

ITALIA - DATI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2015																					
Regione	Strutture socio-riabilitative																				
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali					
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	
PIEMONTE	50	50	667	140	807	5	5	65	15	80	5	5	68	16	84	60	60	800	171	971	
VALLE D'AOSTA	4	4	11	3	14	1	1	5	2	7	0	0	0	0	0	5	5	16	5	21	
LOMBARDIA	127	101	1.752	370	2.122	18	14	130	12	142	20	13	673	110	783	165	128	2.555	492	3.047	
LIGURIA	23	22	235	55	290	7	7	10	0	10	3	3	3	2	5	33	32	248	57	305	
TRENTINO A.A.	5	5	87	15	102	1	1	127	69	196	1	1	61	49	110	7	7	275	133	408	
VENETO	70	67	660	175	835	30	28	128	16	144	15	12	86	142	228	115	107	874	333	1.207	
FRIULI V.G.	7	7	56	4	60	4	2	4	0	4	4	3	17	4	21	15	12	77	8	85	
EMILIA ROMAGNA	85	81	1.840	373	2.213	19	13	81	17	98	7	6	131	34	165	111	100	2.052	424	2.476	
TOSCANA	46	42	553	139	692	15	14	192	56	248	7	6	67	28	95	68	62	812	223	1.035	
UMBRIA	17	17	304	59	363	4	4	33	3	36	1	1	12	6	18	22	22	349	68	417	
MARCHE	32	31	384	88	472	14	14	66	23	89	8	8	73	10	83	54	53	523	121	644	
LAZIO	22	17	257	60	317	11	8	301	61	362	5	3	1.097	179	1.276	38	28	1.655	300	1.955	
ABRUZZO	12	12	154	14	168	2	2	28	18	46	4	4	24	2	26	18	18	206	34	240	
MOLISE	4	4	45	2	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	45	2	47	
CAMPANIA	14	14	270	15	285	7	7	31	2	33	6	6	27	2	29	27	27	328	19	347	
PUGLIA	43	30	390	36	426	14	9	54	4	58	18	13	236	20	256	75	52	680	60	740	
BASILICATA	5	5	80	6	86	2	2	5	1	6	3	3	26	0	26	10	10	111	7	118	
CALABRIA	24	23	346	21	367	7	7	46	5	51	1	0	0	0	0	32	30	392	26	418	
SICILIA	19	17	273	30	303	6	6	43	5	48	3	3	32	10	42	28	26	348	45	393	
SARDEGNA	19	17	299	44	343	1	0	0	0	0	8	7	146	9	155	28	24	445	53	498	
TOTALE	628	566	8.663	1.649	10.312	168	144	1.349	309	1.658	119	97	2.779	623	3.402	915	807	12.791	2.581	15.372	

ITALIA - DATI PER ZONE GEOGRAFICHE AL 31 DICEMBRE 2015																				
Zona	Strutture socio-riabilitative																			
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
NORD	371	337	5.308	1.135	6.443	85	71	550	131	681	55	43	1.039	357	1.396	511	451	6.897	1.623	8.520
CENTRO	117	107	1.498	346	1.844	44	40	592	143	735	21	18	1.249	223	1.472	182	165	3.339	712	4.051
SUD	102	88	1.285	94	1.379	32	27	164	30	194	32	26	313	24	337	166	141	1.762	148	1.910
ISOLE	38	34	572	74	646	7	6	43	5	48	11	10	178	19	197	56	50	793	98	891
TOTALE	628	566	8.663	1.649	10.312	168	144	1.349	309	1.658	119	97	2.779	623	3.402	915	807	12.791	2.581	15.372

1.8 Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

La Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), quarto “pilastro” delle politiche pubbliche

Italia. Panoramica di una pratica ventennale

La RdD/LdR in Italia, si pratica, si implementa, si innova, si studia e si teorizza, sin dalla fine degli anni 80 e primi anni '90, pur con tutti i limiti (di sperimentaltà continua, mancanza di continuità dei fondi, non stabilizzazione di sistema ecc.) emersi anche nella rilevazione presentata in questa Relazione. Si può dire soprattutto per alcuni territori e dopo almeno 25 anni di operatività, che è una pratica ormai consolidata e validata di intervento che si basa su approcci di prossimità per i consumi problematici, per i bisogni del mondo dei consumatori ed al confronto continuo con i vari modelli di consumo, storicamente esistenti in Italia sin dagli anni 70/80 e su cui si sono innestate pratiche e strumenti sociosanitari ad alta evidenza sanitaria, soprattutto rispetto ai temi della diffusione delle varie patologie correlate ed ai fenomeni di overdose, in quegli anni soprattutto, estremamente preoccupanti. E' quindi necessario oggi un salto di qualità in termini di indirizzo di politiche pubbliche, soprattutto se vogliamo seguire la chiara indicazione europea: *“In Europa in generale aumentare una più vasta copertura dei servizi di RdD è una priorità, obiettivo per cui risultano fattori chiave determinanti efficaci sistemi sanitari, coinvolgimento della società civile e un sostegno certo da parte della politica”*²⁹. Ed è anche necessario garantire una uniformità delle prestazioni di riduzione del danno (come previsto dai nuovi LEA), superando le differenze e le disparità fra Regione e Regione soprattutto alla luce dell'ampia e capillare diffusione su tutto il territorio nazionale, dei fenomeni di abuso e consumo problematico, nonché dipendenza, di sostanze stupefacenti sempre più diverse e con effetti e problematiche complesse.

Ricostruendo la storia della RdD/LdR italiana, come sopra accennato, si deve risalire soprattutto al periodo tra il 1990 e il 2000, quando nel confronto e stimolo con le più moderne e innovative sperimentazioni europee (Liverpool, Amsterdam ecc.) gli interventi di RdD/LdR nelle loro prime esplicite programmazioni italiane, si svilupparono prioritariamente a partire da una diffusione del consumo, abuso e dipendenza da eroina, ormai endemica. Un fenomeno che aveva un coinvolgimento presunto di almeno 300/400 mila persone di cui non più del 15% agganciati dai servizi (dati indicativi 1993) e su cui si innestavano in quel periodo i due allarmanti fenomeni della devastante diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori iniettivi e delle crescenti morti per overdose da oppiacei. Alla luce degli evidenti risultati positivi e dell'efficacia di tale approccio e delle sperimentazioni sempre più diffuse, si sviluppò in quegli anni un forte movimento tecnico politico molto positivo verso il suo sviluppo ulteriore, ma anche una critica piuttosto aspra con posizionamenti fortemente ideologizzati da parte di una componente del sistema di cura, soprattutto da parte del privato sociale e del mondo di alcune reti comunitarie. Tale dibattito, pur nella sua durezza, trovò momenti importanti di sintesi concreta e positiva e di rilancio nelle Conferenze

²⁹ EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; EMCDDA, Annual Reports, [http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?f\[0\]=field_series_type:404](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?f[0]=field_series_type:404).

Nazionali sulle droghe previste ogni 3 anni dalla legge 309 del 90, tenutesi in quella fase³⁰, e grazie allo spazio creatosi nel confronto pragmatico tra i diversi attori del sistema di intervento e della società civile, coinvolti in quelle sedi. Tale lavoro prese forma istituzionale nel 2000 nelle *Linee guida in materia di Riduzione del Danno*³¹, elaborate da un Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute con la partecipazione di molti soggetti, del pubblico e del privato sociale, che la RdD/LdR la stavano elaborando, implementando e studiando. Le linee guida del 2000 contenevano un testo molto dettagliato e già coerente con i più avanzati indirizzi europei di allora, potenziale base per una omogenea politica nazionale ed anche per una chiara definizione e selezione di servizi e prestazioni possibili. Questo processo di implementazione e sviluppo venne invece, negli anni subito successivi, interrotto e contrastato da scelte di indirizzo sanitario nazionale diverse, che non tennero più conto delle evidenze scientifiche emerse dalle sperimentazioni in atto, ma lasciate sempre più, dove esistenti, alla responsabilità e scelta di singole regioni, enti locali o servizi pubblici e del privato sociale sensibili che ne garantirono, in molti contesti, il continuo e lo sviluppo con indubbi ed innegabili risultati.

Di nuovo, nel 2008, un Gruppo Tecnico presso il Ministero della Salute ha messo mano alle Linee guida del 2000 nell'intento di aggiornarle ai nuovi scenari del consumo. Un anno dopo, nel 2009, una sede istituzionalmente competente e preposta come il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni, a partire da una bozza proposta dal Dipartimento Nazionale Antidroga e con il coinvolgimento delle associazioni non governative più rappresentative, concorda sulla necessità di rielaborare nuove linee guida nazionali sulla RdD/LdR e si esprime a favore dell'attivazione di un processo in questa direzione, finalizzato alla inclusione degli interventi e servizi di RdD/LdR nei (futuri) LEA e ad una loro adeguata definizione che ebbe però ancora rallentamenti, proprio sui limiti, di contenuto e di processo, della proposta stessa del DPA, e ulteriori revisioni negli anni successivi.

Dal 2014 la situazione è nuovamente in movimento, sia per il mai cessato svilupparsi di progettazioni, servizi ed interventi su tutto il territorio nazionale (sono almeno 150 le progettazioni attive in Italia in questi anni) con rimodulazioni e nuove esperienze, sperimentazioni locali e studi, attività di *advocacy* di operatori, associazioni, consumatori e società civile, sia per scelta, negli ultimi anni, di sempre maggiore coinvolgimento della società civile da parte dell'attuale Dipartimento Nazionale Antidroga. Tale movimento tecnico politico continuativo, insieme all'importante diffuso lavoro territoriale scientificamente validato, ha portato alla costruzione di un nuovo quadro disegnato dal DPCM del febbraio 2016 sul piano salute relativo all'aggiornamento dei LEA, che finalmente include i servizi di RDD³², pur in una formulazione generica in attesa di adeguata articolazione e copertura. Tuttavia, in tale atto, si riconosce alla RdD/LdR la posizione di quarto "pilastro" delle politiche socio sanitarie sulle droghe e le dipendenze con pari dignità insieme a prevenzione e trattamento e riduzione dell'offerta, e promuovendo l'approfondimento delle conoscenze di base per le decisioni in ambito politico, in termini di ricerca, prassi, monitoraggio e valutazione. L'accesso e la diffusione di corrette conoscenze circa gli interventi di Riduzione del danno realizzati in Italia e non solo, è indispensabile per evitare che si instauri un circolo vizioso in cui la mancanza, la inadeguatezza e/o la non accessibilità di queste conoscenze fa sì che non si avviino i relativi sistemi di valutazione e, in assenza di sistemi di valutazione, le politiche non siano

³⁰ In particolare le Conferenze nazionali tenute a Palermo (1993), Napoli (1997) e Genova (2000)

³¹ Ministero della Sanità (2000) Linee guida sulla riduzione del danno

³² Articolo 28, punto k

sufficientemente incentivate. Assumere la riduzione del danno come priorità vuol dunque dire avviare un efficace sistema di monitoraggio e rilevazione dati e di valorizzazione del lavoro pluriennale realizzato: in questo quadro, la Relazione al Parlamento riveste un ruolo chiave, se la sua mission è di facilitare e sostenere scelte di politiche pubbliche basate sull'evidenza.

Oltre alle ragioni legate allo specifico contesto nazionale, poi, va sottolineato come anche a livello globale esista una crescente attenzione alle politiche di RdD/LdR, correlata alla maggiore attenzione per un diverso bilanciamento tra pilastro penale e pilastri socio-sanitari nelle strategia di governo del fenomeno dei consumi, come è emerso anche nel dibattito internazionale svoltosi ad UNGASS 2016. E, non ultimo, va poi considerato che la ricerca di più efficaci approcci e strategie di “governo sociale” dei consumi (che implica anche uno sviluppo e un adeguamento del sistema sociosanitario) è la sfida che si sta giocando e la partita che sempre più si giocherà, se si considerano le caratteristiche dei nuovi trend di consumo³³.

In questa prospettiva, l'approccio di RdD/LdR da ormai molti anni si sta dimostrando capace di limitare rischi e danni, “abbassando la temperatura”³⁴ del termometro del rischio verso stili di consumo maggiormente sostenibili da singoli e collettività; di coniugare bisogni ed interessi dei consumatori e della comunità sociale, evitando di creare contrapposizioni fittizie basate su “etichettamenti” (criminalizzanti o patologizzanti), privilegiando al contrario il pragmatismo di cambiamenti praticabili, la centralità delle persone coinvolte e le loro strategie e competenze di regolazione del consumo, l'approccio di comunità e la valorizzazione positiva del ruolo del contesto sociale come fattore di limitazione e riduzione di danni e rischi. Tale approccio si coniuga sempre di più con uno sviluppo complessivo e moderno di un sistema di intervento integrato tra prevenzione, Rdd e Ldr, presa in carico precoce, cura e trattamento, reinserimento.

In questa prospettiva strategica, la RdD/LdR, sia come sistema di servizi ed interventi mirati che, a monte, come approccio di politiche pubbliche capace di lavorare sulla complessità del fenomeno e di attivare dispositivi di regolazione sociale, ha espresso una ormai consolidata efficacia nel fronteggiare le sfide del presente.

Si tratta dunque di adottare pienamente l'approccio europeo della RdD/LdR come “pilastro” delle politiche su droghe e dipendenze, innescando finalmente un processo virtuoso in cui a monte si sviluppi la ricerca sui modelli di consumo, orientata a leggere e comprendere tempestivamente i trend dei pattern d'uso e relativi rischi e danni correlati, da cui rilevare i bisogni di intervento; e a valle si disegni un sistema coerente, a regime, di interventi, nonché di monitoraggio e valutazione delle prestazioni.

In altre parole, il primo impegno è *di costruire quel sistema di ricerca, monitoraggio e valutazione di cui la politica ha necessità per adottare scelte di indirizzo basate insieme sull'evidenza scientifica*

³³ J.P. Grund e altri The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction e A.Fletche e altri, Young people, recreational drug use and harm reduction, in EMCDDA (2010), cit; EMCDDA (2015) New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>

vedi i Report annuali EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>

³⁴ Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M., & Vuchinich, R. E. (1997). Help-seeking by substance abusers: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. NIDA Res Monogr, 165, 44-84.

e sul rispetto dei diritti fondamentali delle persone a cominciare da quello alla salute (politiche *evidence and human rights based*, come recitano le più avanzate linee guida internazionali³⁵).

Il contesto europeo. Una cornice per lo sviluppo della RdD/LdR in Italia

A livello comunitario, la RdD/LdR si afferma come “quarto pilastro” delle politiche europee su droghe e dipendenze in maniera progressiva, lungo tutti gli anni '90, arrivando infine nel 2000 a una definizione e a una inclusione formale nelle politiche pubbliche comunitarie.

Come noto, la RdD/LdR ha una triplice nascita che conviene brevemente ricordare, perché efficacemente rivela quelle valenze e potenzialità che saranno poi riconosciute e “messe al lavoro” nella strategia europea³⁶:

- fine anni '70, primi '80: la RdD nasce dai consumatori, quando si organizzano – soprattutto in Nord Europa - per rivendicare libero accesso a materiale sterile di iniezione (allora si trattava di prevenzione dell'epatite B, l'HIV sarebbe arrivato a ridisegnare drammaticamente lo scenario di lì a breve); dalla fine degli anni '80 entra sulla scena dell'*advocacy* e delle pratiche di RdD/LdR il movimento delle persone con HIV/AIDS

- seconda metà degli anni '80 e poi lungo tutti gli anni '90: la RdD nasce dagli operatori delle dipendenze e dagli ambiti politico-amministrativi della Salute Pubblica di alcune regioni e paesi europei³⁷, che di fronte alla duplice crisi dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva, in primis, ma anche delle morti per overdose da oppiacei, riscrivono la gerarchia degli obiettivi e coerentemente l'architettura dei servizi, mettendo in primo piano il diritto alla salute, individuale e pubblica, e rinunciando a sottoporlo a quel primato dell'astinenza fino ad allora considerato obiettivo strategico e “unico” delle politiche sulle droghe. Secondo questa riscrittura di approccio e obiettivi, la RdD/LdR persegue i suoi fini a prescindere da un obiettivo prioritario di astinenza, che può emergere nel *continuum* che connota le traiettorie di vita e consumo delle persone che usano sostanze, ma non viene necessariamente posto come prerequisito cui ancorare prassi e obiettivi della RdD/LdR.

- primi anni '90 e durante tutto il decennio: una vasta rete di città europee, grandi e medie, che si misuravano con fenomeni droga correlati a livello di salute individuale e pubblica, micro e macro criminalità, convivenza sociale e più in generale politiche del governo della città e costi sociali

³⁵ The Beckley Foundation (2009), Recalibrating the regime, The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/beckley0308exec.pdf; HRI-Harm Reduction International (2011), The UN Human Rights System and Harm Reduction Advocacy, https://www.hri.global/files/2014/08/06/IHRA_Training_Pack_Final.pdf; J. Ife (2012) Human Rights and Social Work: Towards Rights-Based Practice, Cambridge University Press

³⁶ Per un approfondimento della storia della RdD/LdR: P. O'Hare (a cura di) (1992) La riduzione del danno, Edizioni Gruppo Abele; R. Newcomb (1992), La riduzione del danno correlato all'uso di droghe. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca, in Pat O'Hare (a cura di) (1992), cit.; P. Cohen, Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use, International journal of drug policy, n.10/1999; EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; E. Nadelmann, P. Cohen, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996) La prospettiva del controllo della droga nella riduzione del danno: progressi internazionali, Quaderni di Fuoriluogo, n. 2/1996; tra i contributi italiani, P. Meringolo e G. Zuffa (2001) Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli

³⁷ P. O'Hare (a cura di) (1992) cit.

correlati, ridisegnano le loro strategie di governo³⁸. Queste città, non raramente in dissenso con le politiche più inerziali dei governi nazionali, adottano l'approccio di RdD/LdR come politica non solo sanitaria ma anche sociale, utile a contenere e minimizzare rischi e danni sia per i consumatori che per la collettività, ai tre livelli, sanitario, sociale ed economico. È qui, in questa cornice integrata e complessiva, soprattutto, che si evidenzia il potenziale della RdD/LdR come approccio utile per il governo generale di un fenomeno complesso.

Tutti e tre questi attori e i loro percorsi hanno dato un contributo fondamentale a ciò che oggi è il "quarto pilastro" della politica europea: hanno da un lato sperimentato e costruito un sistema di politiche sociosanitarie e di interventi capace di limitare rischi e danni la cui evidenza di efficacia oggi fonda le linee guida europee; dall'altro lato, hanno fatto emergere come un fattore cruciale di ulteriore rischio e di danno proprio l'impatto delle politiche stesse, dimostrando come una coerente cornice di politiche pubbliche sia una premessa (e una responsabilità) intrinseca e cruciale per il raggiungimento di obiettivi di salute e qualità della vita.

Questa assunzione di responsabilità politica arriverà, a livello comunitario, tra il 2000 e il 2003, come una svolta ormai saldamente radicata nell'evidenza e come ridisegno di una cornice comunitaria che – se come noto non ha poteri vincolanti sulle scelte nazionali – ha tuttavia chiari caratteri di indirizzo.

Queste scelte si esprimono dall'inizio degli anni 2000 ai diversi livelli e competenze comunitari:

- della Commissione Europea, con la Strategia Europea e il Piano d'Azione Europeo 2000-2004, in cui la RdD/LdR viene esplicitata come un approccio e un'area d'intervento specifici e vengono indicati obiettivi di riduzione delle morti droga correlate e delle infezioni da HIV; e da lì così sarà, mutando via via gli obiettivi specifici, nelle Strategie e Piani d'azioni seguenti³⁹
- del Consiglio dell'Unione Europea, che nel 2003 adotta una Raccomandazione agli Stati membri perché adottino misure di RdD/LdR, arrivando ad indicare un elenco di misure necessarie e definendole costitutive di un'azione di salute pubblica⁴⁰;
- dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA), sul piano scientifico preposto a monitorare interventi e politiche, che nel 2000 produce il primo dei suoi studi di monitoraggio e valutazione sugli interventi di RdD/LdR mirati a contenere la diffusione dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva⁴¹, mettendo anche a sistema i molti studi nazionali e locali che già in Europa si erano prodotti a partire dalla fine degli anni '80 e dando alla politica comunitaria una solida base per i processi decisionali.

³⁸ Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) cit.; M.Brandoli, S. Ronconi (2007), Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare, Franco Angeli

³⁹ **Strategia dell'Unione europea in materia di droga** (2013-2020), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229(01)) ; **Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2013-2016)**, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3A231004_1

⁴⁰ Consiglio d'Europa (2003), **Raccomandazione, del 18 giugno 2003, sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza**, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32003H0488>

⁴¹ per una mappa degli studi dell'EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5777EN.html>

Definizioni e obiettivi della RdD/LdR nel quadro delle politiche europee

Da allora, la RdD/LdR *si configura come parte integrante della risposta politica mainstreaming al consumo di droghe in Europa e come espressione dell'approccio mainstreaming di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d'azione europei, e inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri*⁴²

Nella più recente Strategia Europea sulle droghe (2013-2020), che gli Stati membri sono chiamati ad attuare, si conferma che uno dei cinque obiettivi –chiave– è *la riduzione misurabile di danni e rischi sociali e sanitari droga correlati*⁴³

La definizione di RdD/LdR, internazionalmente adottata, come insieme di *politiche, programmi ed interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe legali e illegali sul piano della salute, sociale ed economico per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della salute pubblica e dei diritti umani*⁴⁴, è andata arricchendosi nel quadro del dibattito politico e scientifico europeo di nuovi concetti e definizioni significativi per la messa a punto di politiche adeguate.

In sintesi, alcuni dei **concetti chiave** adottati dall'Europa:

- come detto sopra, la RdD/LdR si iscrive nell'approccio di salute pubblica e promozione della salute, e ne adotta i presupposti. In questo ambito, si sottolinea con le parole dell'EMCDDA come essa sia *parte di un approccio bilanciato, elemento integrante di una strategia complessa che include prevenzione, trattamento, riabilitazione sociale e lotta al traffico. Questa integrazione offre un sostegno decisivo all'approccio pragmatico e basato sull'evidenza che le politiche europee sulla droga hanno deciso di adottare*⁴⁵. È questo approccio, adottato dalla Strategia comunitaria, a fondare il posizionamento della RdD/LdR come “quarto pilastro” integrante le politiche comunitarie, e non meramente come un ristretto insieme di interventi limitato a contenere alcune patologie correlate

- non solo la politica europea individua la necessità di un approccio integrato, ma anche l'EMCDDA sotto il profilo scientifico individua e posiziona la RdD/LdR in un *continuum* di interventi in cui limitazione dei rischi, riduzione del danno e trattamento intervengono con flessibilità, coerentemente con il *continuum* delle traiettorie di consumo delle persone che usano sostanze: traiettorie notoriamente oscillanti, in cui si alternano nella storia del singolo consumatore problematico pattern diversi d'uso, in una gamma di comportamenti tra consumo intensivo, moderato, astinenza lontani dalla linearità e dicotomia suggerita dal modello esclusivo astinenza-dipendenza⁴⁶.

- anche la ormai pluridecennale attività di monitoraggio e valutazione degli interventi di RdD/LdR ha portato a introdurre, sotto il profilo dei modelli operativi, l'accezione di RdD/LdR come *combination intervention*; si sostiene cioè la necessità sia di un sistema “intra”, integrato tra diversi interventi di RdD/LdR, in cui l'uno è funzione e valorizzazione dell'altro verso una maggior efficacia (e questo comporta che spesso introdurre un intervento e non anche un altro depotenzia l'efficacia complessiva); sia una flessibile modalità “inter”, di connessione tra ambito RdD/LdR e

⁴² T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

⁴³ **Strategia dell'Unione europea in materia di droga** (2013-2020), cit

⁴⁴ EMCDDA (2010) cit; IHRA - International Harm Reduction Association (2009), What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, International Harm Reduction Association, London

⁴⁵ W. Götz in EMCDDA 2010, cit

⁴⁶ Per una bibliografia internazionale sui pattern e le traiettorie d'uso e le modalità di controllo / regolazione del consumo vedi in TNI-Forum Droghe-Università di Firenze, NADPI- New Approaches in Drug Policy & Interventions, Scientific Repertoire “From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs, <http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/nadpi-new-approaches-in-drug-policy-interventions/>

ambito trattamento (e questo comporta che nella reciproca specificità di obiettivi e ambiti pure si esercitino reciproche influenze, come ben testimoniano i cambiamenti avvenuti nella variabilità della gestione delle terapie metadoniche, nel loro largo utilizzo in una prospettiva anche di riduzione del danno, nell'acquisizione di un approccio *client oriented* versus una finalizzazione esclusiva *abstinence oriented*); sia, infine ma non ultimo, con le politiche che dovrebbero integrare e sostenere e non contrastare gli obiettivi di salute pubblica.

Un esempio: *Nella riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze per via iniettiva, l'approccio combination intervention consente in molti paesi di basarsi su programmi integrati di scambio siringhe, su terapie metadoniche, sull'offerta di counselling, sui servizi predisposti dalle stanze del consumo, sull'educazione tra pari, sull'intervento di strada e su politiche pubbliche mirate a tutelare le popolazioni più a rischio*⁴⁷. A questo proposito, nota l'EMCDDA come appaia evidente che intendere la RdD/LdR come un *combination intervention* non è solo una questione di pragmatismo o di necessità, ma anche una scelta basata sull'evidenza e sull'efficacia dei risultati⁴⁸

- la RdD/LdR proprio nella sue caratteristiche di politica "proattiva" e di salute pubblica, evidenzia la rilevanza del contesto sociale in cui politiche e interventi si attuano: una caratteristica costitutiva delle politiche di salute pubblica è infatti *costruire contesti sociali 'abilitanti' la promozione della salute*. Questo riguarda anche le scelte politiche che del contesto fanno parte, e che la RdD/LdR non può pertanto ignorare in quanto fattore influente: *il continuum cui si è accennato, per esempio tra RdD/LdR e trattamento, arriva a toccare anche la riforma delle politiche e la rimozione delle barriere strutturali che ostacolano il diritto di tutti alla salute. Se le politiche pubbliche e le leggi creano danno, allora anche queste ricadono nell'ambito di intervento della RdD/LdR. Gli interventi di salute pubblica, nel rimuovere le barriere di contesto che ostacolano la riduzione di rischi e danni, costruiscono una protezione ambientale contro la vulnerabilità*⁴⁹

Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell' EMCDDA.

Per svolgere i suoi compiti istituzionali EMCDDA richiede a tutti paesi europei, attraverso i National Focal Point i dati necessari per compiere il monitoraggio al fine di facilitare processi di cambiamento e innovazione a livello nazionale, attraverso l'offerta di una sponda scientifica e metodologica.

Del modello EMCDDA si evidenzia:

- l'approccio sopra descritto, che colloca la RdD/LdR come pilastro fondante le politiche comunitarie, è pertanto letto e analizzato ***sia come politica, che come insieme di programmi e come interventi specifici***

- essendo il focus la limitazione sia dei rischi che dei danni, sia in materia di salute che sul piano sociale, una crescente attenzione è data alla ***ricerca sui pattern d'uso*** e gli stili di consumo, oltre la consueta e necessaria raccolta di dati epidemiologici. Un robusto background di conoscenze sui pattern d'uso e sulle traiettorie di consumo, tempestivamente aggiornate, consente infatti di individuare rischi e danni nella loro concreta dinamica e contestualità, nonché i fattori individuali e di contesto che li influenzano, con ciò offrendo le basi per individuare le misure adeguate. In questo, l'EMCDDA procede non solo evidenziando questa priorità nei suoi Report periodici, ma anche -e

⁴⁷ WHO (2009), HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

⁴⁸ T. Rhodes and D. Hedrich (2010), cit

⁴⁹ ibidem

non secondariamente- includendo, valorizzando ed integrando nel suo repertorio contributi alla ricerca, condotti a livello nazionale da realtà diverse, istituzionali e del mondo associativo, secondo approcci disciplinari e sguardi plurali. In questo processo verso una ricerca focalizzata e spendibile, è compresa la prassi di audizioni e gruppi di lavoro che includono esperti nazionali e internazionali, ricercatori indipendenti, operatori del settore, ONG e persone che usano sostanze (in Italia questa pratica è ancora piuttosto episodica e non ancora istituzionalizzata).

- in accordo con la conoscenza dei mutevoli scenari del consumo di sostanze, con il moltiplicarsi/differenziarsi degli obiettivi delle politiche comunitarie e con gli approcci del *continuum* tra “pilastri” delle politiche e del *combination intervention*, nel tempo è andato ampliandosi il ventaglio di interventi/servizi che l’EMCDDA ha incluso nella RdD/LdR, monitorandoli e valutandoli e definendone le peculiari caratteristiche-base. Gli interventi citati (attraverso cui la rdd/ldr può avere importanti influenze, se integrata con gli altri pilastri) sono:

- ✓ Interventi di strada / nei setting naturali (Outreach interventions)⁵⁰
- ✓ Programmi di scambio siringhe (Needle Syringe Programs NSP)⁵¹
- ✓ Programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (Opioid Substitution Treatments OST)⁵²
- ✓ Stanze del consumo (Drug Consumption Room DCR)⁵³
- ✓ Analisi delle sostanze nei setting naturali (Pill testing / Drug checking programs)⁵⁴
- ✓ Interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario⁵⁵
- ✓ Programmi di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone THN)⁵⁶

I servizi di RdD e LdR in Italia

(rilevazione a cura di CNCA)

In questo capitolo sono presentati i risultati della rilevazione compiuta dal CNCA sullo stato dell’arte dei servizi presenti in Italia al 31/12/2015.

Materiali e metodi della rilevazione

La rilevazione compiuta dal CNCA anche lo scorso anno, con la collaborazione del Coordinamento delle Regioni (cfr. Relazione Annuale 2015), aveva stimato che fossero attivi 189 i servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi presenti in Italia al 31/12/2014. Tuttavia, al sistema informativo approntato dal CNCA, avevano risposto 115 servizi, dei quali si hanno le informazioni certe di contatto (nominativo referente, telefono, email).

50 EMCDDA (1999) Describing outreach work in the European Union, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html> EMCDDA (2001) Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for outreach practitioners, in <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances, <http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses>

51 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit EMCDDA- ECDC (2011), Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>; WHO - World Health Organization, Department of HIV/AIDS (2007), Guide to starting and managing needle and syringe programmes, <http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>

52 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit

53 EMCDDA (2004) Report on drug consumption rooms <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>

EMCDDA (2016) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms>

54 EMCDDA (2001) An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html>; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances, <http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses>

55 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit

EMCDDA (2012) Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>; EMCDDA (2003), Treating drug users in prison — a critical area for health-promotion and crime-reduction policy, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html>

56 EMCDDA (2016) Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

A questo indirizzario, costituito da 115 servizi, è pertanto stata inviata anche quest'anno, la richiesta di rispondere nuovamente al sistema informativo e, utilizzando ancora la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale (Forum Droghe, Itardd, e altre reti) hanno invitato questi 115 servizi a diffondere e confermare la raccolta dei dati mediante un breve scheda on line. In sintesi, partendo dall'indirizzario, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line e a sua volta invitare altri organismi, da questo conosciuti, a rispondere.

I servizi oggetto di indagine sono stati categorizzati in questa prima fase secondo le seguenti caratteristiche operative:

Unità mobile di Riduzione del Danno (UM RdD): unità mobile, anche con ausilio di veicolo, che in maniera attiva contattata consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo e di vita quotidiana (la piazza, la scena dello spaccio, i luoghi di aggregazione) 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, naloxone, profilattici ...) e/o materiale di screening, nonché offerta di informazione e counselling

Unità Mobile di Limitazione dei Rischi (UM LrD): unità mobile che contatta in maniera attiva giovani e giovani adulti consumatori di sostanze ed interviene prioritariamente in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali pubblici), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counselling 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, siringhe, naloxone), nonché attraverso azioni mirate a mettere in sicurezza i contesti d'uso.

Drop in (DI): centro diurni a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici ...) e/o materiale di screening, nonché di sostegno sociale e risposta a bisogni primari (docce, cambio abito, orientamento ai servizi sociosanitari, primi strumenti di sussistenza)

ALTRO: Attività non esclusive e specifiche di riduzione del danno e/o di limitazione dei rischi ma che prevedono anche attività di riduzione del danno (ad es: attività ambulatoriali o mobili di somministrazione di farmaci sostitutivi con finalità prioritaria di RdD, counselling per favorire consapevolezza e autoregolazione nell'uso controllato di sostanze, dormitori che svolgono mansioni specifiche mirate a persone che usano sostanze, primi interventi in ambito carcerario etc.)

Le informazioni richieste riguardano la tipologia di servizio, la data di attivazione, la titolarità dell'ente, chi gestisce il servizio, le fonti di finanziamento, le prestazioni erogate e il loro volume, la popolazione contattata in termini di volume di utenza (contatti) e numero di individui, per genere e classi di età.

In aggiunta, quest'anno la rilevazione, oltre ai dati quantitativi sopra indicati, ha previsto l'arricchimento degli stessi mediante interviste semi-strutturate ai responsabili di una ventina di servizi di RdD e LdR, servizi ritenuti rilevanti per la presenza sul territorio, anni di attività, pratiche innovative sperimentate, al fine di avere un quadro più esaustivo dello stato dell'arte di questo pilastro delle politiche pubbliche nel nostro Paese.

Risultati della rilevazione quantitativa***Copertura del sistema dei servizi di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi***

Su 115 servizi rispondenti lo scorso anno (dati relativi all'anno 2014), 104 hanno inviato i dati relativi al 2015, con una copertura pari al 90.4% rispetto all'anno precedente. In particolare, i servizi che hanno aggiornato il sistema, ovvero sono già stati censiti lo scorso anno, sono stati 80, per cui il 77% dei rispondenti ha aderito alla rilevazione sia nel 2015 che nel 2016; sono invece 24 i servizi che, pur non avendo risposto lo scorso anno, hanno ritenuto opportuno rispondere in questa rilevazione, su invito delle loro reti.

La distribuzione dei servizi per Regione risulta la seguente:

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Calabria	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Campania	1	2,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	6	5,8
Emilia Romagna	2	5,9	7	20,6	1	4,3	1	8,3	11	10,6
Friuli Venezia Giulia	1	2,9	0	0,0	2	8,7	1	8,3	4	3,8
Lazio	11	32,4	3	8,8	3	13,0	1	8,3	18	17,3
Liguria	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,0
Lombardia	7	20,6	9	26,5	4	17,4	0	0,0	20	19,2
Marche	4	11,8	2	5,9	0	0,0	1	8,3	7	6,7
Trentino A. Adige	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	16,7	3	2,9
Piemonte	2	5,9	5	14,7	3	13,0	1	8,3	11	10,6
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	8,3	2	1,9
Toscana	2	5,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	7	6,7
Umbria	2	5,9	1	2,9	2	8,7	0	0,0	5	4,8
Veneto	2	5,9	2	5,9	1	4,3	2	16,7	7	6,7
TOTALE (%riga)	35	33,7	34	32,7	23	22,1	12	11,5	104	100,0

Tabella 61 *Distribuzione dei servizi per tipologia e per regione (n=104); nella riga "totale" le percentuali sono relative alla riga*

Anche se non è possibile un raffronto preciso tra i dati 2014 e 2015, poiché solo per una porzione di servizi (80) sono disponibili i dati per entrambe le annualità, a carattere puramente indicativo, tuttavia si riporta che le proporzioni di servizi di unità mobile per la riduzione del danno e drop sono piuttosto simili (rispettivamente, nella rilevazione scorsa, le UM RdD e i drop in erano il 37% e il 25%) mentre appaiono diminuite, ovvero hanno risposto in un numero minore, le unità mobili per la limitazione dei rischi.

Analogamente è inferiore la proporzione di servizi che, pur avendo risposto alla rilevazione non rientrano completamente nelle categorie sopra definite, svolgendo, all'interno delle loro attività

routinarie alcune prestazioni di RdD o LdR; in particolare la numerosità di questi servizi, denominati “ALTRO” è passata da 33 a 12.

Riferendoci esclusivamente ai servizi rispondenti alla rilevazione di questa annualità, questi risultano concentrati prevalentemente in Lombardia, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna: le prime due sono le regioni più popolate (fonte ISTAT 2016), per cui risulta consequenziale una maggior presenza di servizi, mentre il Piemonte e l’Emilia Romagna, le quali, in ordine di popolazione si collocano rispettivamente all’ottava e settima posizione, mostrano una più spiccata vocazione ed un’attenzione specifica alla riduzione del danno e dei rischi. La Campania e il Veneto, sebbene tra le regioni più popolate, registrano un numero minore di servizi rispondenti, mentre in Sicilia nessun servizio ha risposto alla rilevazione né quest’anno, né quello passato. Di contro, l’Umbria, una tra le regioni più “piccole” (sia come territorio, che come popolazione residente), presenta un buon numero di servizi che hanno risposto alla rilevazione.

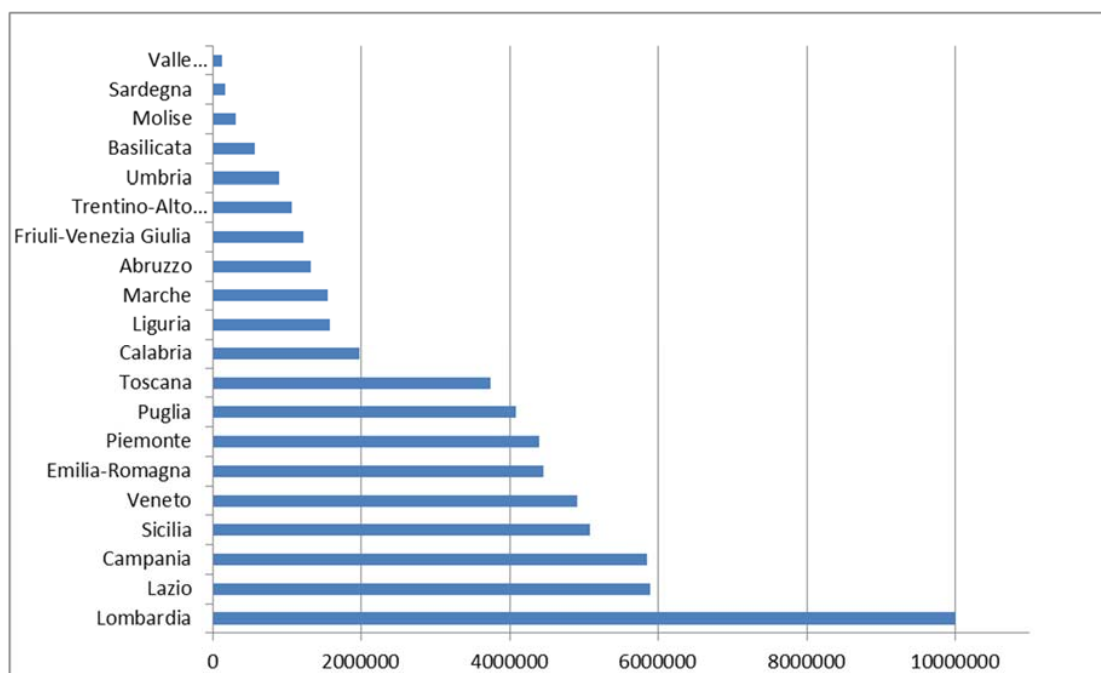


Figura 58 Popolazione residente al 1/1/2016 per Regione (fonte ISTAT, 2016)

Oltre alla numerosità complessiva, appaiono interessanti le differenze interregionali. Il Lazio è la regione dove è stata maggiore la risposta da parte di unità mobili per la Riduzione del Danno, seguito dalla Lombardia e dalle Marche. A questo proposito le Marche presentano un’ulteriore peculiarità, come sotto esposto, in quanto sono i Servizi Pubblici del SSN a gestire prevalentemente questa tipologia di servizi.

In Lombardia, seguita da Emilia Romagna e Piemonte, è stata maggiore la risposta delle unità mobili per la limitazione dei rischi nei contesti del divertimento presenti sul territorio. Queste, infine, non sono presenti in un maggior numero di regioni rispetto alle UM RdD.

Tuttavia si sottolinea che la distribuzione per regione ed eventuali confronti interregionali, sono stati condotti sulla base dei dati disponibili, ovvero dei servizi che in modo volontario hanno risposto alla rilevazione.

Analisi dei servizi rispondenti

Dei 104 servizi che hanno risposto alla scheda di rilevazione on line, indicando la tipologia di servizio gestito, 84 (81%) hanno compilato tutti i campi della scheda, ovvero hanno fornito tutte le informazioni sopra indicate.

La distribuzione dei servizi per regione e per tipologia è la seguente e risulta simile alla precedente, sebbene in due regioni (Liguria e Puglia), pur essendoci la presenza di servizi, non si hanno dati descrittivi degli stessi.

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Calabria	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Campania	1	3,1	2	7,4	2	9,1	1	33,3	6	7,1
Emilia Romagna	2	6,3	7	25,9	2	9,1	0	0,0	11	13,1
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	2	9,1	1	33,3	3	3,6
Lazio	10	31,3	2	7,4	4	18,2	0	0,0	16	19,0
Lombardia	7	21,9	7	25,9	3	13,6	0	0,0	17	20,2
Marche	4	12,5	1	3,7	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Piemonte	2	6,3	5	18,5	2	9,1	1	33,3	10	11,9
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	1,2
Toscana	1	3,1	1	3,7	2	9,1	0	0,0	4	4,8
Trentino Alto Adige	1	3,1	0	0,0	2	9,1	0	0,0	3	3,6
Umbria	2	6,3	1	3,7	1	4,5	0	0,0	4	4,8
Veneto	1	3,1	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	2,4
TOTALE	32	100,0	27	100,0	22	100,0	3	100,0	84	100,0

Tabella 62 Distribuzione dei servizi rispondenti alla rilevazione, in maniera completa, per tipologia e per regione (n=84)

Nel 2015 la gestione dei servizi è affidata per i due terzi al Terzo settore, mentre un terzo dei servizi sono a gestione diretta dell'Ente Pubblico (ASL o Comune). In particolare, in Abruzzo e Veneto, i servizi rispondenti sono rispettivamente gestiti da un SerD e dal Comune. In Lazio, in Lombardia, in Puglia e in Umbria, diversamente, la gestione è affidata interamente al privato sociale.

Regione	Gestore Pubblico		Gestore soc.	Privato	TOTALE
	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	1	100,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	1	100,0	1
Campania	4	66,7	2	33,3	6
Emilia Romagna	7	63,6	4	36,4	11
Friuli Venezia Giulia	1	33,3	2	66,7	3
Lazio	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	17	100,0	17

Marche	4	80,0	1	20,0	5
Piemonte	7	70,0	3	30,0	10
Puglia	0	0,0	1	100,0	1
Toscana	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	1	33,3	2	66,7	3
Umbria	0	0,0	4	100,0	4
Veneto	2	100,0	0	0,0	2
Totale	28	33,3	56	66,7	84

Tabella 63 Distribuzione dei servizi per gestione pubblica v/s privata (n=84)

A prescindere dalla gestione, le risorse per gestire i servizi sono allocate prevalentemente dalle Regioni (59.5%) e dalle ASL, che hanno competenza in materia sanitaria e a loro volta sono finanziate dalle Regioni. In due casi sono gli stessi servizi del privato sociale che autofinanziano le attività svolte.

Regione	Autofinanz.		Azienda Sanitaria Locale		Ente Locale		Regione		TOTALE
	N	% riga	N	% riga	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Campania	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	6
Emilia Romagna	1	9,1	4	36,4	3	27,3	3	27,3	11
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3
Lazio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	17
Marche	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5
Piemonte	0	0,0	5	50,0	0	0,0	5	50,0	10
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Toscana	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
Umbria	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4
Veneto	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Totale	2	2,4	18	21,4	14	16,7	50	59,5	84

Tabella 64 Distribuzione dei servizi per fonte di finanziamento (n=84)

Tra i servizi indagati, 66 risultano essere programmi di scambio siringhe, con un volume complessivo di oltre 1.5 milioni di siringhe distribuite nel 2015. Nella Tabella 65 sono riportati i servizi che erogano la prestazione e il volume degli stessi. Si fa notare che alcuni servizi, pur erogando la prestazione, non sono dotati di un sistema puntuale e sistematico di raccolta del dato, che risulta quindi mancante..

Prestazione	Volume	servizi che non rilevano il dato	servizi eroganti la prestazione	Nr medio per servizio
Siringhe distribuite	1.567.838	13	66	23.755,1
Siringhe usate raccolte	903.904	14	61	14.818,1
Profilattici distribuiti	236.158	9	78	3027,7
Fiale di Naloxone distribuite	14.999	17	55	272,7
Test rapidi per HIV effettuati	815	0	25	32,6
Etilometri distribuiti	18.288	19	45	406,4

Pill testing/drug checking	1.520	0	2	760*
Counselling	230.429	11	78	2.954,2
Invii ai servizi sanitari	10.015	15	70	143,1
Accompagnamenti effettuati	9.095	16	67	135,7

* un solo servizio (Alchemica) dichiara di averne effettuati 1495

Tabella 65 *Prestazioni erogate, numerosità dei servizi eroganti le prestazioni, volume delle stesse e nr medio(n=84) su base annua*

I contatti⁵⁷ totali avvenuti nel 2015 ammontano a 901.730, con un numero medio di 10.735 contatti per servizio. Tuttavia questo dato è sottostimato poiché 8 servizi non rilevano il dato sul numero di contatti.

Anche per ciò che concerne il numero degli individui, afferiti ai servizi, vi è una mancanza nella rilevazione del dato, poiché sono disponibili solo le cifre di 70 servizi sugli 84 rispondenti. Il totale delle persone - anche in questo caso dato sottostimato - è pari a 58.546, per cui si può ipotizzare che ogni singolo individuo sia afferito ai servizi almeno 15.4 volte nel corso del 2015. I maschi costituiscono oltre l'80% della popolazione; le persone transessuali sono 58.

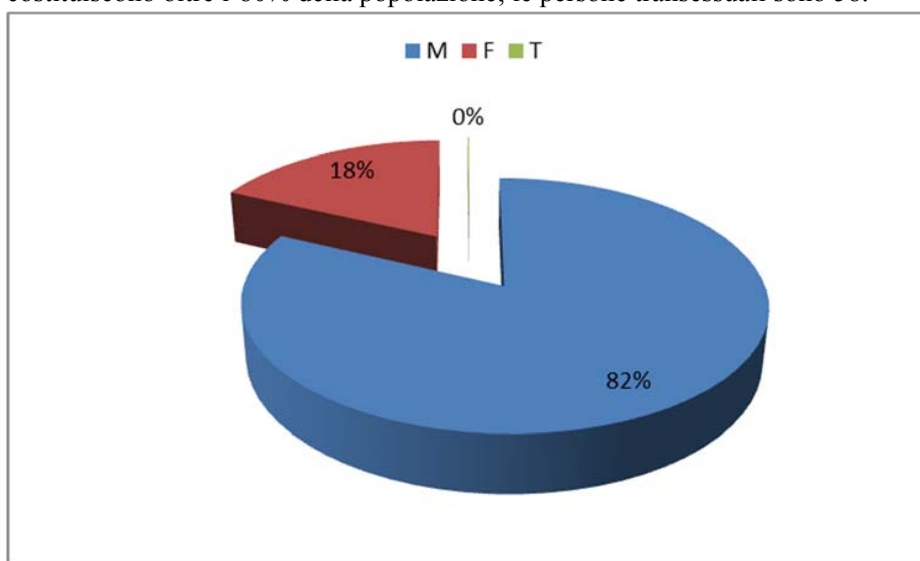


Figura 59 *Distribuzione per genere dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)*

La fascia di età prevalente risulta essere quella dei minori di 25 anni; tuttavia il dato risente dei servizi di LdR nei contesti del divertimento. Nello specifico i servizi LdR che rilevano il dato, pur essendo poco numerosi, hanno contatti con un grande numero di persone. E' però rilevante l'alto numero di dati mancanti rispetto all'età.

⁵⁷ Per contatto si intende il numero di volte che anche la stessa persona accede al servizio, coincidente quindi con la rilevazione delle presenze. Per individuo si intende invece la singola persona. Molti servizi rilevano solo il dato del contatto/presenza ma non quello del singolo individuo; pertanto non è possibile compiere stime precise sulla tipologia dell'utenza per genere, età e altro.

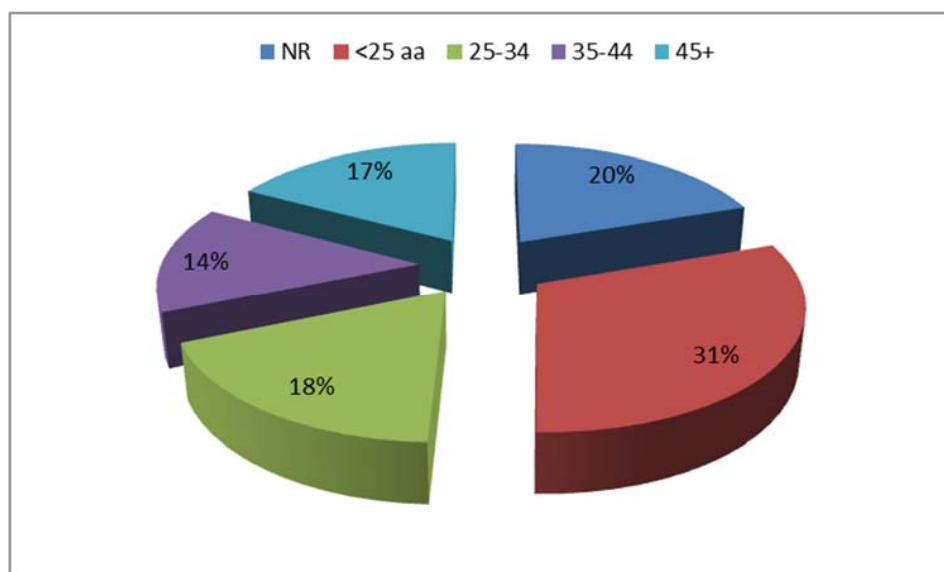


Figura 60 Distribuzione per classi di età dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)

In questo paragrafo notiamo rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti alcune differenze da sottolineare e spiegare:

- "Per ciò che riguarda le tipologie di servizi, diversamente dall'anno passato, si nota una distribuzione pressoché in egual misura tra unità mobili della riduzione del danno e della limitazione dei rischi, mentre nel 2015 (dati 2014) questi ultimi apparivano maggiormente diffusi sul territorio nazionale (erano 69). Tale difformità è dovuta alla scelta da parte di alcune regioni, nell'anno precedente, di inserire alcuni progetti sull'area limitazione dei rischi più aderenti alle tipologie del lavoro di strada con gruppi a rischio e quindi di prevenzione selettiva che quest'anno non sono stati compresi nella mappatura perché ritenuti inappropriati.

- Per lo stesso motivo (scelta più chiara sull'adeguatezza o meno di alcuni servizi complementari come dormitori, centri diurni ecc) sono diminuiti (12 vs 33) anche i servizi che non rientrano completamente nelle categorie sopra definite, pur svolgendo comunque alcune prestazioni di RdD o LdR. "Sarebbe utile sottolineare che questi mappati sono solo i servizi che hanno risposto alla rilevazione perché identificati idonei, e non sono gli stessi dello scorso anno, quindi i confronti vanno comunque interpretati con molta cautela. Sul territorio nazionale dobbiamo poi segnalare come servizi simili o praticamente identici (che non abbiamo inserito) abbiamo definizioni organizzative molto diverse, come i dormitori per tossicodipendenti finanziati nell'area rdd in alcune regioni e che sono accreditati come prima accoglienza a retta in altre o alcuni centri di bassa soglia collocati nel finanziamento dell'area rdd in alcune regioni e accreditati come centri diurni semiresidenziali in altre.

- Anche nel successivo confronto tra regioni sul rapporto popolazione residente/presenza servizi RdD bisognerebbe tener conto che si tratta dei servizi "rispondenti" che corrispondono con buona approssimazione alla situazione reale ma che per alcune situazioni particolarmente precarie o in attesa di rifinanziamento o riapertura diventa difficile una precisione superiore. La precarietà di molti di questi servizi e delle loro linee di finanziamento non permette una precisione superiore della mappatura realizzata.