch Gen Psychiatry* 54, 713-720.
25. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE (1994) Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *Am J Psychiatry* 151, 1025-1030.
26. Walsh SL, Preston XL, Bigelow GE, Stitzer ML (1995) Acute administration of buprenorphine in humans: partial agonist and blockade effect. *J Pharmacol Exp Ther*, 274. 361-372.
27. Walsh SL, Preston XL, Stitzer ML (1994) Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clin Pharmacol Ther*, 55, 568-580.

### **I tossicodipendenti extracomunitari**

1. Rotaris, M.(1994) Atti del corso per operatori sanitari "La salute degli immigrati". ISMU Fondazione Cariplo.
2. Bullo, C. et al., (1994) Atti del corso per operatori sanitari "La salute degli immigrati". ISMU Fondazione Cariplo.
3. Giancane, S. (1996) Immigrati e droga: Equivoco, Miopia o Malafede. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 1.
4. Rotaris, M. (1997) Tossicodipendenti senza fissa dimora e metadone. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 1.
5. Pavarin, R.M., Salsi A., (1999). Analisi delle caratteristiche dei soggetti contattati dagli operatori di strada del Comune di Bologna - primo semestre 1998. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 1.

### **Prevenzione della mortalità per overdose**

1. Strang, J., Darke, S., Hall, W., Farrell, M., Ali, R.: Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *Br.Med.J.* 312, 1435, 1996.
2. Darke, S, Hall, W.: The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction*, 92, 1195-1199.
3. Simini, B.: Naloxone supplied to Italian heroin addicts. *Lancet*, 352, 967, 1998

4. Strang, J., Powis, B., Best, D., Vingoe L., Griffiths, P., Taylor, C., Welch, S., Gossop, M.: Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*, 94(2), 199-204, 1999.
5. Hulse, G., English, D., Milne, E., Holman, C.: The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction*, 94(2), 221-229, 1999.
6. Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J., Gossop, M.: Self-reported overdose among injecting drug-users in London: extent and nature of the problem. *Addiction* 94(2), 471-478, 1999.

## **Counseling**

1. Anglin TM, Comprehensive school-based health care: high school students' use of medical, mental health, and substance abuse services, *Pediatrics*, 1996, 97(3), p318-30.
2. Azrin NH, Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use, *Behav Res Ther*, 1996, 34 (1), p41-6.
3. Barber JC, Working with resistant drug abusers, *Soc Work*, 1995, 40 (1), p17-23.
4. Barber JP, Development of an adherence/competence rating scale for individual drug counseling, *Drug Alcohol Depend*, 1996, 43 (3), p125-32.
5. Barrows DC, The community orientation of social model and medical model recovery programs, *J Subst Abuse Treat*, 1998, 15 (1), p55-64.
6. Bell DC, The trajectory of client progress. A longitudinal pilot study, *J Abuse Treat*, 1996, 13 (3), p211-8.
7. Berg JE, Complaints that predict drop-out from a detoxification and counselling unit, *Addict Behav*, 1998, 23 (1), p35-40.
8. Brown BS, Observations on the recent history of drug users counseling, *Int J Addict*, 1993, 28 (12) 1243-55.
9. Carkhuff R., *L'arte di capire*, 1993, Trento.
10. Cavelier A, *Prèvention: le conseil est fait pour durer*, 1993, Transcriptase, 6, p13-5.
11. Czuchry M., The use of node-link mapping in drug abuse counseling: the role of attentional factors,, *J Psychoactive Drugs*, 1995, 27 (2), p191-6.
12. Daley DC, Group drug counseling, *National Conference on Drug Addiction Treatment: From Research to Practice*, NIDA, 1995.
13. Dansereau DF, Ethnicity and the effects of mapping-enhanced drug abuse counseling, *Addict Behav*, 1996, 21 (3), p363-76.
14. D'Aunno T, An organizational analysis of services patterns in outpatient drug abuse treatment units, *J Subst Abuse*, 1995, 7 (1), p27-42.
15. Dees SM, Using schematic organizers to help college students organize personal concepts and behavior related to alcohol and cocaine use, *Addict Behav*, 1993, 18 (6), p 645-57.
16. Dees SM, A visual representation system for drug abuse counselors, *J Subst Abuse Treat*, 1994, 11 (6), p517-23.
17. Edens JF, Treating prisons inmates with co-occurring disorders: an integrative review of existing programs, *Behav Sci Law*, 1997, 15 (4) p439-57.
18. Elwood WN, To hang in the hood: description and analysis of outreach activities, *J Psychoactive Drugs*, 1995, 27 (3) p249-59.
19. Etheridge RM, Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs, *J Subst Abuse*, 1995 (7), p9-26.

20. Fals-Stewart W., Ability to counselors to detect cognitive impairment among substance-abusing patients: an examination of diagnostic efficiency, *Exp. Clin Psychopharmacol*, 1997, 5 (1), p39-50.
21. Figurelli GA, Assessment of change in scores on personal control orientation and use of drugs and alcohol of adolescents who participate in a cognitively oriented pretreatment intervention, *Psychol Rep*, 1994, 75 (2), p939-44.
22. Finn P., Addressing the needs of cultural minorities in drug treatment, *J Subst Abuse Treat*, 1994, 11 (4), 9325-37.
23. Fiorentine R., More is better counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment, *J Drug Abuse Treat*, 1996, 13 (4), p341-8.
24. Fiorentine R., Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment?, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1997, 23 (3), p369-82.
25. Friedemann ML, Evaluation of the Congruence Model with rehabilitating substance abusers. *Int J Nurs Stud*, 1994, 31 (1), p97-108.
26. Gloria AM, Counseling Latino alcohol and other substance users/abusers. Cultural consideration for counselors, *J Subst Abuse Treat*, 1996, 13 (2), p119-26.
27. Golz J, Ambulatory medical treatment of drug dependent patients, *Z Arztl Fortbild (Jena)*, 1996, 90 (4), p271-8.
28. Gottheil E., Treatment structure, client coping methods, and response to brief counseling: preliminary findings in a substance dependent sample, *J Addict Dis*, 1997, 16 (3) p51-65.
29. Graham K, Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1995, 24 (4), p433-51.
30. Graham K, A controlled field group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention, *Addiction*, 1996, 91 (8), p1127-39.
31. Hagman G., Methadone maintenance counseling. Definition, principles, components, *J Subst Abuse Treat*, 1994, 11 (5), p405-13.
32. Harris RM, An intervention for changing high-risk HIV behaviors of African American drug-dependent women, *Res Nurs Health*, 1998, 21 (3), p239-50.
33. Joe GW, Node-link mapping for counseling cocaine users in methadone treatment, *J Subst Abuse*, 1994, 6 (4), p393-406.
34. Johnson RL, Drug abuse, *Pediatr Rev*, 1995, 16 (5), p197-9.
35. Knight DK, The role of node-link mapping in individual and group counseling, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1994, 20 (4) p517-27.
36. Kotranski L., Effectiveness of an HIV risk reduction counseling intervention for out-of-treatment drug users, *AIDS Educ. Prev.*, 1998, 10 (1), p19-33.
37. Laken MP, Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1996, 22 (3), p439-48.
38. Leshner AI, NIDA urges HIV counseling, testing for research subjects, *NIDA Notes*, 5/5, 1995.
39. Malliori M., A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons, *Addiction*, 1998, 93 (2), p243-51.
40. McClanahan KK, Training school counselors in substance abuse risk reduction techniques for use with children and adolescent, *J Drug Educ*, 1998, 28 (1), p39-51.
41. McKay JR, Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results, *J Consult Psychol*, 1997, 65 (5), p778-88.
42. McLellan AT, The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, *JAMA*, 1993, 269(15), p1953-9.

43. Mercer D, Individual addiction counseling, National Conference on Drug Addiction Treatment: From Research to Practice, NIDA, 1995.
44. Milby JB, Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1996, 22 (1), p95-107.
45. Miller WR, How to treat if you only have three or four sessions, National Conference on Drug Addiction Treatment: From Research to Practice, NIDA, 1995.
46. Miller WR, Motivational interviewing: research, practice, and puzzles, *Addict Behav*, 1996, 21 (6), p835-42.
47. Mucchielli R., *Apprendere il counseling*, 1987, Trento.
48. Newschaffer CJ, Improved birth outcomes associated with enhanced Medicaid prenatal care in drug-using women infected with the human immunodeficiency virus, *Obstet Gynecol*, 1998, 91 (6), p885-91.
49. Nyamathi AM, Relative impact of two AIDS Education Programs among high-risk women on cognitive, behavioral, and psychosocial variables, *AIDS education and prevention*, 1997, 9, p253-73.
50. Ong TH, Changes in psychological characteristics of drug abusers in a group counselling programme, *Bull Narc*, 1994, 46 (2), p35-47.
51. Pitre U., Client education levels and the effectiveness of node-link maps, *J Addict Dis*, 1996, 15 (3), p27-44.
52. Richards D., Methadone in rural general practice: addiction or rehabilitation, *Aust J Rural Health*, 1998, 6 (1), p. 42-5.
53. Rowe L, Making general practice work for young people, *Aust Fam Psysician*, 1997, 26(12), p1403-5.
54. Samet JH, Beyond CAGE. A brief clinical approach after detection of substance abuse, 1996, 156 (20), p2287-93.
55. Senay EC, Medical maintenance: a pilot study, *J Addict Dis*, 1993, 12 (4) p. 59-76.
56. Siegal HA, Enhancing substance abuse treatment with case management. Its impact on employment, *J Subst Abuse Treat*, 1996, 13 (2), p93-8.
57. Silverman D, Parlare di "sesso sicuro" nel counseling per l'HIV: valutazioni di tre formati di comunicazione, 1993, *Basis*, 1, p41-54.
58. Simpson DD, Client engagement and change during drug abuse treatment, *J Subst Abuse*, 1995, 7 (1), p117-34.
59. Simpson DD, The DATAR project: cognitive and behavioral enhancements to community-based treatments. N Tims et al. (eds), *The effectiveness of innovative strategies in the treatment of drug abuse*, Westport, 1996.
60. Simpson DD, Drug abuse treatment process components that improve retention, *J Subst Abuse Treat*, 1997, 14 (6), p565-72.
61. Singer N, Evaluation of a training course on sexual counselling in a drug work setting, *AIDS Care*, 1994, 6 (2) p221-35.
62. Stanton MD, Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta analysis and review of the controlled, comparative studies, *Psychol Bull*, 1997, 122 (2), p 170-91.
63. Taleff MJ, A survey of training needs of experienced certified addictions counselors, *J Drug Educ*, 1996, 26 (2), p199-205.
64. Van Ameijden EJ, Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and HIV among drug-using prostitutes, *AIDS* 1994, 8(2), p913-21.
65. Wald R., A treatment model for women substance users, *Int J Addict*, 1995, 30 (7), p881-8.
66. Weinstein SP, Randomized comparison of intensive outpatient vs. individual therapy for cocaine abusers, *J Addict Dis*, 1997, 16 (2), p41-56.

67. Young NK, Mental health and substance abuse treatment services for dually diagnosed clients: results of a statewide survey of county administrators, J Behav. Health Serv Res, 1998, 25 (1), p83-92.
68. Zanis DA, A comparison of three methods of measuring the type and quantity of services provided during substance abuse treatment, 1997, p25-32.

### **Valutazione dei risultati ed esiti degli interventi**

- EMCDDA: Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators. 1998
- EMCDDA: Insights Series: Outreach work among drug users in Europe: conce practice and terminology. June 1999.
- EMCDDA: Scientific Monograph Series: Evaluating drug prevention in the European Union. June,1998
- EMCDDA: Scientific Monograph Series: Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union. January 1999.
- EMCDDA: Scientific Monograph Series: Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. July 2000.
- EMCDDA: Scientific Monograph Series: Evaluation: a key tool for improving drug prevention. August 2000