

## Parte III Interventi sanitari e sociali

433

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

attualmente si trovano consolidate esperienze e buone prassi di prevenzione che auguriamo possano essere valorizzate e diffuse sempre più.

Stesso discorso per quanto riguarda il reinserimento socio-lavorativo, tema molto difficile in questa fase generale di crisi del sistema economico e sociale, in cui in assenza di risorse certe e definite, molte Agenzie del privato sociale, degli enti pubblici e delle Comunità Terapeutiche si sono attrezzate elaborando in maniera innovativa modelli di inserimento lavorativo e sociale tendenti a integrare le problematiche del lavoro e dell'autonomia individuale.

*Le CT, il sistema carcerario e le misure alternative alla detenzione*

Le CT sono state in questi anni anche il luogo privilegiato di accoglienza delle persone tossicodipendenti con misure alternative alla detenzione. Relativamente a questo aspetto è fondamentale porre attenzione al sistema nel suo complesso, migliorandolo soprattutto relativamente ai tempi ed ai modi necessari per poterne usufruire. Le misure alternative riducono i costi della spesa pubblica e rispondono in maniera appropriata al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tutto ciò anche in virtù dei dati che ci indicano in non più del 40 % (circa 4.000 detenuti all'anno) le persone tossicodipendenti incarcerate aventi titolo (circa 10.000 detenuti) rispetto a quelle che poi riescono realmente ad usufruirne ed a essere accolte in misura alternativa nelle CT attrezzate e disponibili alla presa in carico.

**Conclusioni**

Il panorama delle CT in Italia, nonostante significative differenziazione intra ed extra Regioni e PA, è un sistema di cura che si è evoluto con una certa capacità di rinnovamento e di attenzione alla riqualificazione sulla base della lettura scientifica del fenomeno. Allo stesso tempo si registra l'attenzione ad intercettare nuovi bisogni così come la necessità di intervenire attraverso la costruzione di nuovi modelli di intervento tendenti ad aggiornare il settore.

La riorganizzazione e razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria influenza ovviamente anche i budget assegnati per le politiche di contrasto alle dipendenze, penalizzando innanzitutto le attività integrative come, ad esempio, il lavoro con il nucleo familiare dei pazienti, i percorsi di reinserimento socio-lavorativo e gli ulteriori investimenti nelle strutture, indispensabili sia per offrire standard adeguati che per la corretta diversificazione dell'offerta poc'anzi menzionata.

Pertanto, qualsiasi intervento finalizzato all'accreditamento e la conseguentemente definizione del sistema tariffario, finalizzato a garantire quella uniformità nell'applicazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, non può essere disgiunto da un'adeguata previsione economica, indispensabile per la definizione delle strategie generali, l'individuazione dei macro-obiettivi e della programmazione che ogni Regione e PA deve effettuare per garantire al sistema delle dipendenza di essere competitivo, efficace ed efficiente.

Un sistema "Comunità" infine che, nonostante le difficoltà, mantiene una propria identità legata inescindibilmente a tradizioni storiche e culture proprie e che, al contempo, ha superato quella "concezione dogmatica" di leggere e interpretare i fenomeni delle dipendenze, bensì di essere aderente ai molteplici cambiamenti che la società odierna impone e che obbliga tutti a dare delle risposte adeguate e al passo coi tempi.

## 1.8 Interventi di riduzione del danno

La riduzione del danno è una strategia di intervento nata nella seconda metà degli anni '80 prioritariamente sulla necessità di arginare il possibile propagarsi di *malattie infettive* (soprattutto il virus Hiv che aveva raggiunto in alcuni contesti/piazze di tossicodipendenza percentuali di diffusione del 40/50 %) tra i consumatori di sostanze illecite (eroina soprattutto) per via endovenosa ed i sempre più numerosi casi di morte per over dose (l'Italia aveva ormai raggiunto in quegli anni la spaventosa cifra di più di mille morti all'anno per overdose da eroina), e in seguito, data la sua efficacia, allargatasi anche ad ambiti diversi da quello delle sostanze *stupefacenti* per via iniettiva e della tossicodipendenza per pratiche di intervento su usi, abusi e consumi problematici di vario tipo (rave, contesti del loisir, grandi eventi del divertimento notturno ecc.).

La riduzione del danno si basava quindi, fondamentalmente, su due pratiche prioritarie:

- in primo luogo, la distribuzione di materiale sterile gratuito (siringhe, tamponi, acqua distillata e Narcan) ai tossicodipendenti, incentivando la restituzione, da parte di questi, delle siringhe usate per evitarne con il loro abbandono il riuso o il contatto inconsapevole da parte di altri frequentatori degli stessi luoghi. Negli *anni ottanta* la principale causa di infezione da *HIV* o *epatiti* nella popolazione tossicodipendente era costituita dallo scambio di siringhe infette;

- in secondo luogo, sulla promozione della tutela della salute delle persone consumatrici/abusatrici, della prevenzione secondaria e terziaria alle varie tipologie associate mediante il passaggio di informazioni e counseling attraverso i diretti interessati coinvolti (educazione tra pari o *peer education*) ed operatori di strada preparati. Tali pratiche si svolgono solitamente in strutture preposte fisse a libero accesso (dette "*drop-in*") o unità mobili (camper o autobus che raggiungono i luoghi di consumo). La particolare modalità attraverso cui questi servizi accolgono l'utenza è definita come di "*bassa soglia*" per la facilità dell'accesso e del contatto.

Le prime esperienze di riduzione del danno nascono nel nord Europa (Regno Unito, Olanda) e poi nei primi anni 90 in Italia, per fronteggiare l'emergenza della diffusione di infezioni da HIV e overdose tra i tossicodipendenti. Queste prime esperienze (pur all'interno di un acceso dibattito etico, valoriale e scientifico tra le varie parti del sistema di intervento), tuttavia, sono state estremamente rilevanti, sia da un punto di vista epidemiologico che epistemologico, ossia, se da un lato si sono rivelate efficaci per contrastare le overdose e la diffusione di HIV e delle epatiti (si vedano ad esempio i programmi di riduzione del danno realizzati a Milano, Roma, Torino, Napoli, Parma, Bologna, Firenze, Venezia ecc.), esse hanno anche notevolmente contribuito a consolidare un approccio pragmatico verso la dipendenza da sostanze, in cui la valenza di non giudizio a priori e di accompagnamento socio relazionale e sanitario, anche nelle situazioni di estrema gravità, ha permesso l'emersione e l'aggancio di un sommerso di tossicodipendenti che non si rivolgevano ai servizi preposti. Nei primi anni '90 si stimava fosse il 70% la popolazione nascosta di tossicodipendenti non agganciate ai servizi e non immediatamente disponibile a intraprendere un percorso di cura e cambiamento.

Ripercorrendo sommariamente la storia della riduzione del danno nel nostro paese, si vede come, oltre ad attività specifiche sopra esposte, ci fu un graduale "abbassamento" delle soglie di accesso ai servizi di trattamento (equipe di strada prima e poi Ser.T., modalità di somministrazione di farmaci sostitutivi anche territoriali, comunità terapeutiche etc.) e in numerose regioni furono attivate specifiche iniziative progettuali quali Unità di Strada, Drop in, macchine scambia-siringhe etc.

## Parte III Interventi sanitari e sociali

435

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Le azioni svolte da questi “nuovi” servizi avevano la finalità di “andare incontro” (outreach) alla popolazione target nei loro luoghi di incontro ed aggregazione al fine di realizzare il contatto precocemente, senza attendere il manifestarsi della domanda diretta. Le iniziative erano costituite da programmi di distribuzione/scambio di materiali di profilassi e di farmaci salvavita, di interventi volti alla modificazione dei comportamenti a rischio attraverso l’informazione e il miglioramento della consapevolezza, altri volti a facilitare il contatto con il sistema socio sanitario territoriale (Centri screening, ambulatori, Ser.T. etc.). Erano (e sono) stati inoltre attivati alcuni progetti sperimentali di peer support. In questo percorso di avvicinamento e aggancio ai servizi divenne poi decisiva una diversa politica sanitaria di offerta di farmaci sostitutivi e/o antagonisti nei servizi territoriali.

L’impatto con i consumatori attivi evidenziava inoltre come il consumo di sostanze si associasse sovente a condizioni di marginalità sociale e legale (premessa o derivazione del consumo stesso). Da tale concreta esperienza derivava l’estensione degli interventi ai temi del sociale: l’orientamento e l’accompagnamento alle reti sociali di supporto diventava un altro elemento tipico delle azioni di riduzione del danno e, in particolare nell’ambito dei drop in, venivano attivati sempre più direttamente interventi sociali di base (docce, buoni pasto, lavatrici, guardaroba, orientamento alla rete dei dormitori, interventi di comunità e di salute pubblica, mense popolari, inserimento lavorativo etc.).

Tale apertura al sociale portava inoltre al contatto diretto con altre popolazioni marginali (alcool dipendenze, senza fissa dimora, immigrati, mondo della prostituzione, etc.) ponendo l’accento sulla necessità di coniugare, in maniera innovativa, i temi dell’intervento sulle droghe con quelli dell’integrazione sociale, dell’abuso di alcool in strada, del diffuso spaccio di psicofarmaci senza ricetta, delle attività di prostituzione, ecc.

Ripercorrendo le principali tappe dell’evoluzione della riduzione del danno e dei rischi in Italia, non possiamo non includere l’Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla “*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*”, dove, per la prima volta, compaiono a livello nazionale, le premesse per inserire i servizi di riduzione del danno nel sistema dei servizi per le tossicodipendenze.

Tra “i principi ispiratori delle attività assistenziali” si legge: “*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*”.

Il documento che tuttavia pone le basi concrete, a livello nazionale, per orientare l’attivazione di servizi di RdD sono le Linee Guida sulla Riduzione del Danno, stilato dopo la Conferenza di Napoli del 1997 (ove ci fu una sessione ad hoc sulla riduzione del danno) e presentato alla Conferenza di Genova, dal Ministero della Sanità, nel Novembre 2000. Tali Linee Guida si pongono come obiettivo “*non ... le motivazioni che inducono le persone al consumo di sostanze stupefacenti, ma ... 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 il consumo [di sostanze stupefacenti] comporta per la persona e per la società....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*”.

Nel medesimo documento vengono definiti gli interventi di strada (outreach work), e individuate quattro aree principali in riferimento alle caratteristiche metodologiche più specifiche per l'Italia:

- “interventi di comunità” (community based), caratterizzati da una operatività che si colloca in ambito diverso da quello terapeutico e, in generale, istituzionale (pubblico e privato che sia, comunque relativo a “tecnostutture” del settore sociosanitario). Tale ambito può essere definito “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”, come nella gran parte delle iniziative italiane, 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 dei farmaci sostitutivi, in luoghi ricreativi e ludici, o altri luoghi di vita quali dormitori, carcere ecc. (peripathetic outreach), o ancora (ma nella realtà italiana sono quasi inesistenti) interventi mirati a singoli o a gruppi a livello domiciliare (domiciliary outreach);
- “interventi a bassa soglia” (low threshold), caratterizzati cioè dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.);
- “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);
- relazioni a “legame debole, non giudicanti, non normative, flessibili nella scelta degli obiettivi pragmaticamente raggiungibili, rispettose di diritti fondamentali quali l’anonimato e segretezza rispetto alle informazioni raccolte sulle singole persone. 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-utente.

Il documento, inoltre, definisce un quadro di orientamento piuttosto approfondito individuando un insieme di condizioni di base che rendono possibile l’attivazione e lo sviluppo degli interventi in modo efficace. Tale quadro si organizza su tre livelli : a) in riferimento alla popolazione target; b) in riferimento al sistema dei servizi; c) in riferimento al territorio e alla popolazione generale.

Contemporaneamente a livello europeo, si andava definendo la riduzione del danno come uno dei quattro pilastri (Riduzione dell’offerta/repressione del traffico; Riduzione della domanda/prevenzione; Trattamento e riabilitazione/integrazione; Riduzione del danno/riduzione dei rischi) su cui fondare l’azione di contrasto alla droga della strategia dell’Unione Europea. Nel piano di azione europeo sulle droghe (UE Action Plan 2003-2012) si continua a ribadire la necessità di azioni specifiche all’interno della più globale strategia per la riduzione della domanda di droghe: “*gli Stati membri, al fine di ridurre considerevolmente i danni causati alla salute*

dall'uso di stupefacenti (quali HIV, epatite B e C e tubercolosi) e il numero di decessi per droga, dovrebbero prevedere, come parte integrante delle loro politiche globali in materia di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze, una serie di servizi e strutture differenziati, finalizzati in particolare alla riduzione del rischio; pertanto gli Stati membri, tenendo presente l'obiettivo generale primario di prevenire l'abuso di droghe, dovrebbero:

- fornire informazioni e consulenza ai tossicodipendenti al fine di promuovere la riduzione dei rischi e facilitare il loro accesso ai servizi appropriati; (...)
- includere le metodologie del lavoro di prossimità nelle politiche nazionali sanitarie e sociali in materia di droga e sostenere una formazione appropriata al lavoro di prossimità e l'elaborazione di norme e metodi di lavoro; il lavoro di prossimità (outreach) è definito come un'attività orientata alla comunità locale, intrapresa al fine di contattare individui o gruppi appartenenti a specifiche popolazioni bersaglio che non sono contattati o raggiunti in modo efficace dai servizi esistenti o attraverso i canali tradizionali di educazione in materia di salute;
- fornire un accesso, ove appropriato, alla distribuzione di preservativi e di materiale per iniezioni, nonché ai programmi e ai punti per il loro scambio; (...) (Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003/488/CE), Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 3.7.2003).

Nel Dicembre 2012, l'Unione Europea adotta la European Union Drug Strategy 2013-2020, in cui si continua ad indicare la necessità di interventi atti a contrastare le infezioni droga correlate, tra cui l'HCV, evidenziando, tra le priorità, quella di investire in misure di riduzione del danno e del rischio.

Il Piano di azione Europeo 2013-2016, pertanto, riporta tra gli obiettivi quello di Integrare approcci coordinati, basati sulle migliori pratiche e sulla qualità nella riduzione della domanda di droga, dove tra le azioni (oltre alla prevenzione, alla diagnosi e intervento precoce e al trattamento, integrazione sociale e recupero) vengono indicate le misure di riduzione del rischio e del danno. Nel medesimo documento, tra gli indicatori per stimare la messa in atto di tali azioni, è inserito "la valutazione della disponibilità, dell'offerta e della qualità dei servizi e degli interventi nei settori della prevenzione, della riduzione del danno, del reinserimento sociale e del trattamento.

In Italia la discussione sulla Riduzione del Danno viene ripresa e si sviluppa a seguito della Conferenza Nazionale sulle Droghe tenutasi a Trieste nel 2009.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, con l'ausilio di un gruppo di lavoro formato da professionisti dei servizi pubblici e del privato sociale, redige un documento denominato "Misure ed azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti" e lo invia alla Conferenza Stato/Regioni per la sua approvazione.

Il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, su mandato della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, esamina tale documento anche confrontandosi con le Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale.

Il Gruppo si esprime favorevolmente sulla necessità, in generale, di pervenire ad un accordo Stato/Regioni sulla definizione di linee guida nazionali sulla riduzione del danno, tenuto conto delle specificità e degli orientamenti programmatici di ogni singola Regione e PA. Rileva altresì che il documento presentato dal DPA sia molto complesso e articolato e investe argomenti non

pertinenti alla riduzione del danno e che non affronta l'insieme delle sostanze stupefacenti. Ritiene che il documento non possa figurarsi come un'applicazione di un LEA in quanto il documento sui LEA non è stato ancora approvato, che prevede oneri (amministrativi, organizzativi e finanziari) solamente in capo alle Regioni e PA; esprime forti perplessità sul metodo adottato dal DPA in quanto le Regioni e PA (ma anche gli Enti locali) non sono state affatto coinvolte preventivamente nella stesura del documento.

Propone pertanto alcune modifiche, approvate dalla Commissione Salute, che vengono inviate in Conferenza Stato/Regioni per la loro discussione e approvazione.

Ad oggi tale confronto e discussione non è avvenuto e l'Italia si trova nella situazione di non avere una propria Linea Guida sulla riduzione del danno formalmente approvata nella sede istituzionale preposta (la Conferenza Stato/Regioni).

Rimane però un documento tecnico, condiviso dal Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute e dalle Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale, che opportunamente ripreso e discusso, può costituire la base di partenza per pervenire a un documento nazionale formalmente approvato che dia impulso per attivare interventi di riduzione del danno su tutti i territori regionali anche in previsione del loro inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza.

### ***Lo stato dell'arte delle azioni/progetti sulla riduzione del danno nei territori regionali***

L'uso di sostanze stupefacenti costituisce un fenomeno sempre più ampiamente diffuso e diversificato, che comprende l'uso di molte sostanze, spesso associate tra loro (con grande rilievo oltre all'eroina, cannabis, cocaina ed alcool), e che investe popolazioni molto differenti: si va dalla marginalità estrema (in cui compare rilevante il fenomeno del consumo e dell'abuso, soprattutto di Alcool, cocaina e oppiacei o psicofarmaci anche in maniera non iniettiva) tra immigrati ed emarginati senza dimora, alla "normalità" costituita sia da giovani consumatori (italiani e ben integrati) sia da adulti ben inseriti nella vita sociale e lavorativa soprattutto in contesti del loisir e del divertimento e con mix e policonsumi tra legali ed illegali molto pericolosi e poco consapevoli.

Questa "normalizzazione" (del consumare e delle popolazioni che consumano) ha determinato numerose conseguenze: sul piano della classificazione dell'uso ha imposto l'adozione di criteri più aggiornati circa i concetti di consumo, abuso e dipendenza, contribuendo a superare lo stereotipo secondo cui le sostanze e le modalità di consumo sono tutte uguali ed egualmente dannose ma, nel contempo, ha alimentato una convinzione molto pericolosa: che si possa consumare sostanze (qualunque esse siano) senza correre alcun rischio. Tutto questo ha posto i servizi e gli operatori dei sistemi di intervento territoriali di fronte a nuove sfide e alla necessità di adeguare i propri interventi e i propri obiettivi a nuovi interlocutori e a nuove richieste, cercando, nel contempo, di non perdere di vista la propria specificità ed il rapporto continuativo con i consumatori "tradizionali". Gli interventi di bassa soglia e prossimità ai consumi/abusi permettono un aggancio ed un importante lavoro di monitoraggio delle sostanze circolanti e delle culture connesse a questi nuovi consumi con una possibilità di aggancio precoce al sistema di intervento se necessario.

La complessità dello scenario sommariamente descritto, in cui sono co-presenti vecchie e nuove droghe, vecchi e nuovi consumi, vecchi e nuovi consumatori, ha obbligato, a questo punto, a una ridefinizione dei concetti di riduzione del danno e di riduzione dei rischi (idealmente parti complementari di un continuum e non ambiti separati) ed un avvicinamento delle esperienze operative in corso.

## Parte III Interventi sanitari e sociali

439

## Capitolo 1 Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Per poterlo fare è però necessario compiere un ulteriore passaggio e superare una dicotomia. Nonostante la similarità degli obiettivi (in primo luogo la tutela della salute delle persone che consumano sostanze) si registra però il permanere di una significativa distanza e talvolta confusione tra l'ambito della "riduzione del danno" (i suoi operatori, le sue esperienze, i target, soprattutto tossicodipendenti, di riferimento) e quello della "riduzione dei rischi" (spesso associato all'idea di prevenzione universale mentre indica solo contesti diversi, prioritariamente di divertimento e prestazionalità, ma rischi altrettanto gravi sulla qualità delle sostanze circolanti, sui rischi di incidentalità connessa all'uso ecc). Da un lato vengono enfatizzati gli aspetti della dipendenza, delle patologie correlate (HIV innanzitutto) e dell'esclusione sociale, dall'altro quelli della "normalità", della differenza dei target incontrati, delle sostanze consumate e degli stili di consumo (maggiormente occasionali).

Come sopra esplicitato gli stessi documenti della Strategia Europea utilizzano entrambi i termini per indicare le azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo (occasionale o continuativo) di sostanze (legali ed illegali) con particolare attenzione ai temi della tutela e promozione della salute, del mantenimento e del miglioramento del livello di inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base delle persone che consumano sostanze. Sia gli interventi di rdd che quelli di rdr non sono finalizzati alla cessazione del comportamento di consumo, pur valorizzando l'orientamento alla cura anche per il suo valore protettivo. Sono entrambi finalizzati alla tutela della salute delle persone che consumano sostanze e a limitare la loro esclusione sociale.

Partendo dai presupposti su cui si basa la riduzione del rischio/riduzione del danno, ovvero:

- nonostante gli sforzi del sistema di repressione del traffico e degli interventi di prevenzione, le sostanze (legali ed illegali) sono disponibili ed alcune persone, per molteplici motivi, le usano spesso inconsapevoli degli enormi rischi o degli effettivi consumi agiti;
- nell'usare sostanze (legali ed illegali, occasionalmente o continuativamente), le persone corrono dei rischi e possono riportare dei danni (o causarne ad altri non più solo le infezioni o le over dose ma anche le varie incidentalità connesse o gli atteggiamenti pericolosi inconsapevoli);
- secondo le linee guida nazionali ed internazionali, i danni ed i rischi principali che si intendono ridurre o contenere sono costituiti da:
  - patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale
  - mortalità acuta (overdose, colpo di calore etc.) diretta o conseguente (es. incidenti stradali etc.)
  - eventi dannosi per la salute (aggressività etero ed auto diretta, conflittualità, esplosioni d'ira, disturbi fisici etc.)
  - esclusione sociale (dei consumatori)
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) vogliono o sono in condizione di cessare il proprio consumo
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) sono in condizione di accedere ad un trattamento (conoscenza, regole, vincoli etc.)
- le persone che consumano sostanze stupefacenti sono titolari di diritti (di tutela, di assistenza, di cittadinanza) e di doveri (di tutela e autotutela). Sono capaci di scelte e cambiamenti anche se persiste l'uso ed in assenza di richiesta di cura.

Si possono declinare le finalità degli interventi, che secondo linee guida internazionali e nazionali, devono essere atti a:

- facilitare il contatto tra consumatori di sostanze e sistema di intervento, “andando incontro” a queste persone nei loro luoghi di incontro aggregazione o divertimento (senza aspettare una eventuale richiesta di cura)
- migliorare conoscenze, competenze e comportamenti dei consumatori di sostanze attraverso azioni informative, formative, di disincentivazione e di orientamento
- aumentare e facilitare l'accesso a materiali di profilassi (siringhe, profilattici etc.) e farmaco salvavita, istruendo i consumatori ad un loro uso corretto
- migliorare la qualità di vita dei consumatori anche attraverso la connessione con i sistemi locali di intervento (sanitari, sociali e socio-assistenziali)
- facilitare l'accesso ai trattamenti.

Nello specifico le tipologie di servizi che attualmente sono presenti in Italia che rientrano prioritariamente nei criteri sopra esposti sono le seguenti:

- Unità mobile per le dipendenze: equipe mobile territoriale, anche con ausilio di veicolo ( unità mobile ), che in maniera attiva e continuativa contatta consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo (la piazza, la scena dello spaccio ) svolgendo attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool ), mediante distribuzione di materiale di profilassi (es. siringhe, profilattici, narkan ...) e/o attività e materiale di screening informazione e counseling;
- Unità mobile per Giovani: equipe mobile territoriale, anche con ausilio di veicolo ( unità mobile) o spazi di prima accoglienza ( stanze e spazi Chill out ) che contatta in maniera attiva giovani consumatori/ abusatori di sostanze ed interviene in contesti del divertimento e del loisir ( concerti, rave, grandi eventi, locali notturni, discoteche etc. ), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counseling ed informazioni sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e materiale di riduzione del danno ( kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, distribuzione siringhe se utile).
- Drop incenter: centro Fisso a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti soprattutto alcool, cocaina ed eroina, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici, narkan ...) e/o materiale di screening nonché materiali di prima necessità e /o orientamento alla rete delle offerte sociosanitarie (dormitori, SERT, pronto soccorso, mense ....).
- Centri di Prima Accoglienza: in alcuni contesti territoriali vengono inseriti nell'area della rdd anche i centri diurni e/o notturni a libero accesso da parte di consumatori problematici in cui è possibile avere un'accoglienza ( talvolta anche con la fornitura di strumenti di profilassi e rdd specifica) e primo ristoro sia notturno che diurno (docce, cambio di abiti, pausa, the caldo o freddo, dormire, spazi di pausa dalla vita di strada ). In altri territori questa tipologia di prima accoglienza è stata inserita in



## Parte III Interventi sanitari e sociali

441

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

maniera stabile nei servizi accreditati di cura e presa in carico per le tossicodipendenze secondo l'Atto di Intesa Stato/Regioni del 1999 sopra citato.

La metodologia e l'approccio di riduzione del danno e dei rischi connessi all'abuso e dipendenza da sostanze

psicoattive in Italia, pur dopo decenni di sperimentazione e validazioni scientifiche importanti, ha comunque provocato discussioni e dibattiti molto accesi di tipo scientifico ma anche puramente ideologici

ed etici. Nel rispetto delle posizioni, anche divergenti, è ormai necessario uno sforzo condiviso di superamento di tali ideologici preconetti soprattutto alla luce del previsto inserimento di queste pratiche nel prossimo documento sui Livelli Essenziali di Assistenza socio sanitari e quindi la scelta di andare verso la loro stabilizzazione e garanzia di sviluppo e presenza su tutto il territorio nazionale.

*Servizi censiti*

Mediante la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale attivi su questi temi (Forum Droghe, Itardd, Lila, Antigone e altre reti) ha lanciato una breve indagine on line. In sintesi, partendo dall'indirizzario di ciascuna rete, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line (si veda allegato) e a sua volta invitare altri organismi da questo conosciuti a rispondere.

I risultati raccolti sono stati presentati e confrontati con il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che hanno effettuato una verifica dei dati raccolti e agito le opportune integrazioni e/o correzioni.

Alla data del 31 dicembre 2014, risultano attivi 185 servizi oggetto di indagine. Come riportato nella tabella seguente 2 regioni non hanno fornito alcun dato - quindi non è possibile rilevare se non esiste alcun servizio oppure se il dato non è rilevato - mentre altre 2 regioni, pur avendo fornito i dati, questi non riguardano strettamente i servizi oggetto di indagine. I servizi/progetti sono classificati secondo le 4 tipologie sopra definite (unità mobile per le dipendenze UTOX, unità mobile per i Giovani nei contesti del loisir UG, Drop in DI, Centri di Prima Accoglienza PA)

/II Progetto Integrato di Riduzione del Danno, realizzato a Roma, è stato stimato evitare in 2 anni (1/8/1994-31/7/1996) non meno di 134 nuove infezioni da HIV, di cui il 34% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Gli stessi ricercatori, che avevano valutato l'efficacia del programma, riportavano che l'effetto previsto di 10 anni di programma sarebbe stato l'evitamento di 1073 nuove infezioni, di cui il 50% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Nel medesimo articolo i ricercatori sostenevano che da un rapporto costo/benefici i programmi di riduzione del danno rappresentano una modalità di impiego delle risorse efficiente. Si veda a questo proposito: Davoli et al, 1997, *Programma Integrato di Riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma*, Progetto Salute (13), 36.

Relazione Annuale al Parlamento 2015

442

Tabella 22: Servizi/progetti censiti per regione e P.A.

Regione	UTOX	UG	DI	PA	ALTRO	TOTALE	%
Abruzzo	0	0	0	0	1	1	0,5
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0,0
Calabria	0	0	0	0	1	1	0,5
Campania	9	24	2	2	1	38	20,5
Emilia Romagna	2	10	3	0	2	17	9,2
Friuli Venezia Giulia	0	2	0	0	1	3	1,6
Lazio	12	5	6	3	3	29	15,7
Liguria	1	0	1	2	1	5	2,7
Lombardia	5	10	5	0	2	22	11,9
Marche	3	2	0	0	4	9	4,9
Molise	-	-	-	-	-	0	-
P.A. Bolzano	0	0	2	0	1	3	1,6
P.A. Trento	0	0	0	0	1	1	0,5
Piemonte	2	8	5	1	6	22	11,9
Puglia	0	0	1	0	1	2	1,1
Sardegna *	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia *	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	5	5	2	1	6	19	10,3
Umbria	2	1	1	1	1	6	3,2
Val d'Aosta *	-	-	-	-	-	0	-
Veneto	2	2	1	1	1	7	3,8
<b>TOTALE</b>	<b>43</b>	<b>69</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>
<b>%</b>	<b>23,2</b>	<b>37,3</b>	<b>15,7</b>	<b>5,9</b>	<b>17,8</b>	<b>100,0</b>	

\* dati non pervenuti

## Parte III Interventi sanitari e sociali

443

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Figura 33: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi/progetti censiti. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

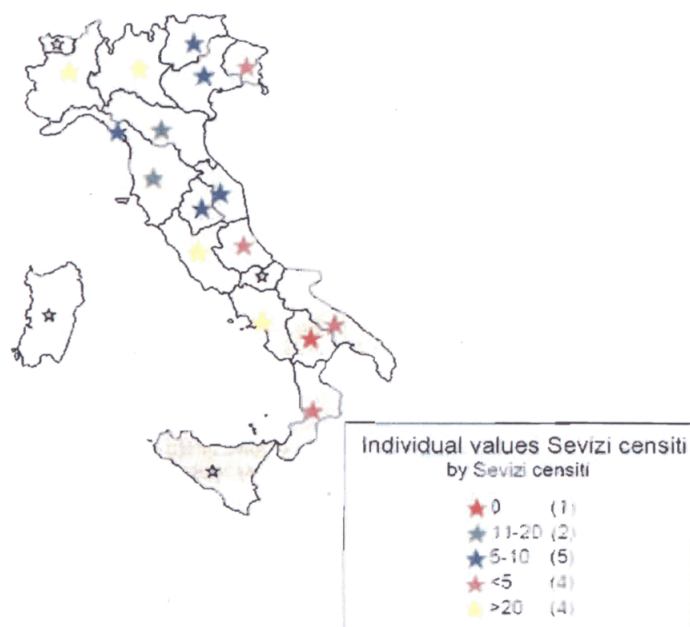


Figura 34: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per le tossicodipendenze. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

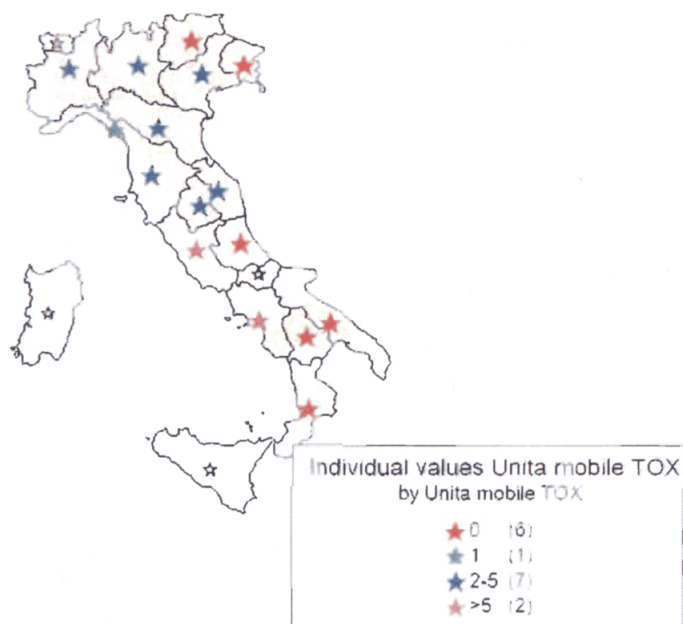


Figura 35: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per i Giovani nei contesti del loisir. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

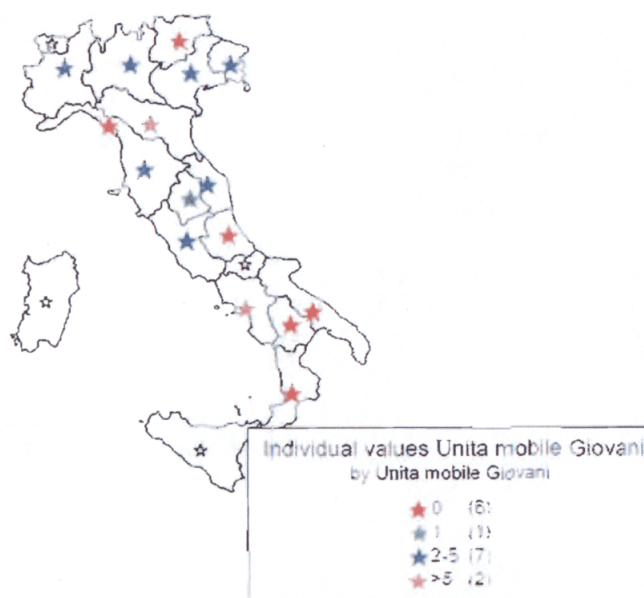
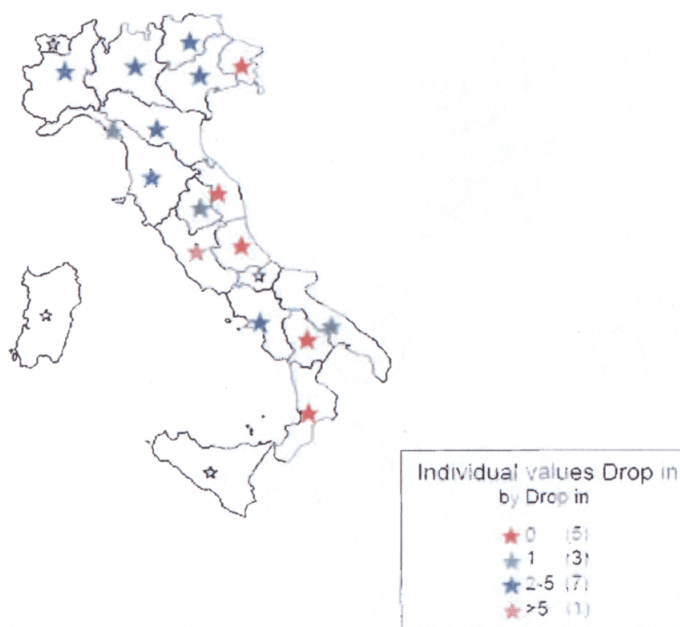


Figura 36: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Drop in. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

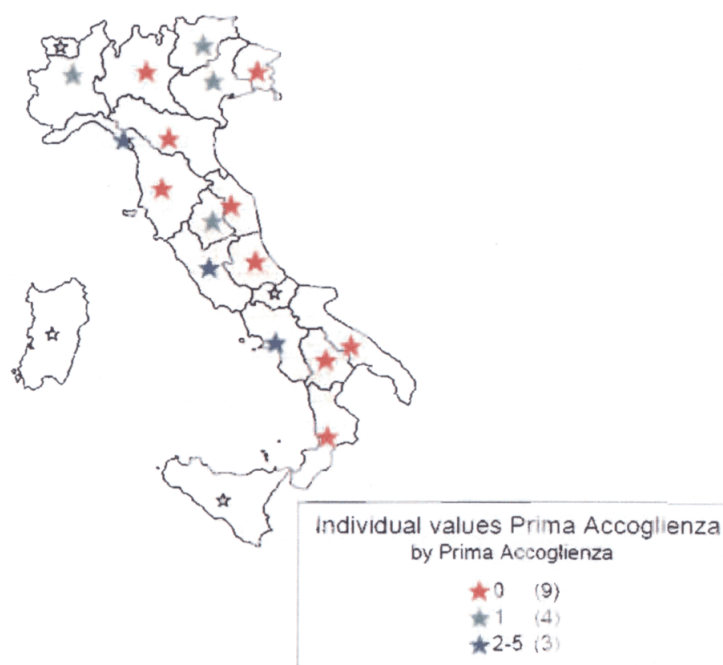


## Parte III Interventi sanitari e sociali

445

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Figura 37: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi di Prima Accoglienza. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati



Per ciò che riguarda le fonti di finanziamento i progetti servizi risultano avere come principale fonte di finanziamento dei fondi regionali, seguiti dalle aziende sanitarie locali.

Tabella 23.

Unità mobile TOX	Finanziamento			
	ASL	Ente Locale	Regione	Totale
Campania	1		8	9
Emilia Romagna	1	1		2
Friuli Venezia Giulia				0
Lazio			12	12
Liguria			1	1
Lombardia			5	5
Marche			3	3

Relazione Annuale al Parlamento 2015

446

P.A. Bolzano				0
P.A. Trento				0
Piemonte	2			2
Puglia				0
Toscana	1		4	5
Umbria	2			2
Veneto		2		2
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>43</b>
<b>%</b>	<b>16,3</b>	<b>7,0</b>	<b>76,7</b>	<b>100,0</b>

Tabella 24.

UMG	Finanziamento					TOT
	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	Stato	
Campania		2		22		24
Emilia Romagna		8		2		10
Friuli Venezia Giulia				2		2
Lazio				5		5
Liguria						0
Lombardia		1		9		10
Marche				2		2
P.A. Bolzano						0
P.A. Trento						0
Piemonte	1	4	1	1	1	8
Puglia						0
Toscana		3		2		5
Umbria			1			1
Veneto	1		1			2
<b>TOT</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>45</b>	<b>1</b>	<b>69</b>
	<b>2,9</b>	<b>26,1</b>	<b>4,3</b>	<b>65,2</b>	<b>1,4</b>	<b>100,0</b>

## Parte III Interventi sanitari e sociali

447

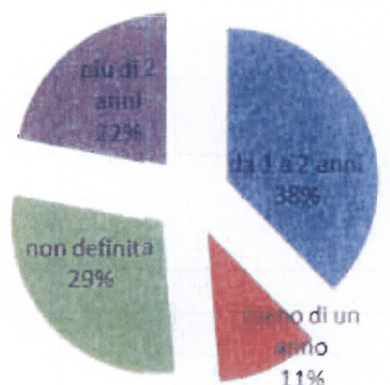
## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Tabella 25.

DROP IN	Finanziamenti				
	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	TOT
Campania				2	2
Emilia Romagna		3			3
Friuli Venezia Giulia					0
Lazio				6	6
Liguria				1	1
Lombardia				5	5
Marche					0
P.A. Bolzano			2		2
P.A. Trento					0
Piemonte	1	3		1	5
Puglia		1			1
Toscana		1		1	2
Umbria		1			1
Veneto			1		1
<b>TOT</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>29</b>
<b>%</b>	<b>3,4</b>	<b>31,0</b>	<b>10,3</b>	<b>55,2</b>	<b>100,0</b>

Su un campione di 115 servizi dei 189 che hanno risposto, sono state fornite ulteriori informazioni che ci permettono di comprendere meglio la riduzione del danno e la riduzione dei rischi in Italia.

Innanzitutto si tratta prevalentemente di progetti a carattere sperimentale e/o con finanziamenti di durata definita per il 59.1% dei casi. I restanti si definiscono servizi. Nel grafico vengono riportate le durate previste per fasce.

**Figura 38:** Distribuzione percentuale della durata prevista degli interventi (n=115)**Durata prevista del servizio/progetto**

Le prestazioni che risultano avere una frequenza maggiore al 75° percentile, e quindi trasversali a tutti i gli interventi, sono le seguenti:

- Ascolto, filtro e orientamento ad altre strutture
- Distribuzione materiale informativo ed Informazione su danni legati ad alcool, sostanze ed educazione sanitaria
- Counselling su alcool, sostanze ed MTS
- Distribuzione profilattici
- Invio servizi sanitari
- Invio servizi sociali

Per contro le prestazioni inferiori al 25° percentile sono

- Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell'assunzione di cocaina
- Corsi di peersupport
- Test rapidi per HIV
- Mediazione linguistica
- Somministrazione narcotest

Rispetto alle tipologie di servizi sono state rilevate le prestazioni erogate più significative. Le unità mobili rivolte ai giovani, si distinguono per il volume di attività relativo alle informazioni sulle malattie a trasmissione sessuale, per la distribuzione di etilometri, atti a far conoscere i rischi di un eccessivo consumo di alcol, nonché per gli invii a servizi sanitari. Le unità mobili rivolte a persone tossicodipendenti sono invece caratterizzate dalla distribuzione di materiale di profilassi ( siringhe, narkan, acqua distillata, profilattici ).

I drop in, essendo anche numericamente meno consistenti, tuttavia svolgono prevalentemente attività simili alle unità mobili per tossicodipendenti, con un maggior impiego di prestazioni di counselling e supporto psicologico.