

Risultati della rilevazione qualitativa

Su 20 servizi cui è stato chiesto di rispondere ad una intervista semi-strutturata per indagare le caratteristiche del servizio, non solo in termini quantitativi, ma anche sotto l'aspetto organizzativo, gestionale, di sperimentazione e di innovazione, sull'essenzialità delle prestazioni, hanno risposto 16 servizi così suddivisi:

Ambito	Tipo di Servizio	Denominazione	Territorio
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	PIN (Progetto Itinerante Notturno)	Torino
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Discobus	Varese
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Magic Bus	ASL Milano 2
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Buonalanotte	Modena

LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Extreme	Firenze e Toscana
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate e Riduzione dei Rischi in contesti di esplicito consumo di sostanze (C.R.D.3) denominato Nautilus – “ The Quiet Side of the Party”	Roma e Lazio
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	CANGO	Torino
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Ulisse	Monza
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Unità di Strada Tor Bella Monaca e Termini	Roma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Progetto Strada	Brescia
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Unità di Strada	Parma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Riduzione del Danno	Venezia
RdD	Drop in	Cabs (Centro Accoglienza A Bassa Soglia)	Perugia
RdD	Drop in	Servizio Bassa Soglia di Accesso	Trieste
RdD	Drop in	WelcHome	Milano
RdD	Drop in	Porte Aperte	Firenze

Servizi di Limitazione dei Rischi

Questi servizi includono servizi di outreach che raggiungono i consumatori nella cosiddetta *night life scene*, ovvero in ambiti del divertimento (in genere notturno-serale), che sono sovente gli stessi luoghi del consumo e/o dell'acquisto di sostanze.

Caratteristiche principali

I servizi consistono in unità mobili attive in orari notturno-serali (in genere dalle 23.00 alle 3.00-6.00 del mattino successivo) per due giorni la settimana (quasi sempre nel weekend), che intervengono nei locali, quali discoteche, pub etc. e/o in luoghi di divertimento quali rave, party e festival che aggregano un grande numero di giovani e giovani adulti. I servizi, anche attraverso l'uso dei social network, sono in contatto con la popolazione beneficiaria per la segnalazione di situazioni e contesti in cui si ritenga opportuna la loro presenza.

Sono attivi da 15 anni (valore medio), quindi vantano una notevole esperienza di lavoro in quest'ambito. Tutti i servizi annoverano tra le prestazioni la distribuzione di etilometri, profilattici, acqua da bere (e/o succhi di frutta, caramelle etc.) e counselling sulle sostanze stupefacenti e sulle MTS. Due servizi distribuiscono siringhe sterili. Tre servizi organizzano uno spazio *chill out*, o area relax, ovvero la creazione di un ambiente dove la persona può "raffreddarsi", ovvero riposarsi, rigenerarsi, rilassarsi, ascoltando una musica soft, chiacchierare con gli amici o semplicemente occuparsi di se stessa.

Tutti i servizi si sono dotati di specifici materiali di profilassi per uso di sostanze per vie non iniettive, vista l'alta prevalenza di consumatori di sostanze psicoattive che inalano o fumano, al fine di ridurre le complicanze correlate ai consumi di sostanze illegali ed anche legali, quali l'alcol. Solo alcuni forniscono naloxone o attivano in forme diverse il pill-testing.

I servizi ritenuti essenziali da parte dell'utenza riguardano la distribuzione del materiale suddetto, distribuzione di acqua e altre bevande analcoliche, il counselling su sostanze e MTS.

Prestazioni accessorie e/o innovative

Negli anni, i servizi hanno compiuto sperimentazioni e ampliato l'offerta. Tra le innovazioni più significative, e con documentati esiti positivi, si citano:

- il progetto sperimentale di consumo responsabile di alcol, "Guidatore designato", per cui, in ciascun gruppo di amici, viene designato il conducente che, anche attraverso piccoli riconoscimenti economici, non consuma alcol e riaccompagna a casa gli amici
- la distribuzione periodica di alcool test usa e getta per creare la sensibilità per altri momenti d'uso,
- la formazione ed il coinvolgimento stabile negli interventi di *peer educator* in grandi momenti di divertimento e consumo.

Altre sperimentazioni hanno coinvolto attivamente i gestori dei locali.

Inoltre, sono attualmente in corso (anno 2016) sperimentazioni che riguardano l'analisi delle *sostanze pill testing/drug checking* delle sostanze vendute sul mercato illegale; in particolare, segnaliamo

un progetto europeo in collaborazione con l'Istituto Antidoping di Torino con uso di strumentazione specifica e precisa. Un servizio riporta anche una sperimentazione in questo ambito avvenuta nel 2010, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

Il personale impiegato varia dalle 5 alle 15 unità anche in relazione ai contesti di intervento (Rave, grandi eventi, locali di tendenza, grandi discoteche ecc). Le figure maggiormente presenti sono nell'ordine educatori professionali, psicologi, medici. E' sempre presente un responsabile e/o coordinatore. Due servizi sono gestiti direttamente dall'Ente Pubblico, mentre i restanti sono stati affidati dalle Regioni ad Enti del Privato sociale, mediante bandi pubblici. I servizi lamentano pertanto il rischio di un'offerta "a termine", sebbene in qualche regione si inizino ad ipotizzare percorsi di accreditamento che i LEA potrebbero facilitare.

Tutti i servizi agiscono in raccordo con le reti territoriali presenti, che includono i Dipartimenti delle Dipendenze, coordinamenti e/o tavoli di servizi di RdD/LdR, enti locali. Risulta fondamentale la collaborazione con i gestori dei locali del divertimento notturno e loro associazioni.

Servizi di Riduzione del Danno

Questi servizi includono sia servizi di outreach propriamente mobile, "di strada", che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto di sostanze, in ambienti particolari della quotidianità del consumatore, sia gli "interventi a bassa soglia" (*low threshold*), caratterizzati dall'accoglienza delle persone in un determinato luogo (*drop in*), ma con totale rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista dei requisiti burocratici (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.).

Per quanto la descrizione delle due tipologie sia doverosa, notiamo che in alcuni casi i servizi di unità mobile e *drop in* agiscono in maniera integrata, essendo un servizio/progetto unico, che da un lato va su strada, dall'altro attende che le persone arrivino dalla strada. Questo implica che alcune prestazioni, quali pasti, docce, servizi di vestiario e similari possano essere forniti solo dai *drop in*. Il lavoro di ricerca attiva e del sommerso, invece, viene compiuta dall'unità mobile. Se quindi i due servizi agiscono lungo un continuum tra la strada e un luogo circoscritto, per semplicità di lettura li descriveremo in maniera separata per definirne le caratteristiche. Entrambe le tipologie di servizi riportano dai 15 ai 20 anni di attività pregressa.

Caratteristiche principali

UM: Il servizio è caratterizzato dall'impiego di un autoveicolo che per 3-5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) in orario diurno (alternativamente mattutino e pomeridiano) si reca in luoghi prestabiliti (del consumo, dello spaccio), o ne esplora altri, contattando la popolazione che consuma sostanze stupefacenti. Vengono distribuiti: siringhe/aghi sterili e paraphrenalia al fine di ridurre i danni connessi all'uso, profilattici e fiale di naloxone nonché informazioni e counseling sul sistema dei servizi. Sono raccolte le siringhe usate. Gli operatori sono addestrati

per interventi in caso di overdose. Alcuni servizi svolgono specifica attività di formazione (ad esempio per prevenzione delle overdose) e *peer support*.

Le prestazioni ritenute essenziali per l'utenza, oltre al materiale di profilassi, sono il counselling sulle sostanze e su MTS, l'invio a servizi sanitari (SerD, consultori, ambulatori, etc) e sociali (mense, dormitori etc.). Un servizio indagato fornisce buoni pasto e buoni doccia.

Drop in: il servizio è collocato in uno spazio fisico definito. E' aperto (per 5-6 giorni alla settimana per 6-8 ore al giorno) al pubblico, che può accedere liberamente, senza prenotazioni e/o liste di attesa; le prestazioni erogate sono quelle dell'UM per quanto riguarda i materiali. In aggiunta, è possibile ricevere un pasto, farsi una doccia, usufruire di una lavatrice. Gli operatori sono addestrati per interventi in caso di overdose.

Le prestazioni ritenute essenziali riguardano la cura e l'igiene della persona, oltre al materiale di profilassi e prestazioni medico-infermieristiche.

Prestazioni accessorie e/o innovative

UM: le sperimentazioni più recenti riferite, anche grazie ai progressi della tecnologia medica, riguardano i test rapidi (salivari e/o con sangue capillare) per HIV, HCV e TBC. Queste sperimentazioni, avvenute sovente in collaborazione con Istituti di Ricerca, tra cui IRCS Spallanzani, risultano gradite all'utenza che ha potuto usufruire di un test, con alta specificità e sensibilità, in un contesto non prettamente sanitario, direttamente su sua richiesta.

Drop in: oltre alla sperimentazione di cui sopra, alcuni drop in offrono alla loro utenza servizi di orientamento e/o inserimento lavorativo, a prescindere dall'uso di sostanze. Altri offrono la presenza di mediatori culturali e di avvocati per un supporto legale.

Sono stati inoltre rilevati dei cosiddetti "servizi ponte", per intercettare i detenuti consumatori di sostanze all'uscita dal carcere al fine di ridurre i rischi di overdose dopo un periodo di astinenza o di minor consumo.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

UM: il personale impiegato varia dalle 5 alle 7 unità. Le figure sono medici, educatori, infermieri. Nei servizi del Nord Italia è ritenuta essenziale e perciò impiegata la figura dell'operatore pari. In alcuni servizi sono impiegati volontari.

Drop in: il personale varia dalle 6 alle 8 unità. Le figure, oltre a quelle indicate per le UM, possono includere mediatori e avvocati.

Tra i servizi indagati, due risultano gestiti direttamente dalla ASL locale e uno dal Comune, sebbene vi sia del personale impiegato esterno (in convenzione con delle cooperative). Gli altri sono tutti affidati con convenzione a enti del privato sociale, mediante bandi, da parte delle Regioni, per periodi determinati.

Anche in questo caso sono riportate ipotesi di accreditamento dei Servizi da parte delle Regioni.

I servizi operano in stretto raccordo con i SerD, con i servizi sanitari della ASL su cui insistono, con i servizi sociali comunali e, laddove esistenti, sono membri di coordinamenti e tavoli istituzionali su tematiche pertinenti (piano di zona, tavolo marginalità, tavolo Aids, etc).

Aree critiche e possibili sviluppi della RdD/LdR

Lo scenario della RdD/LdR – come emerge anche dai dati del monitoraggio pubblicato in questa Relazione - si presenta oggi connotato da **cinque macro-aree di criticità** che, radicate nei citati limiti di un mancato riequilibrio delle differenze/disparità tra i sistemi regionali, ne limitano e depotenziano le aree di intervento, l'universalità, l'accessibilità, la qualità e l'efficacia. Il superamento di questi limiti, che i già citati LEA dovrebbe garantire, si prospetta come parte significativa e prioritaria di un futuro Piano d'Azione Nazionale.

1. Geografia diseguale

La mappatura dei servizi e degli interventi rivela una geografia diseguale, in cui vi sono Regioni che con continuità sostengono e promuovono gli interventi; altre che si limitano ad alcune tipologie, o che limitano gli interventi a una parte del territorio regionale; altre ancora che lo fanno in modo intermittente negli anni; altre infine che non attuano alcun intervento o che nemmeno ne segnalano l'eventuale esistenza. I dati provenienti dalle mappature in diversi anni e da diverse fonti⁵⁸ rivelano come vi sia uno scarso sviluppo omogeneo, permanendo sostanzialmente invariato nel tempo il novero sia delle Regioni che attuano interventi di RdD/LdR sia di quelle che non li attuano; una cartografia che appare indipendente dall'andamento dei dati relativi a trend di consumo e relativi bisogni sul piano delle limitazioni di rischi e danni. Questa geografia diseguale e sostanzialmente inerte comporta forti e persistente disuguaglianze in termini di diritto alla salute. L'autonomia regionale non è bilanciata né da linee guida nazionali né – fino a oggi - dalla definizione di LEA per la RdD/LdR, fatta eccezione per i trattamenti metadonici che - nonostante talvolta adottati anche in maniera significativa nella prospettiva e con gli obiettivi della riduzione del danno - restano dal punto di vista del sistema nel “pilastro trattamento”.

2. Intermittenza delle prestazioni

Dentro questa geografia diseguale vige, negli stessi territori dove la RdD/LdR è attiva, una diseguale continuità/discontinuità delle prestazioni. Anche quando sono gestiti dal privato sociale, i servizi hanno per la quasi totalità finanziamenti pubblici, provenienti da Regioni e/o ASL, e sono dunque un sistema pubblico di intervento; tuttavia, secondo la Relazione al Parlamento 2015, nel 2014, meno di un terzo risulta avere una certezza di continuità, mentre la maggior parte (il 38%) ha una vita certa tra uno e due anni, il 22% di due anni e l'11% meno di un anno⁵⁹. Tali dati vengono confermati anche dalla rilevazione 2016 (dati al 31/12/15): eccetto i servizi a gestione pubblica (33%), l'affidamento ai gestori del privato sociale avviene tramite convenzioni a tempo determinato.

Il più volte citato passaggio da “progetto” a servizio, dopo vent'anni di attività è garantito in poche Regioni e solo per servizi a titolarità totalmente pubblica, la copertura economica permane incerta, soprattutto per gli interventi – per altro strategici per il futuro prossimo –

⁵⁸ DPA - Relazione al parlamento su droghe e dipendenze, 2011, 2012, 2013, 2015

⁵⁹ Interventi di riduzione del danno, a cura di CNCA-Coordinamento Comunità di Accoglienza, in DPA- Relazione al Parlamento su droghe e dipendenze 2015

nei contesti naturali di consumo. L'intermittenza delle prestazioni, la durata limitata e la scarsa e incerta copertura economica sono variabili che incidono sull'efficacia e sui risultati di una modalità di intervento che richiede flessibilità, capacità di innovazione e aggiornamento, lavoro con la comunità locale, studio e conoscenza per stare al passo con l'evoluzione dei consumi.

3. *Carenze e limiti nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione*

La mancanza di linee guida nazionali condivise ed applicate lascia ampio spazio a definizioni diverse e talvolta discutibili di intervento di RdD/LdR. Anche le tipologie di prestazioni seguono una mappa regionale piuttosto disomogenea, come verificato in fase di monitoraggio (un esempio è la distribuzione del naloxone): ciò rappresenta una prima difficoltà nella raccolta di dati di attività a livello nazionale, che infatti non è ancora organizzata e stabile pur in presenza di una richiesta europea precisa in questo senso. La mancanza di definizioni condivise si aggiunge dunque a una generalizzata carenza di dati relativi alle prestazioni di RdD/LdR erogate, all'utenza raggiunta, per non dire la difficoltà di monitorare la spesa sostenuta, in sistemi regionali che solo in pochi casi identificano con chiarezza i relativi costi o lo fanno parzialmente. Come riportato nel paragrafo 2, non esiste un sistema di raccolta dati per cui di molte prestazioni, pur essendo effettuate, non si conosce in maniera certa il volume, così come i dati relativi alla popolazione beneficiaria risultano frammentati e sovente disomogenei.

Oltre alla disomogeneità intra e interregionale, in generale il monitoraggio si scontra con due diversi tipi di ostacolo: 1) l'insufficiente attenzione alla prospettiva della RdD/LdR nel ridisegno dei propri sistemi di monitoraggio, lasciando spesso i dati di attività - pure raccolti "alla base" e *on site* dagli operatori - non organizzati, non standardizzati e spesso indisponibili; 2) la mancanza di rigore "metodologico": anche quando non si rinuncia a monitorare, in alcuni casi, i dati sono "forzati" dentro un sistema di monitoraggio disegnato sui servizi formali di cura, basato su cartelle individuali e su indicatori relativi al trattamento del tutto inappropriati e incongruenti con le attività di RdD/LdR (che sono basate - tra l'altro - su anonimato, relazione informale e dimensione grupppale).

Il risultato di questa disomogeneità è una povertà di dati che si traduce in una relativa invisibilità delle attività e delle prestazioni e soprattutto in una assai limitata possibilità di valutazione di processo e di esito.

Il deficit italiano è evidente anche a livello europeo: nel sistema di rilevazione EMCDDA, i dati italiani relativi a servizi di RdD/LdR non pervengono in maniera routinaria ed esaustiva. Su questo terreno, sono da segnalare anche le carenze nella valutazione in termini di soddisfazione degli utenti, che sono rare nonostante la normativa italiana preveda la valutazione dei servizi da parte dei cittadini fruitori.

4. *Necessario sviluppo della ricerca e del monitoraggio*

Appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi hanno nella conoscenza dei fenomeni e nella individuazione dei bisogni una premessa *sine qua non*. Nella prospettiva della RdD/LdR, per la quale il rischio e il danno sono sempre "situati" e specifici, ciò che maggiormente interessa sono fattori e variabili - relativi alla sostanza, soggettivi, di contesto - secondo il paradigma *drug/set/setting*. Queste variabili permettono di "leggere" i vari stili di consumo, con i rischi ad essi correlati insieme alle capacità di limitarli e "controllarli", sia dei soggetti che dei contesti. Accanto ai dati di prevalenza, pur necessari, è fondamentale sviluppare in maniera stabile un monitoraggio e promuovere una ricerca orientata a conoscere i pattern d'uso, le traiettorie di consumo, le ragioni, le strategie e le culture delle

persone che usano sostanze, le modalità di rapporto con il mercato, il ruolo giocato dai contesti sociali, prossimi e globali. Molti sono oggi i limiti di questo tipo di ricerca in Italia, mentre questa conoscenza è essenziale per l'individuazione di bisogni aggiornati e la elaborazione di obiettivi mirati⁶⁰. In seconda battuta, ma non meno importante, è la ricerca valutativa sull'impatto che le politiche pubbliche – sanitarie, sociali, giuridiche - hanno in termini di massimizzazione o di contro minimizzazione di rischi e danni dei consumi, secondo l'ottica sia di chi usa sostanze sia delle comunità locali e delle aggregazioni sociali. L'importanza della ricerca sull'impatto delle politiche pubbliche è questione assodata a livello internazionale⁶¹. Tuttavia in Italia essa è scarsa o nulla, fatta eccezione per i contributi di alcune organizzazioni della società civile, per esempio in ambito penale e penitenziario⁶².

5. *Il blocco dell'innovazione nella RdD/LdR*

Alcune misure di RdD, la cui efficacia è stata dimostrata dalla letteratura internazionale, sono state scarsamente sperimentate (o non affatto sperimentate) in Italia : ad esempio il *pill testing*, le stanze del consumo e i trattamenti con eroina (un trattamento, come dice la dizione, sebbene anche in prospettiva di riduzione del danno)- le prime due per addotte ragioni di tipo normativo, l'ultima con motivazioni relative alla non priorità e ai costi elevati - sono state fortemente contrastate e impedito. Oggi, nuovi elementi provenienti dall'esperienza europea e da pratiche nazionali (incluso il dibattito attorno alle normative, che apre a diverse interpretazioni) ripropongono la necessità di ripristinare i termini di un confronto aperto, libero da posizioni pregiudiziali e ideologiche, basato sull'evidenza – maturata a livello comunitario - e centrato sui bisogni reali di limitazione dei rischi e dei danni. Una considerazione particolare va fatta per il *pill testing*, misura di intervento destinata ai setting naturali di consumo e mirata ad accrescere competenze e informazione di chi usa sostanze, con l'obiettivo di bilanciare l'opacità del mercato illegale e proteggere dai rischi ad esso correlati; uno strumento dunque di particolare importanza per la RdD/LdR soprattutto mirata al consumo giovanile e delle Nuove Sostanze Psicoattive (come anche indicato dalla recente relazione dell'Osservatorio Europeo).

⁶⁰ Si vedano per esempio le ricerche -innovative per l'Italia - sull'uso "controllato/incontrollato" di cocaina e stimolanti, condotte da Forum Droghe, Coordinamento Toscana Comunità di Accoglienza, Università di Firenze, negli anni 2009-2012. Il filone di ricerca sui "controlli" ha ispirato il progetto che ha ottenuto nel 2014 il supporto del *Drug Prevention and Information Programme of the European Union* ("Nuovi approcci per le politiche delle droghe e per gli interventi" (NADPI), capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam, insieme allo *International Drug Policy Consortium* (UK) e la *De Diogenis Association* (Grecia), a *Forum Droghe* (Italia): sulla base dei risultati della ricerca è stato elaborato un nuovo modello operativo (*Operating guidelines- Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self regulation and control model, December 2013*)

⁶¹ La stessa UNODC ammette che *La salute pubblica, il primo principio su cui si basa il controllo delle droghe, ha perso questo primato, messo in ombra da quello della sicurezza pubblica; guardando al secolo scorso, ci si rende conto che il sistema di controllo e le sue attuazioni hanno avuto molti effetti non desiderati* (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime -2009), *A century of international drug control*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), *Harm reduction and the mainstream*, in EMCDDA (2010) cit ; sui diversi aspetti del danno correlato alle politiche vedi i Report annuali della Global Commission on Drugs, <http://www.globalcommissionpassa> attraverso nondrugs.org/reports/

⁶² Si veda ad esempio il monitoraggio condotto dal 2007 in poi sull'impatto della legislazione penale sulla droga sul carcere, a opera di un gruppo di ONG italiane (Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone, CNCA e altre), che ha prodotto sette Libri Bianchi <http://ungass2016.fuoriluogo.it/2016/06/28/libro-bianco-sulle-droghe-2016-dati-pillole/>

Lo sviluppo della RdD / LdR in Italia in una cornice europea: una road map

In relazione ai punti deboli della RdD/LdR in Italia sopra descritti, nella prospettiva di accrescere appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi e delle politiche, appare urgente e coerente intraprendere alcuni passi che concretamente mettano a regime, sulla base di criteri *evidence and human rights based*, l'esperienza fin qui condotta in maniera diseguale.

Due premesse necessarie:

- Prima premessa: la messa a regime e la chiara inclusione della RdD/LdR nelle politiche nazionali su droghe e dipendenze vedono nella Conferenza Nazionale sulle droghe una fondamentale sede di confronto e di riconoscimento istituzionale (come accaduto in passato nelle edizioni di Palermo, Napoli e Genova). La Conferenza, come dice la legge 309/90, è infatti il luogo dove si dovrebbero ogni 3 anni valutare le politiche e i modelli di intervento al fine di migliorarli, aggiornarli e renderli più efficaci. La carenza nella messa a regime della RdD/LdR in questi anni è anche da addebitare al prolungato venir meno di questo cruciale appuntamento tecnico –politico.
- Seconda premessa: il processo di messa a regime può considerarsi concluso nel momento in cui la RdD/LdR, in tutta la sua complessità e articolazione, sia inclusa e sviluppata nei LEA ed in un Piano d'azione nazionale che – anche sotto questo profilo – trova chiari riferimenti nel Piano d'Azione europeo.

Alcuni impegni prioritari conseguenti a questa analisi:

- **Linee guida e LEA**
 - A) Dopo anni è ormai necessario rielaborare una nuova ed aggiornata versione delle **Linee guida nazionali per la riduzione del danno**, costruita sulla base di una analisi approfondita e plurale nelle sue fonti dei trend di consumo, dei bisogni relativi, degli interventi e dei servizi che hanno dimostrato, in Italia e a livello comunitario, la loro efficacia. Nel processo di elaborazione sarà importante il coinvolgimento, in forma di **Gruppo tecnico ad hoc** presso il DPA degli attori sociali che in questi anni hanno garantito lo sviluppo di tale aree di intervento, e che abbiano competenze da portare sul piano scientifico, della ricerca, dei modelli operativi, della individuazione dei bisogni, del lavoro nei servizi di RdD esistenti, della valutazione degli interventi; nonché degli attori istituzionali competenti, Conferenza delle Regioni in primis.
 - B) Come da documento programmatico del Ministero della Salute, è urgente l'elaborazione dei LEA della RdD/LdR, in raccordo tra il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni allargato a realtà della società civile, dell'associazionismo e della ricerca competenti e attive in materia di RdD/LdR. I LEA devono includere in maniera aggiornata tutte le prestazioni e gli interventi coerenti con i bisogni rilevati e valutati efficaci nella limitazione dei rischi e riduzione dei danni droga correlati a livello nazionale ed europeo (cfr. il paragrafo "Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell' EMCDDA")
- **Sistemi regionali di monitoraggio e SIND**

Sulla base delle Linee guida e dei LEA, da un punto di vista strutturale occorre individuare gli strumenti adeguati da includere nel sistema di monitoraggio nazionale SIND per gli interventi e servizi RdD/LdR, articolando ed integrando il monitoraggio secondo quanto il sistema già prevede per le aree trattamentali (attività dei servizi, analisi

delle prestazioni, caratteristiche dell'utenza, anche come supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e contributi all' Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze) tenendo conto delle peculiari caratteristiche degli interventi di RdD/LdR che influiscono sulla specifica raccolta dei dati e che non sono assimilabili sotto questo profilo ai trattamenti ed ai servizi di cura. In raccordo con tale sistema va ripristinata una funzione nazionale del DPA di raccordo e di garanzia alla reale applicazione dei LEA su RdD e LdR, vista ancora la loro peculiarità e disomogeneo sviluppo attuale.

➤ **Ricerca**

La ricerca nei setting naturali e la ricerca valutativa sui sistemi di intervento. Occorre prestare particolare attenzione alla ricerca per meglio conoscere e analizzare i trend e i pattern di consumo. In questo quadro è importante promuovere ricerche qualitative ed etnografiche nei setting naturali ed altre ricerche che abbiano l'obiettivo di approfondire i diversi pattern d'uso, anche integrando e sviluppando le ricerche condotte sul campo in questi anni dalle associazioni, costruendo in modo condiviso una "cornice" teorica e di modelli di interpretazione del consumo, in cui inserirle e valorizzarle.

La ricerca nei setting naturali così come la ricerca valutativa sugli interventi si connettono anche alla necessità di promuovere un collegamento costante dei servizi di RdD e LdR con il Sistema Rapido di Allerta, attualmente in carico all'ISS, di cui può essere cardine decisivo per la sua efficacia e rapidità di rilevazione. E' importante che anche nell'ambito della ricerca, sia presente un approccio *bottom up*, "dal basso verso l'alto", in cui valorizzare sia le competenze degli operatori sul campo (gli interventi a bassa soglia e in setting naturali sono tradizionalmente un eccezionale osservatorio troppo spesso sottovalutato, così come il web, per comprendere ciò che accade nel mondo dei consumi); sia i "saperi" delle persone che usano sostanze sui propri stili di consumo, le proprie strategie personali, i propri bisogni, i pericoli del mercato, condividendo con loro obiettivi e spendibilità della ricerca e criteri etici per la conduzione della stessa.

La ricerca valutativa delle politiche pubbliche. Decisivo includere nella ricerca finalizzata alla valutazione di politiche, prestazioni e servizi destinate alle persone che usano sostanze anche una valutazione secondo il citato approccio *human rights based*, che misura scelte e prestazioni non solo sulla base dell'evidenza scientifica, ma anche secondo le loro ricadute in termini di rispetto e miglioramento dei diritti sociali, civili e umani dei destinatari

I processi partecipativi

Nel quadro sopra delineato, che comprende anche l'importanza di inclusione di questo capitolo di approfondimento sulla RdD e LdR, è fondamentale mantenere una cultura di partecipazione attiva degli attori variamente competenti e coinvolti nei fenomeni in oggetto, anche per rispondere ad un adempimento in osservanza della Strategia Europea sulle Droghe, che esplicitamente a questo invita, riferendosi tanto ad esperti e operatori, che alla società civile, che alle persone che usano sostanze. Ma non è questo l'unico aspetto significativo dei processi partecipativi, di cui riconosciamo lo sforzo in questa direzione di DPA, sebbene certo rilevante: essi sono anche funzionali a un sistema della conoscenza e dell'intervento più efficaci ed efficienti, grazie alla valorizzazione di tutte le risorse e le competenze, alla pluralità degli sguardi

e delle fonti, alla produzione, grazie a questa molteplicità, di un approccio alle droghe basato sulla complessità. Nel campo della RdD/LdR, poi, che costitutivamente investe in competenze di regolazione, controllo e apprendimento di soggetti e contesti sociali, questo aspetto è cruciale. Le proposte qui contenute, in forma di gruppi ad hoc, comitati tecnici allargati e coinvolgimento di attori diversi non sono pertanto da considerarsi ancillari ma intrinseche alle proposte stesse, e mirano a enfatizzare un criterio di partecipazione basato sul riconoscimento di competenze, saperi ed esperienze reali. Da una attenta lettura degli sviluppi sia nazionali che europei sulla RdD/LdR dagli esordi ad oggi, infatti, risulta evidente come il dibattito generico e basato su pur rispettabili approcci ideologici dei primi anni '90 abbia ormai fatto il suo tempo, per lasciare il campo a un confronto basato sui fatti, sulla conoscenza, sullo studio e sulla valutazione; le sedi in cui questo confronto proficuamente può continuare e dare buoni frutti utili ai policy maker sono le sedi capaci di mettere in sinergia saperi e conoscenze.

Ringraziamenti

Si ringraziano i responsabili e gli operatori dei servizi che hanno risposto all'indagine on line, senza i quali parte di questo lavoro non sarebbe stata possibile. Un ringraziamento particolare ai responsabili dei servizi che hanno dedicato del tempo per rispondere alle interviste qualitative.

1.9 Progetto PPC 2

Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti

Progetto promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione - Dipartimento Politiche Antidroga

ISS, Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione – Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Centro Operativo AIDS - Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, nei Servizi per le tossicodipendenze (SerD/SerT) è stata rilevata una bassa percentuale di esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide, con il rischio di ritardo di diagnosi di tali infezioni e un possibile conseguente aumento della diffusione di queste.

Tale scenario richiede un'attenta comprensione dei motivi della non esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT e un intervento strategico "early detection" al fine di assicurare cure tempestive a coloro i quali abbiano contratto questo tipo di infezioni. Inoltre, l'adozione di tali strategie e la promozione di comportamenti non a rischio di acquisizione di queste infezioni potrebbero favorire la riduzione della loro diffusione nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT (<http://www.politicheantidroga.it/pubblicazioni/in-ordine->

cronologico/uso-di-sostanze-stupefacenti-e-patologie-infettive-correlate-/presentazione.aspx, 2012).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

In tale ambito si colloca il “Progetto PPC 2 – Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all’uso di sostanze stupefacenti, promosso e finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La conduzione delle molteplici attività di lavoro previste nel Progetto, che ha avuto inizio il 1 marzo 2013, è stata affidata congiuntamente all’Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) diretta dalla Dott.ssa Anna Maria Luzi e al Centro Operativo AIDS (COA) diretto dalla Dott.ssa Barbara Suligoi, due strutture del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Direttore: Dott. Giovanni Rezza) dell’Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto ha avuto termine il 29 febbraio 2016.

Gli obiettivi progettuali perseguiti in tre anni di attività hanno riguardato:

1. L’aggiornamento e la riscrittura di nuove Linee di Indirizzo nazionali operative per l’attivazione e il mantenimento e/o ri-orientamento delle attività di prevenzione delle principali patologie infettive correlate all’uso di droghe.
2. La formazione e l’aggiornamento degli operatori al fine di individuare e condividere procedure per un’efficace offerta dei test relativamente allo screening e alla diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.
3. La rilevazione dell’adesione all’offerta dei test per la diagnosi di HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della loro mancata esecuzione.

FASI ATTUATIVE DEL PROGETTO

Nella Prima Fase (1 marzo – 31 agosto 2013) è stato costituito il Gruppo di lavoro (composto dall’Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, UO RCF e dal Centro Operativo AIDS, COA) presso l’Istituto Superiore di Sanità, Ente al quale il DPA ha affidato la responsabilità scientifica di condurre il Progetto. L’area di intervento del COA ha riguardato la ricerca e la valutazione delle misure di prevalenza delle infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide nella popolazione tossicodipendente in trattamento presso i SerD/SerT. In particolare, il COA ha valutato l’affluenza delle persone ai SerD/SerT, l’offerta del test per HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della non esecuzione del test (differenziando i motivi legati alla struttura, all’operatore e all’utente) attraverso specifiche schede di raccolta dati e l’analisi delle informazioni riportate dai SerD/SerT.

L’area di intervento dell’UO RCF, ha riguardato in modo specifico l’individuazione e la messa a punto di procedure comunicativo-relazionali efficaci per l’offerta dei test HIV, HBV, HCV e sifilide alle persone-utenti che si rivolgono ai SerD/SerT. In particolare l’UO RCF ha elaborato un Modello Operativo comunicativo-relazionale che costituisce per l’operatore socio-sanitario un protocollo di riferimento, non rigido ma flessibile e adattabile alla singola persona, alla sua storia, al contesto socio culturale di appartenenza, alla peculiarità del tipo di sostanza usata al fine di attuare un processo di accoglienza e presa in carico rispondente ai suoi reali bisogni di salute e favorente l’esecuzione del test per l’infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide.

L'UO RCF e il COA hanno condiviso nell'ultima Fase di attuazione del Progetto l'organizzazione e la conduzione di un percorso di formazione/aggiornamento rivolto al personale socio-sanitario dei SerD/SerT.

Nella Seconda Fase (1 settembre 2013 – 28 febbraio 2014) sono state organizzate a Roma tre riunioni programmatiche di lavoro (7 novembre 2013, 13 dicembre 2013, 23 gennaio 2014), la prima e la terza hanno visto la partecipazione dei referenti del DPA e del Gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, mentre la seconda anche di alcuni dei referenti delle Regioni e delle Province Autonome (PA).

Nelle riunioni di lavoro sono stati affrontati i seguenti punti:

- Creazione di un Tavolo di lavoro comprendente i rappresentanti delle Regioni e delle PA.
- Individuazione, partendo dalle Linee di indirizzo pubblicate nel 2011 dal DPA, degli elementi utili per la messa a punto di procedure e prassi operative standardizzate da impiegare nella relazione professionale con la persona-utente al fine di favorire l'esecuzione del test per l'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide.
- Messa a punto e condivisione di procedure operative standardizzate volte a migliorare l'interazione tra gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT e le persone-utenti che a questi si rivolgono, tramite l'organizzazione di percorsi di formazione/aggiornamento.

Per quanto riguarda la formazione è emerso che per ogni Regione sarebbe stata opportuna la partecipazione sia dei referenti regionali (funzionari), sia degli operatori socio-sanitari (tecnici), con due livelli di organizzazione, uno operativo a livello centrale e uno di programmazione regionale con tempistiche da definire.

Nella Terza Fase (1 marzo 2014 – 31 maggio 2015) il Gruppo di Lavoro dell'ISS hanno svolto diverse attività progettuali riguardanti in particolar modo:

- La definizione di un piano di collaborazione con il Dott. Manna, coordinatore del Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (GTIT), per la revisione delle Linee di Indirizzo e per la condivisione di una nuova edizione con gli esperti delle Regioni e PA;
- La messa a punto di un programma preliminare inerente un corso di formazione/aggiornamento sulle procedure comunicativo-relazionali per l'offerta dei test relativamente alla diagnosi dell'HIV, dell'HBV, dell'HCV e della sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT da svolgere entro la scadenza del Progetto. Il percorso di aggiornamento individuato focalizza, inoltre, l'attenzione su aspetti inerenti lo scenario epidemiologico delle infezioni considerate di interesse e delle cause della mancata effettuazione dei test di screening nei SerD/SerT;
- La predisposizione e condivisione della struttura delle *Nuove Linee di Indirizzo* con i componenti del GTIT coordinati dal Dott. Gaetano Manna.

Nella Quarta Fase (1 giugno 2015 – 29 febbraio 2016) i Responsabili Scientifici del Progetto dell'ISS hanno coinvolto gli esperti del GTIT per definire la struttura e i contenuti delle *Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze* (Allegato1 – Indice delle LI).

Inoltre, il Gruppo di Lavoro dell'ISS con la collaborazione del coordinatore del GTIT ha strutturato i moduli didattici di un percorso di formazione/aggiornamento dal titolo *Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT*, che si è svolto il 17 e il 18 febbraio presso l'ISS e che ha visto la partecipazione di 40 operatori socio-sanitari provenienti da tutte le Regioni e PA. Il Corso ha ricevuto 17 crediti ECM (Allegato 2 – Programma del Corso).

RISULTATI

Aggiornamento e riscrittura delle Linee di Indirizzo

Le “*Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all’uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze*” hanno richiesto un lavoro di accurata revisione delle Linee di Indirizzo pubblicate nel 2011, oltre che di stretta collaborazione con il GTIT, coordinato dal Dott. Gaetano Manna. Il risultato di tale complesso lavoro che ha richiesto per diversi mesi l’impegno di numerosi esperti, è consistito nella definizione di uno strumento indispensabile per gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT contenente le procedure operative e quelle comunicativo relazionali per l’esecuzione dei test diagnostici relativamente a HIV, HBV, HCV, e sifilide. Nello specifico, le *Nuove Linee di Indirizzo* forniscono un protocollo operativo comunicativo-relazionale per l’accoglienza e la presa in carico della persona dipendente da droghe con la finalità prioritaria di favorire l’accesso allo screening delle principali infezioni per tutti gli utenti che afferiscono ai SerD/SerT, indipendentemente dal fatto che si tratti di nuovi accessi o di persone che sono seguite da tempo.

Inoltre, le *Nuove Linee di Indirizzo* sono corredate da un dettagliato scenario epidemiologico inerente le infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché da tre schede di approfondimento sulle caratteristiche delle principali patologie infettive, sulle modalità di screening e su alcuni gruppi di popolazione (persone detenute, migranti, giovani).

Le *Nuove Linee di Indirizzo* sono state visionate e accettate dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero della Salute.

Pacchetto didattico

Nell’ambito del Progetto PPC2 è stato costruito un pacchetto formativo, teorico-pratico, il cui obiettivo generale è stato rivolto ad individuare e condividere procedure per un’efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono agli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT.

I contenuti scientifici affrontati in 16 ore, distribuite in due giornate di formazione, hanno riguardato in modo specifico quattro aree:

- Scenario epidemiologico dell’HIV, HBV, HCV e sifilide;
- Prevenzione delle infezioni (HIV, HBV, HCV, sifilide) correlate all’uso di sostanze: il ruolo dei SerD/SerT;
- Aspetti comunicativo-relazionali nell’offerta dei test: il valore aggiunto delle competenze di counselling
- Procedure operative e comunicativo-relazionali per l’esecuzione dei test diagnostici.

Nella predisposizione del Corso è stato utilizzato l’approccio andragogico di Malcom Knowles, basato sulla considerazione che il partecipante è soggetto, esperto portatore di un suo bagaglio conoscitivo ed esperienziale. Tale impostazione del percorso di formazione/aggiornamento ha portato ad utilizzare un metodo didattico di tipo interattivo con interventi teorici, integrati da esercitazioni di gruppo, esposizione dei lavori di gruppo, role-play formativi e discussione in plenaria.

Durante i lavori del Corso i partecipanti, suddivisi in quattro gruppi di lavoro, hanno elaborato insieme agli esperti dell’ISS e ai referenti del GTIT un ***Documento per l’implementazione delle Nuove Linee di Indirizzo sull’intero territorio nazionale*** articolato in quattro direttrici:

1. *Modalità e strategie che possono essere efficaci per la diffusione delle Nuove Linee di Indirizzo nelle diverse realtà regionali italiane*
2. *Modalità e strategie che possono essere efficaci per implementare l’applicazione delle Nuove Linee di Indirizzo nelle diverse realtà regionali italiane*

3. *Tempistica per la diffusione e la piena applicazione sul territorio delle Nuove Linee di Indirizzo*
4. *Strumenti per valutare, a distanza di tempo, se ed in quale misura le Nuove Linee di Indirizzo sono state recepite ed applicate sul territorio nazionale*

Allegato 1 – Indice Nuove Linee di Indirizzo

Introduzione

Prima Parte

Scenari Epidemiologici

Le fonti dei dati

Infezione da HIV e AIDS

Infezione da HBV

Infezione da HCV

Sifilide

Indicazioni operative rivolte ai Servizi per le Dipendenze:

- A) Procedure operative per l'esecuzione dei test diagnostici
- B) Procedure comunicativo-relazionali per l'esecuzione dei test diagnostici

Parte Seconda

Scheda 1 - Screening dell'infezione da HIV, HBV, HCV, Sifilide

- Screening e diagnosi dell'infezione da HIV
- Screening e diagnosi dell'infezione da HBV
- Screening e diagnosi dell'infezione da HCV
- Screening e diagnosi della Sifilide

Scheda 2 – Principali patologie infettive (HIV, HBV, HCV, Sifilide)

- Infezione da HIV
- Infezione da HBV
- Infezione da HCV

- Sifilide

Scheda 3 – Approfondimenti su specifici gruppi di popolazioni: persone detenute, migranti, giovani

Allegato 2 – Programma del Corso

Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT

Roma, 17-18 febbraio 2016, Aula Marotta – Istituto Superiore di Sanità

Organizzato da: Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione e Centro Operativo AIDS) dell'Istituto Superiore di Sanità

Il Corso si colloca nell'ambito del Progetto PPC2 Learning, promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione Dipartimento Politiche Antidroga

Rilevanza per il SSN

Negli ultimi anni, nei Servizi per le Dipendenze/Tossicodipendenze (SerD/SerT), presenti nelle Regioni e Province Autonome italiane, è stata rilevata una bassa percentuale di esecuzione dei test per HIV, HCV, HBV e sifilide, con conseguente rischio di ritardo nella diagnosi di tali infezioni e con possibile aumento della diffusione di queste.

Tale scenario richiede un'attenta comprensione dei motivi della non esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT e, successivamente, l'implementazione di un intervento strategico “early detection” al fine di assicurare cure tempestive a coloro i quali abbiano contratto tali infezioni.

Risulta, pertanto, indispensabile fornire agli operatori dei SerD/SerT o alle OnG del settore, conoscenze, competenze e strumenti operativi per applicare procedure standardizzate al fine di favorire un'efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.

Progetto

Il Corso si colloca nell'ambito del Progetto PPC 2 – Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti, promosso e finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La conduzione delle molteplici attività di lavoro previste nel Progetto, che ha avuto inizio il 1 marzo 2013, è stata affidata congiuntamente all'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) e al Centro Operativo AIDS (COA), due strutture del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità.