

LA PREVENZIONE NEI GRUPPI VULNERABILI:

Scendere in strada per andare incontro al disagio

Fabio V. Patruno

L'esperienza lavorativa ha richiesto in me un costante processo di adattamento e di accomodamento di quanto avevo appreso nei miei studi universitari di psicologia. Nel tempo ho dovuto rivedere sia l'immagine che avevo dello psicologo come di una persona che può aiutare un'altra solo se quest'ultima esprime una richiesta di aiuto sia l'idea che l'ambiente, in una relazione terapeutica, debba essere configurato in un certo modo perché si possa ambire ad avere dei risultati positivi.

L'aver lavorato in strutture pubbliche come Istituti Carcerari, SerT, Ospedali, ma soprattutto con Villa Maraini e nella Croce Rossa, mi ha portato a vedere i problemi delle persone da un altro punto di vista e di rivalutare quanto si può fare anche con persone che non chiedono aiuto e che sono in uno stato di necessità.

Le persone che sono nella consapevolezza di essere in un problema e sono in grado di esprimere una richiesta di aiuto vi riescono in quanto danno a se stesse il permesso di chiedere aiuto ad un altro. Diversa e ben più seria è la condizione di coloro che vivono in condizioni di obiettiva difficoltà e sofferenza ma sono nella impossibilità o nella incapacità di chiedere un sostegno.

Villa Maraini è nata a Roma nel 1976 su idea di Massimo Barra, nell'ambito della Croce Rossa Italiana, come progetto pilota, per dare la possibilità a giovani in condizioni di tossicodipendenza di scoprire alternative alla vita di piazza.

“Villa Maraini in tanti anni non ha mai rifiutato nessuno, convinta che se il drogato che vuole smettere è malato quello che ancora non lo vuole è malato due volte e richiede un surplus di attenzione”.

“non esiste la tossicomania come realtà oggettiva ed immutabile: esistono tanti tossicomani, ognuno diverso dall'altro ed anche da se stesso in funzione del tempo che passa. Dare una sola risposta terapeutica costringe il soggetto ad adattarsi ad un intervento non necessariamente adeguato alla sua dipendenza, con elevato rischio di abbandono o insuccesso. E' la terapia che deve adattarsi al soggetto e non viceversa.

Da qui la necessità di un ampio ventaglio di opportunità da offrire al tossicomane, dopo aver fatto una diagnosi esatta della sua patologia.” (Massimo Barra)

Nel campo della assistenza ai tossicodipendenti le strutture tradizionali (SerT, Comunità) si sono sempre poste come interlocutori “passivi”, basandosi sul presupposto che deve essere il soggetto motivato a rivolgersi al servizio e non viceversa il servizio a stimolare una motivazione nel soggetto.

Negli ultimi anni, anche dietro la spinta della consapevolezza che le persone tossicodipendenti stavano rappresentando un pericoloso serbatoio di trasmissione dell'infezione da HIV nella popolazione generale, diversi paesi europei, compresa l'Italia, hanno iniziato ad adottare politiche sociali che puntano al contatto con tutte quelle persone che, trovandosi in un momento critico del proprio percorso tossicomano, sono “sbattute sulla piazza”, abbandonate a se stesse in una vita quotidiana piena di rischi.

Il modello di intervento che punta a ridurre le nefaste conseguenze dell'uso di droghe, nella consapevolezza dell'impossibilità di potere sempre e con tutti puntare ad un completo ed immediato distacco dalle sostanze, viene chiamato “riduzione del danno”. La filosofia della riduzione del danno è di fare in modo che le persone tossicodipendenti mantengano il proprio stato di salute il più sano possibile, senza contrarre infezioni e diminuendo i rischi di decesso, in attesa del momento in cui sarà per loro possibile scegliere di vivere con maggiore senso di responsabilità.

Il primo passo nella attuazione di un programma di riduzione del danno è entrare in contatto con tutte le persone tossicodipendenti per via iniettiva: una volta raggiunto questo primo obiettivo si possono orientare le persone ai servizi e questo è particolarmente significativo se ci stiamo rivolgendo al cosiddetto “sommerso”, ovvero a coloro che non avevano mai avuto un contatto in

precedenza o che, se lo avevano avuto era stato interrotto, i cosiddetti “drop out”. Solo dopo che si è entrati in contatto si può iniziare un lavoro di educazione alla salute.

Parlare di riduzione del danno significa avere ben chiaro che possono esserci obiettivi da raggiungere a più livelli.

- Obiettivi a breve termine sono: rinuncia alla condivisione di siringhe già utilizzate; utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali a rischio.
- Obiettivi a medio termine: riduzione di utilizzo di droghe per via endovenosa; inizio regolarizzazione stile di vita; frequenza in strutture e centri di accoglienza e di orientamento, e di servizi per le analisi ematochimiche.
- Obiettivi più a lungo termine: rinuncia ad utilizzare droghe per via endovenosa, rinuncia a compiere attività illegali, inizio di un trattamento terapeutico presso le più idonee strutture; ripresa delle attività sociolavorative e, quando possibile, il distacco da ogni sostanza psicoattiva.

Già nel 1988 la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito aveva sollecitato i Governi ad adottare programmi che tendessero ad alleviare le sofferenze delle persone tossicodipendenti oltre a quelli di tipo terapeutico-riabilitativi.

Nel 1990 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite aveva rivolto un invito ai Governi perché rendessero più accessibili per le persone i programmi di cura per le tossicodipendenze e a sviluppare interventi specifici per la “riduzione del danno” correlati all'uso di droghe.

Nel 1994 in Italia vengono emanate dal Ministero della Sanità le “Linee Guida” per il trattamento con metadone nelle quali si raccomanda di somministrare l'oppiaceo di sintesi non solo per la disassuefazione, ma anche per il mantenimento. Per quanto riguarda la durata del trattamento le Linee Guida dicono con chiarezza che *“non si riscontrano effetti negativi per l'uso prolungato del metadone...il trattamento va continuato finché il paziente desidera rimanervi traendone dei benefici, ...qualora persista un rischio di ricaduta nell'uso di eroina o di altre droghe, ed il medico lo ritenga opportuno dal punto di vista clinico”*.

Numerosi studi hanno mostrato l'efficacia di un adeguato trattamento di metadone nel ritenere le persone tossicodipendenti in trattamento quale fattore protettivo rispetto ai rischi di decesso per overdose e di contagio dell'infezione HIV.

Il “Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga” ha riconosciuto ufficialmente la validità dei programmi per la riduzione del danno assegnando fondi finalizzati per la realizzazione di questi progetti ai sensi del D.P.R. 309/90.

Villa Maraini nel 1992 è stata una delle prime strutture in Italia a portare avanti una iniziativa di unità di strada, e di questa attività ho l'orgoglio di essere stato il primo coordinatore ed organizzatore del gruppo operativo. L'unità di strada è stato il naturale ampliamento di quanto negli anni Villa Maraini ha sempre cercato di fare: offrire una opportunità di contatto, di socializzazione anche alle persone che sono ancora nella condizione di tossicodipendenza, tendendo alla minimizzazione del rischio ed alla riscoperta delle alternative alla vita di piazza.

Con il servizio di “unità di strada” è la struttura che porta la sua accoglienza nei luoghi a rischio, cioè nelle piazze, nei sottopassaggi, etc., ponendosi come punto di riferimento ed offrendo una gamma di interventi anche a “chi non sa esprimere una domanda o non è consapevole del bisogno”. La immediatezza e la semplicità del contatto a bassa soglia produce fiducia nelle persone che vengono avvicinate, una stima che accresce anche grazie ai numerosi interventi di overdose che vengono effettuati. L'attività in strada viene svolta con un camper e con una panda medica della Croce Rossa Italiana, munite di telefono cellulare e di radio ricetrasmittenti collegate con l'autoparco centrale della CRI ed il servizio di emergenza specifico di Villa Maraini. L'équipe minima di base del gruppo operativo è costituita da un medico, uno psicologo, quattro operatori sociali con pregressa storia di tossicodipendenza che hanno effettuato un percorso terapeutico e formativo, e due Volontari del Soccorso della C.R.I..

L'unità di strada fa offerte a bassa soglia, chiede solo al tossicodipendente un po' di ascolto, di attenzione, e nel contatto lo informa sulle possibilità esistenti, ragiona sui mezzi a disposizione per ridurre i rischi derivanti dall'uso di droga per via iniettiva, propone lo scambio di siringhe, insiste sull'importanza dell'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali a rischio, offre profilattici, lo aiuta a meglio definire alcuni problemi, fornisce informazioni specifiche che riguardano l'utilizzo delle strutture sociosanitarie ed assistenziali presenti nella città, facilita l'accesso ad appropriati programmi di trattamento sostitutivi con metadone.

La prevenzione secondaria e terziaria sono l'attività prevalente svolta in strada, ma sovente questa è solo una prima azione per mettere in moto un processo di cambiamento che aspettava solo qualcuno che lo stimolasse. Questo concetto è stato il risultato più eclatante di uno studio osservazionale su di un programma di scambio siringhe effettuato con un servizio di unità di strada a New Haven, negli USA, nel periodo 1990-3: il 25% delle persone tossicodipendenti che si era recato presso questa unità di strada non aveva utilizzato affatto la possibilità dello scambio siringhe ma aveva semplicemente ricercato nel contatto in strada proprio le informazioni su altri tipi di servizi ai quali poter accedere per un trattamento più organizzato ed orientato al cambiamento; il 65% del totale delle persone che avevano partecipato al programma si erano recati in seguito per cure presso altri servizi.

Per raggiungere la popolazione tossicodipendente per via iniettiva "drop out" e promuovere sia la prevenzione della diffusione dell'epidemia da HIV, che la riduzione dei decessi per overdose, l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (O.E.R.) nei primi anni '90 ha promosso il "Programma Integrato di Riduzione del Danno", ove diversi Enti Pubblici e Privati sono stati sovvenzionati e coordinati per il medesimo obiettivo, costruendo insieme una comune cultura di intervento. L'O.E.R., utilizzando modelli matematici ha avuto la capacità di mostrare quale sarebbe stato l'andamento della diffusione dell'epidemia HIV nella Regione Lazio in assenza di intervento e, diversamente, effettuando il programma proposto di riduzione del danno. Stabiliti gli indicatori quantificabili da osservare per ponderare i risultati e la loro ricaduta in termini di benefici sulla popolazione generale questo tipo di programma ha mostrato di essere un investimento di tipo "economico", ovvero in grado di ottenere risultati validi per la popolazione generale (diminuzione dei nuovi casi di soggetti infettati dal virus HIV) agendo solo sulla popolazione tossicodipendente. Nel 1993 la Giunta Regionale del Lazio, prendendo atto di queste previsioni, ha approvato all'unanimità l'attuazione del biennale "Programma Integrato di Riduzione del Danno" (1994-6) presentatogli dall'O.E.R. stanziando per lo scopo una somma di nove miliardi. Le conclusioni sulla stima dell'effetto di questo programma in termini di riduzione dell'incidenza e della prevalenza da HIV e AIDS nel Lazio hanno indicato come non inferiori alle 134 le nuove infezioni evitate al 31/12/96 con una spesa di 67 milioni per ogni infezione evitata, costo che calerebbe a 40 milioni continuando il programma per altri otto anni, (da comparare ai 50 milioni stimati ai costi del '95 di assistenza annuale a persona con AIDS). Questa comparazione porta alla conclusione che, anche solo considerando la prevenzione AIDS i programmi di riduzione del danno per tossicodipendenti si rivelano essere una efficiente modalità di impiego delle risorse. Considerando inoltre nel rapporto costi/efficacia anche i 500 interventi di pronto soccorso, la prevenzione degli episodi fatali di overdose, ed il numero delle persone "drop out" entrate nei servizi di trattamento ecco che il rapporto benefici/costi diviene ancora più vantaggioso per la adozione di questo tipo di programmi.

Dal 1992 ad oggi la unità di strada di Villa Maraini ha effettuato oltre 136.000 interventi a favore di persone tossicodipendenti fra cui 465 per overdose, ha consegnato 130.000 siringhe sterili e ne ha ricevute 50.000 usate, ha effettuato 5.000 invii ai centri di Accoglienza, 1.200 invii ai SerT per terapie specifiche, ha distribuito 300.000 volantini e pieghevoli informativi e di prevenzione, etc...

Il contatto in strada, il servizio emergenza overdose, i gruppi all'interno degli istituti carcerari romani, la permanenza nei centri di accoglienza diurni e notturni a bassa e a media soglia, la terapia

effettuata nella comunità semiresidenziale o con il trattamento di naltrexone integrato con colloqui individuali di gruppo e familiari, l'ambulatorio, l'Unità HIV, il consultorio alcool, la Associazione Genitori, la Cooperativa di lavoro, il Centro di Formazione, costituiscono il frutto dell'impegno di oltre venti anni di lavoro, e si collocano in maniera integrata nella rete cittadina più ampia di tutti i servizi che vengono offerti a tutta la cittadinanza.

Alla data del 30.09.98 1.754 persone fanno riferimento in maniera attiva a tutti i diversi servizi di Villa Maraini.

Nei ventidue anni di attività Villa Maraini ha fatto molta strada e rappresenta oggi un punto di riferimento nazionale ed internazionale su quello che si può fare nel campo della assistenza alle persone con problemi di tossicodipendenza.

Bibliografia

Arcà M., et al., "The epidemic dynamics of HIV-1 in Italy: modelling the interaction between intravenous drug users and heterosexual population", 1992, *Stat.Med* 11:1657-84

Barra M, Lelli V., "Droghe e Drogati", Iannua – Roma 1990

Barra M, et al., "Villa Maraini: l'esperienza degli operatori di strada a Roma", in "Hiv/Aids e Droga, Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento in strada" a cura di G.Serpeloni e A.Rossi, Leonard E.S.- Verona 1996

Buning Ernst, Van Brussel Giel, "The effects of Harm Reduction in Amsterdam", *Eur Addict Res* 1995, 1: 92-98

Davoli M. et al., "Programma Integrato di Riduzione del Danno nei tossicodipendenti a Roma", Progetto Salute n.36, Anno XIII, marzo 1997, Supplemento

Davoli M. et al., 1993, "Risk factors for overdose mortality. A case control study within a cohort of intravenous drug users". *International Journal of Epidemiology* 22 : 273 - 7

Deliberazione Giunta Regionale Emilia Romagna 31/10/95 n.3830, "Linee di Indirizzo regionali sulla riduzione del danno da uso di droga".

Deliberazione del Consiglio Regionale Lazio del 23/09/93 n.810, "Programma Integrato di riduzione del danno per infezione da HIV nella popolazione dei tossicodipendenti"

Farrell M., et al., "Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review", *BMJ*, 309: 997-1000,1994

Min.Sanità "Circolare 30/IX/1994 n.20, Linee Guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi", Bollettino per le farmacodipendenze XVII :3, pp.7-13, 1994

O'Hare P.A., et al., "La Riduzione del Danno", 1994, Ed.Grupo Abele, Torino

Perucci et al, "Mortality of intravenous drug users in Rome: A cohort study", *Am. Journal of Public Health* 81: 1307-10., 1991

Presidenza Consiglio dei Ministri Dip.Aff.Sociali: "Libro bianco sulle tossicodipendenze, La Conferenza Nazionale sulla droga", Palermo 24-26 Giugno 1993

Presidenza del Consiglio dei Ministri: Atti della Seconda Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcol dipendenza. Napoli 13-15 Marzo 1998

Rezza G, et al., "HIV prevalence and frequency of risk behaviour in injecting drug users entering treatment and out of treatment: a cross sectional study in five Italian cities", *J Drug Issues*, 1994:24:527-535,

Ronconi S. et al., " Gli operatori di strada per l'infezione da HIV nei tossicodipendenti: l'esperienza del Gruppo Abele". In Serpelloni G., Rossi A., "HIV/AIDS e Droga. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento in strada". Ed.Leonard, Verona, 1996

Serpelloni et al., "Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case control study"

Stimson G.V. et al., 1994, "Potential development of community oriented HIV outreach among drug injectors in the UK", *Addiction* 89 : 1601-11

Turnbull Paul e Webster Russell, "Drugs: education, prevention and policy", Vol 5, n.2, 1998; 177-184

Verster et al., "Harm Reduction in Rome", The International Journal of Drug Policy, Vol 7, n.2, 1996

Wiessing Lucas et al.. "HIV and Hepatitis B/C, Infection among injecting drug users in Europe", 12 World Aids Conference, June 1998, poster presentation 13192

Wilson P.H. et al., "Methadone maintenance in general practice: patients workload and outcomes", BMJ, 309 :641-44, 1994