

Allegato B 4

Instant Book

**Potenziamento delle modalità di intervento in ottica
preventiva e nell'ottica di riduzione del danno.
Analisi di esperienze nazionali ed europee**

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

INDICE

Gli elementi chiave	1
1.1 Elementi chiave	3
Gli Esperti	5
2.1 Il Coordinatore	7
2.2 Gli Esperti	8
2.3 I Facilitatori	12
Il Metodo	13
3.1 Il Metodo	15
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	16
Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti	17
4.1 I contributi preliminari	19
4.2 Le criticità	19
4.3 Le possibili soluzioni	30
Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro	41
5.1 Il contesto dei lavori	43
5.2 Le criticità rilevate	43
5.3 La lettura delle criticità	46
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	46
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	50
5.6 Le proposte operative	51
Tavolo Tecnico	53
6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata	55
6.1.1 Introduzione del Coordinatore	55
Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee	57
6.2 Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee	59
6.2.1 Consolidare la riduzione del danno in Italia è necessario	60
6.2.2 Per un sistema di interventi in materia di prevenzione, riduzione del danno, cura a inclusione	62
6.2.3 Interventi di riduzione del danno (RdD) e limitazione dei rischi (LdR) sottotema 1 – elementi per la strutturazione di Ig nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi	64
6.2.4 Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica	66
6.2.5 Suggerimenti per nuove linee guida nella RdD/RdR	69
6.2.6 Nuove linee guida sulla riduzione del danno	71
6.2.7 Prevenzione selettiva e indicata, riduzione dei rischi e del danno, aggancio, prima accoglienza, presa in carico e trattamento – programmi regionali e protocolli locali. Il percorso lombardo	73

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.8 La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato	75
6.2.9 Sintesi Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee	78
Tavola Rotonda B - Allerta precoce e drug checking	81
6.3 Tavola Rotonda B - Allerta precoce e drug checking	83
6.3.1 Il sistema nazionale di allerta precoce (snap) sulle nuove sostanze psicoattive (nsp)	84
6.3.2 Drug checking: conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi	86
6.3.3 Open data: aprire i dati per comprendere, progettare, prevenire, curare	88
6.3.4 Il drug checking è più che un'analisi	90
6.3.5 Evoluzione del drug checking (DC) nei servizi RdD in Italia	91
6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B - Allerta precoce e drug checking	93
Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni	95
6.4 Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni	97
6.4.1 Coinvolgimento dei consumatori e servizi innovativi	98
6.4.2 Niente su di noi senza di noi: restituire alle persone che usano droghe il ruolo di protagonisti nella definizione delle politiche e dei servizi: la vera innovazione possibile	100
6.4.3 Drug consumption rooms. Avvio sperimentazione in Italia	102
6.4.4 Sintesi Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni	104
6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata	106
6.5.1 Introduzione del Coordinatore	106
6.5.2 Domande e risposte	107
6.5.3 Riflessioni e proposte dal pubblico	126
Relazione Tecnica del Coordinatore	127
7.1 Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee	129
Le statistiche	135
8.1 Gli Esperti	137
8.2 Il pubblico iscritto	138
Appendice	143
9.1 Dr. Giuseppe Di Pino - Consolidare la Riduzione del Danno in Italia è necessario	145
9.2 Dr. Gaetano Manna - Interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR). Elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi.	149
9.3 Dr. Marco Riglietta - Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica	154
9.4 Dr. Corrado Celata - Prevenzione Selettiva e Indicata, Riduzione dei Rischi e del Danno, Aggancio, Prima Accoglienza, Presa in Carico e Trattamento – Programmi regionali e Protocolli locali. Il percorso lombardo	158
9.5 Dr. Massimo Oldrini - La tutela della salute di persone che usano droghe: Un diritto negato.	160
9.6 Dr. Lorenzo Camoletto - Drug checking: conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi	168
9.7 Dr. Ernesto de Bernardis - Open data: aprire i dati per comprendere, progettare, prevenire, curare	171
9.8 Dr. Stefano Bertolotti - Evoluzione del drug checking nei servizi RdD in Italia	185

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

- 9.9 Dr. Alessio Guidotti - Niente su di noi senza di noi: restituire alle persone che usano droghe il ruolo di protagonisti nella definizione delle politiche e dei servizi: la vera innovazione possibile 188
- 9.10 Dr. Claudio Cippitelli - Drug Consumption Rooms. Avvio sperimentazione in Italia 194

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Gli elementi chiave



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

1.1 Elementi chiave

1. Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale
2. Valutazione delle esperienze europee
3. Sistema di Allerta Precoce
4. Ipotesi di introduzione del drug checking
5. Adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali
6. Utilizzo del naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Gli Esperti

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2.1 Il Coordinatore

Dr.ssa Laura Amato

Biografia	<p>Medico, Direttore della UOC Documentazione Scientifica, Linee Guida ed HTA presso il Dipartimento di Epidemiologia del SSSR del Lazio-ASL Roma1. Membro del Comitato Scientifico dell'EMCDDA (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze). Membro del Centro GRADE Italiano da luglio 2016. <i>Coordinating editor</i> del Gruppo Internazionale di revisione Cochrane su Droghe e Alcool dal 2014 a Gennaio 2021. Responsabile scientifico per il Dipartimento del gruppo tecnico per la produzione di linee guida internazionali e nazionali. Rappresentante regionale per la Regione Lazio nel Comitato Strategico del Sistema Nazionale Linee Guida da luglio 2018. Esperta nella conduzione di revisioni sistematiche della letteratura. Autore di 128 pubblicazioni scientifiche e di 22 revisioni sistematiche Cochrane.</p>
Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico	<p>Responsabile scientifico per il Dipartimento per lo sviluppo del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SIRD); Partecipazione come esperto metodologo alla stesura di Linee guida dell'OMS sulla dipendenza da alcol, oppiacei e sull'efficacia e sicurezza della cannabis ad uso terapeutico. Responsabile per il dipartimento del progetto di ricerca sul disturbo da gioco d'azzardo in ASL ROMA 1. Responsabile scientifico per il Dipartimento di un progetto con l'EMCDDA per lo sviluppo di "<i>Systematic reviews of evidence of effectiveness of interventions to update the best practice portal</i>". Autore di 22 revisioni Cochrane su efficacia e sicurezza dei trattamenti per abuso di oppiacei, alcol, psicostimolanti.</p>

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Roberto Berselli (Federazione Italiana Comunità Terapeutiche)	Laureato in Giurisprudenza, Presidente del Centro di Solidarietà L'Orizzonte di Parma dal 1997 al 2014. Dal 2014 Vice Presidente del Consorzio Gruppo CEIS Modena-Bologna-Parma. Docente di Diritto e Legislazione Sociale presso l'Istituto Superiore Universitario Progetto Uomo dal 1999 al 2013. Presidente del Coordinamento Enti Accreditati dell'Emilia-Romagna 2016-2018. Membro del Consiglio di Presidenza della FICT (Federazione Italiana Comunità Terapeutiche)	Gestione diretta di servizi per le dipendenze
Stefano Bertoletti (Forum Droghe)	Psicologo sociale, mi occupo di tossicodipendenze e stili di consumo giovanili dal 1993 con la progettazione e la direzione di progetti di operatori di strada e interventi di riduzione del danno e riduzione dei rischi con CAT cooperativa sociale di Firenze. Formatore e ricercatore ho svolto attività a livello regionale, nazionale ed internazionale nel settore degli interventi preventivi e di riduzione del danno, in collaborazione con CNCA, Forum Droghe, consorzio Nova	Interventi di Riduzione del danno in contesti urbani con consumatori di eroina e cocaina, interventi di riduzione dei rischi in contesti di divertimento: discoteche, <i>free party</i> , contesti urbani (movida urbana) formazione e ricerca su modelli di consumo di droghe e consulenze on line
Sergio Bovi (ComunItalia)	Attualmente direttore generale del centro mantovano di solidarietà ARCA con sede a Mantova. Dal 2000 lavora come direttore e coordinatore di Arca e di Arca Formazione. Coordinatore S.M.I. Il Filo con attività di prevenzione. Consulente accreditamento strutture e interventi di prevenzione. Collaboratore come ricercatore esterno in due bandi presso la facoltà di sociologia università alma mater Bologna. È docente corsi formativi e di prevenzione in vari ambiti	Progettazione e realizzazione di interventi in ambito della prevenzione (scuola, lavoro, parrocchie, ecc.). Progettazione interventi di prevenzione all'interno del programma europeo W.H.P., interventi di prevenzione con utilizzo delle <i>skill</i> . Prevenzione ambulatoriale con lo S.M.I. Il Filo
Lorenzo Camoletto (CNCA)	Educatore Professionale e Formatore dell'Università della Strada del Gruppo Abele, responsabile dell'area prossimità della cooperativa alice di Alba, membro del tavolo regionale piemontese sulla riduzione del danno, attuale presidente della federazione Piemonte e Liguria del CNCA. Membro del consiglio nazionale del CNCA referente del gruppo nazionale CNCA Riduzione dei Danni e Limitazione dei rischi, delegato nazionale del CNCA presso il <i>Civil Society Forum on Drugs</i>	Lavoro nell'ambito dei servizi a bassa soglia e della riduzione del danno dal 1994. Sono stato responsabile del <i>drop-in</i> del gruppo Abele, ho fondato e sono stato responsabile del progetto Neutruvel e <i>project manager</i> del progetto Baonps (Be Aware On Night Pleasure Safety HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7107)
Pietro Canuzzi (Ministero Salute)	Dirigente sanitario presso Ministero della salute - esperienze di natura tecnica nel settore delle dipendenze con profilo sanitario	

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Corrado Celata (Regione Lombardia)	Dottore in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi sociali; Educatore professionale. Dirigente distaccato <i>part-time</i> presso la DG Welfare di Regione Lombardia, Struttura Stili di vita per la prevenzione - Promozione della salute – Screening. Dirigente Responsabile della UOS Prevenzione Specifica dell'ATS di Milano	Progettista e Responsabile di programmi e progetti preventivi e di promozione della salute a livello regionale, inter-regionale e nazionale
Claudio Cippitelli (Forum Droghe)	Sociologo, ricercatore, supervisore e formatore, è impegnato da oltre 30 anni nell'implementazione delle politiche pubbliche sul consumo delle sostanze psicotrope. Socio fondatore della Coop. Parsec, già membro del Comitato scientifico dell'Osservatorio droghe e tossicodipendenze e del Comitato scientifico del Bollettino Farmacodipendenze Unicri - Ministero Sanità (Governo Prodi); membro del comitato scientifico di Forum Droghe. Già Presidente del Coordinamento Nazionale Nuove Droghe (CNND)	Dagli anni '90 ha partecipato al Prog. integrato di RdD della Regione Lazio; ha avuto la responsabilità o la supervisione metodologica di progetti di prevenzione, limitazione dei rischi e RdD; impegnato in attività di formazione e supervisione per servizi del pubblico e della cooperazione
Ernesto de Bernardis (SITD)	Medico specialista in farmacologia clinica. Ser.T dal 1998 ad oggi. Responsabile Ser.T Lentini e Augusta (SR). Consigliere nazionale SITD	Progetto GeOverdose http://www.geoverdose.it (archivio geolocalizzato eventi acuti da droghe tratti dai media dal 2017) - coordinatore insieme con il dott. Salvatore Giancane (Ser.D Bologna)
Giuseppe Di Pino (ITARdD)	Coordinatore Rete Italiana per la Riduzione del Danno - Operatore di Strada Unità Mobile Venezia	Lavoro da 20 anni nella riduzione del danno come operatore/educatore; in questi anni ho partecipato a diversi corsi di formazione; esperienze di formatore e supervisore. Ho partecipato al progetto Europeo NewIP (rete di LdR europea). Membro del Coordinamento di ITARDD
Daniele Ferrocino (Intercear)	Opero nella Comunità Emmanuel dal 1992 occupandomi in particolare dei rapporti con Ministeri, Regioni, AA.SS.LL. e Istituzioni. Presso il Forum del Terzo Settore, mi occupo della programmazione dei Fondi UE (sono membro del Comitato di Sorveglianza del PO Puglia 2014-2020 e del PON Inclusion). Promotore e fondatore dei coord. Reg.li degli enti ausiliari/accreditati in Puglia e Basilicata, nonché del Segretariato Intercear Presidente di Confcooperative - Federsolidarietà Puglia	Sono membro della Commissione Consultiva sulle tossicodipendenze della Regione Puglia ed ho fatto parte della Commissione pugliese per la valutazione dei progetti presentati da enti pubblici e privati per interventi di lotta alla droga da finanziare con le risorse del fondo di cui alla L. 45/99

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Mariasole Galassi (Ministero della Salute)	Dirigente Sanitario Psicologo Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 6 – Prevenzione dipendenze, salute mentale e doping Incarico: “Analisi e studio della prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi delle dipendenze, con particolare riferimento alle dipendenze comportamentali -DGA-”, Laurea in Psicologia Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica	Analisi e studio della prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi delle dipendenze, con particolare riferimento alle dipendenze comportamentali -DGA- Partecipazione Tavolo Tecnico per la realizzazione del PNP 2020-25 in materia di Dipendenze
Alessio Guidotti (ITANPUD)	Presidente associazione ITANPUD (network italiano delle persone che usano droghe) educatore professionale ed OSS, operatore riduzione del danno, progettazione in ambito riduzione del rischio coordinamento progetti <i>i want to be peer</i> finanziati in pud ed euronpud partecipazione al <i>CSFDP civil society forum in drug policy case manager</i> in progetto di inclusione sociale operatore progetto "maneggiare con cautela" riduzione del rischio in ambito scolastico 2016 2017 2018	ITANPUD operatore riduzione del danno, coordinamento ITARdD (2018), progetto Una Regione senza la C (HCV screening e referral rivolto alla popolazione che usa sostanze) partecipazione (operatore) in alcuni interventi di <i>drug checking</i> traduzione (ITANPUD) del manuale niente di noi senza di noi
Peter Koler (PA Bolzano)	Psicologo e Pedagogista, dottorato di ricerca presso l'Università di Dresda. Psicologo dell'emergenza. Trainer in Colloquio Motivazionale, dal 1993 al 2001 psicologo presso il Ser.D di Bolzano, dal 2001 direttore di 6 centri specialistici della fondazione Forum Prevenzione Membro unità di coordinamento per le dipendenze della Provincia autonoma di Bolzano, Docente presso la Libera Università di Bolzano, Pubblicazioni nell'ambito “Giovani”, “Droghe”, “Lavoro di Prevenzione” e “Politiche della Salute”	lavoro da oltre 20 anni in un centro dedicato esclusivamente alla prevenzione alle dipendenze, ulteriori informazioni www.forum-p.it . Ho esperienza negli ambiti di formazione, <i>counseling</i> e <i>coaching</i> , conduzione di progetti, lavoro di rete (anche con Austria, Svizzera, Germania) e ricerca.
Gaetano Manna (Regione Piemonte)	Psicologo, responsabile Ufficio regionale patologie della dipendenza - HIV/AIDS Assessorato Sanità della Regione Piemonte. Coordinatore tavolo regionale Dipendenze, già coordinatore del Gruppo Interregionale dipendenze della Commissione Salute	Coordinatore GdL di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi del Piemonte, nonché referente regionale area Prevenzione ambito dipendenze
Roberta Pacifici (ISS)	Ricercatore dal 1987 dell'Istituto Superiore di Sanità ho effettuato studi e ricerche sulle tematiche relative all'uso, abuso e misuso delle sostanze stupefacenti e psicotrope. In qualità di Direttore, dal 2017 ad oggi, del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità ho diretto e coordinato, relativamente alle tematiche delle dipendenze e del doping, attività istituzionali, di ricerca, controllo, consulenza, formazione e informazione	In qualità di Direttore del Centro Nazionale Dipendenze e Doping e dell'Osservatorio Fumo, Alcol e droga dell'ISS sono responsabile del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle Nuove Sostanze Psicoattive e membro del gruppo Redazionale della Relazione annuale al Parlamento sulle dipendenze

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Marco Riglietta (FeDerSerD)	Laurea in medicina, specializzazione in Geriatria, Direttore UOC Dipendenze Dal 1988 nelle dipendenze, ho avviato l'attività alcologica (1991), tabagismo (1997), l'unità mobile con somministrazione di metadone (1999), l'ambulatorio per le "altre dipendenze" (2005). Responsabile di progetti finanziati su riduzione del danno, comorbilità, MDMA, precursore dell'EWS e cocaina. Responsabile di due progetti finanziati dalla Commissione Europea, sugli interventi nei contesti del divertimento notturno	Vedi biografia e le progettualità attive nel contesto della tutela della salute dei consumatori di sostanze legali/illegali. Partecipazione a gruppi di lavoro istituzionali. Membro del comitato salute mentale e dipendenze, coordinatore delle UOC dipendenze di Regione Lombardia
Massimo Oldrini (Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS)	Massimo Oldrini, presidente nazionale LILA dal 2015 e precedentemente presidente di Fondazione LILA Milano dal 1997, a cui mi sono avvicinato nel 1990, prima come cliente poi come volontario e dal 1994 come socio e collaboratore. Ho partecipato formazioni nazionali e internazionali acquisendo competenze di carattere psicologico e di tipo tecnico scientifico. Dal 2007 al 2015 sono stato presidente della Consulta AIDS del MdS e attualmente sono componente della sezione L del CTS del MdS	Sono stato coordinatore delle attività LILA di RdD a Milano e per LILA Nazionale. Come componente della sezione M (Consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS) del MdS ho partecipato alla stesura del PNAIDS e a ricerche nazionali e europee sulla salute delle PUD e persone detenute

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Luca Caterino (Federsanità - Toscana)	Ricercatore sociale ed esperto nell'ambito della valutazione di politiche pubbliche, si è spesso occupato di temi legati alla disabilità, alla condizione abitativa, alla violenza di genere e alla programmazione socio-sanitaria. Per Federsanità segue in particolare le attività legate all'Osservatorio Sociale Regionale della Toscana e ai processi partecipativi in ambito socio-sanitario
Michelangelo Caiolfa (Federsanità - Toscana)	Si occupa da circa venti anni di programmi operativi e sistemi di servizi in ambito sanitario territoriale, sociosanitario, socioassistenziale, e ha partecipato alla costruzione normativa delle riforme del sistema sanitario e sociosanitario della regione toscana. Con Federsanità ANCI Toscana segue i programmi di <i>supporto</i> degli istituti e degli strumenti per l'integrazione (Società della Salute e Piani Integrati di salute), le attività della sanità territoriale e dell'alta integrazione, i programmi per l'innovazione dei servizi e per lo sviluppo dei sistemi informativi. Componente tecnico della commissione sociale nazionale di Anci, ha partecipato al Comitato per la lotta alla povertà, al gruppo per la definizione degli strumenti tecnici del REI e del Reddito di Cittadinanza, al gruppo per la definizione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all'Oxford Polytechnic e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al <i>management</i> dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Il Metodo

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (DPR 309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere *input* utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, e attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai *policy maker* una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza



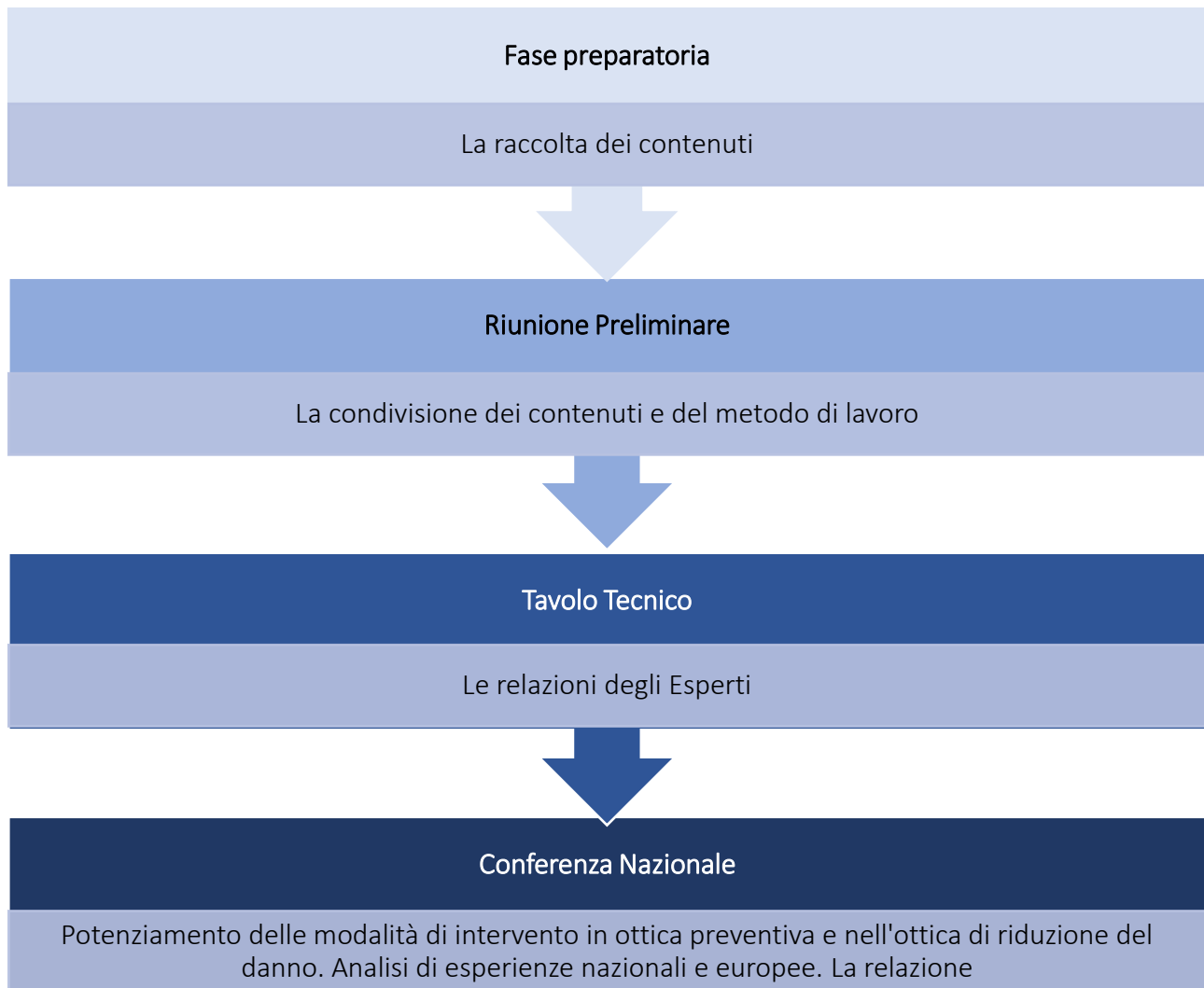
Sia la fase preparatoria sia quella operativa della conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* sulla piattaforma *Basecamp*.

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della conferenza dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (*GroupMap*) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale

Necessità di giungere a una condivisione sul piano tecnico degli elementi strutturali e caratterizzanti di quest'area di intervento, superando ideologismi

Mancanza di condivisione sul concetto di tutela della salute dei consumatori di sostanze legali/illegali

Mancanza di linee guida nazionali sugli interventi di tutela della salute

Assenza di finanziamenti stabili per le attività specifiche

RdD/LdR: Nonostante le attività sulla Riduzione del Danno e limitazione dei rischi siano LEA dal 2017 risulta che solo il Piemonte abbia approvato una D.G.R. di recepimento dei LEA.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Se non c'è un formale recepimento da parte di ogni singola Regione o PA i LEA non possono essere garantiti ed erogati dai nostri servizi, e i cittadini non possono pretenderne l'erogazione, vanificando lo sforzo fatto per essere riconosciuti livelli essenziali

Il tema della riduzione del rischio e del danno dovrebbe essere visto alla pari come soglia portante con le altre realtà del lavoro alle dipendenze, ovvero prevenzione, trattamento e repressione, vedasi per esempio la realtà svizzera
Necessità di collegare la riduzione del danno ad un *safer use*, cioè non solo come un problema da ridurre, ma come un supporto ad un uso consapevole ed una competenza in questo senso

Nonostante si tratti di uno dei 4 pilastri europei nelle politiche sulla droga e il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 abbia invitato le regioni a recepire la RdD fra i LEA, al momento solo il Piemonte ha ottemperato introducendola nella propria normativa

I servizi di prossimità, le unità mobili, i *drop in* non hanno sufficienti risorse per garantire capillarità e continuità dei servizi

Occorre rinforzare il dibattito e l'implementazione dei servizi avanzati come il *drug checking* e le *drug user room* sulla base delle evidenze scientifiche e delle esperienze nazionali ed europee

Assenza di programmi stabili di prevenzione, limitazione dei rischi e riduzione del danno, troppo spesso ridotti a progetti annuali o biennali

Poca omogeneità e co-programmazione tra servizi pubblici e del terzo settore, tra le Regioni e gli Enti Locali (Comuni, Città Metropolitane); scarsità dei servizi di accoglienza notturna, di *drop in*, di accoglienze a breve termine

Assenza di luoghi dove consumare in sicurezza (sale del consumo)

Assenza dell'analisi delle sostanze sul campo

Social housing per dipendenti, ex dipendenti e alcolisti anziani o in condizione di grave marginalità sociale

Revisione del ruolo dei Nuclei Operativi Td delle Prefetture, in cronico ritardo nei colloqui

L'approccio alla riduzione del rischio e del danno nasce per affrontare l'elevata mortalità legata all'AIDS a cavallo degli anni 80. Oggi in una situazione profondamente modificata essa deve essere rivista alla luce di un approccio che, nel rispetto delle libertà individuali, sia comunque caratterizzato da una forte tensione al recupero

RdD garantita in pochi Dipartimenti/Regioni

Mancanza di *drug checking*

Mancano Stanze del Consumo Controllato

RdD con visione molto sanitaria

RdD poco finanziata

La quantità e la qualità degli interventi sono molto eterogenei nei vari territori. È vero che territori diversi necessitano di interventi diversi, ma spesso le differenze non nascono da una reale programmazione, ma da circostanze estemporanee che possono determinare una sovrabbondanza di interventi in alcune aree e la totale assenza di servizi in altre.

Spesso si tratta di interventi legati a progettualità che hanno un orizzonte temporale predefinito, il che non consente di garantirne né la continuità nel tempo, né la possibilità di consolidamento ed implementazione

Le risorse dedicate sono troppo limitate e precarie per realizzare una strategia realmente efficace su larga scala

Non sempre sufficienti e chiari interventi volti al convincimento dell'utenza al cambiamento e astensione del consumo

Nella definizione degli standard qualitativi ancora insufficienti strumenti di valutazione degli interventi

Aggancio che non sempre porta l'utenza a intraprendere percorsi riabilitativi

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Le linee guida del 2000 davano una definizione di base e oggi sono completate da un ampio riferimento europeo (EMCDDA): tuttavia subiscono una forte stigmatizzazione, nonostante siano nei LEA con l'art.28 comma K del DPCM 2017, che solo la regione Piemonte ha recepito

Esistono una vasta letteratura e numerose buone prassi nazionali e internazionali in merito, ma ancora non sono recepite a livello uniforme

Manca un effettivo e reale coinvolgimento dei beneficiari del servizio e della comunità, come richiesto dall'art.4 della Dichiarazione OMS di Alma Ata del 1978 e ribadito anche nel documento «Niente su di noi senza di noi»: solo così i servizi saranno in contatto col mondo cui si rivolgono

Le esperienze e i progetti di riduzione del danno e di riduzione dei rischi pur annoverando molti anni di attività e di evoluzione organizzativa rimangono precari e legati a finanziamenti non stabili

Spesso sostenuti a livello regionale e locale, manca una loro omogeneità e possibilità di integrazione e di sviluppo come sistema di interventi territoriali

Di fatto i servizi di bassa soglia sia rivolti a utenze marginali che quelli rivolti a utenze maggiormente integrate sono pochi e faticano a lavorare con sicurezza e con il riconoscimento pieno dell'apparato dei servizi istituzionali

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2) Valutazione delle esperienze europee

Al momento la conoscenza e l'approfondimento dei presupposti teorico-metodologici e degli esiti delle esperienze ha interessato solo una "nicchia" di addetti ai lavori, che per questo motivo hanno rischiato autoreferenzialità e marginalità nel sistema di intervento

Scarsa conoscenza della letteratura internazionale

La realtà italiana sembra spesso orientarsi più a modelli americani che europei, soprattutto per quanto riguarda centri specializzati per la prevenzione delle dipendenze e la promozione della salute - istituite in realtà svizzere, austriache, Tedesche - In Italia se ne possono contare molto poche, una di queste è il Forum Prevenzione <https://www.forum-p.it/it/benvenuti-1.html> che in alcune regioni risulta un modello del tutto sconosciuto

Poca attenzione ai risultati dei servizi più innovativi e anticonvenzionali e poca partecipazione alle reti europee ed internazionali relative alla RdD riconosciute come interlocutori dall'EMCDDA

Poca osmosi tra le esperienze positive e le innovazioni ottenute nei diversi stati dell'Unione
Mancanza di momenti costanti di confronto, formazione scambio tra i servizi europei
Rifiuto di approcci basati sull'evidenza per mere questioni ideologiche

Le linee guida europee, per prime le raccomandazioni EMCDDA a mettere a sistema la riduzione del danno, sono disattese a livello nazionale e locale

Non sempre nei vari Paesi si adottano criteri uniformi di valutazione. Molte valutazioni non si prestano a evidenziare gli elementi di contesto (sociale, economico, culturale, politico, istituzionale...) che possono determinare il successo o l'insuccesso di una strategia o di un intervento

A volte le valutazioni degli "esperti" non tengono adeguatamente conto delle esperienze concrete fatte dagli operatori addetti e dai beneficiari

Spagna, Francia, Portogallo, Svizzera, Scozia: sono solo alcuni dei Paesi d'Europa in cui le politiche di riduzione del danno hanno visto le più differenti sperimentazioni politiche e pratiche, con successi innegabili. Olanda: coffee shop. Scozia: trattamento per HCV in carcere. Svizzera: eroina prescritta. Francia: sale consumo assistito. Portogallo: programma di scambio di siringhe dal'93, depenalizzazione di acquisizione, possesso e uso di ogni droga.

Risultati in termini di vite e costi evidenti: meno trasmissione di malattie, meno uso tra giovanissimi, educazione a uso e prevenzione uso problematico, più tasso di trattamento, meno overdose, meno sovraffollamento carcerario qualità di vita più alta per tutti

Scarsa integrazione e valorizzazione in Italia delle esperienze più avanzate a livello europeo sia nello sviluppo di servizi specifici che della valutazione degli stessi.

In molti Paesi europei, servizi di gestione delle criticità di consumo direttamente sul campo si sono evoluti con ottimi risultati, riconosciuti dai servizi istituzionali dei Paesi coinvolti mentre in Italia essi non vengono riconosciuti.

Ne è esempio il vasto lavoro di analisi di droghe sul campo realizzato in svizzera, spagna, portogallo, attraverso servizi di *drug checking* e sale del consumo che in Italia sono osteggiati per ragioni moralistiche

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

3) Sistema di allerta precoce

Fino a oggi il Sistema di Allerta precoce è rimasto interesse e risorsa per i soli "addetti ai lavori" del settore tossicodipendenze

Nessun coinvolgimento degli operatori attivi sul territorio; la comunicazione è esclusivamente centrifuga

Il sistema di allerta precoce non produce informazioni e avvisi diretti alla popolazione generale, a rischio o ai consumatori di sostanze - come invece avviene in altri stati europei (<https://tinyurl.com/AllertaPrecoceSITD>) - e anzi proibisce espressamente la divulgazione via web, immediata e pervasiva

Lascia la diffusione delle informazioni ai servizi territoriali e di prossimità la cui area di intervento ha limiti concreti
Quando le notizie raggiungono i media vengono spesso alterate per dare "colore giornalistico" e perdono di aderenza alla realtà, contenuto medico-scientifico e utilità preventiva o curativa; inoltre possono essere manipolate per fini politici

Da quando il Piemonte, area dipendenze, ha aderito al Sistema di Allerta precoce è mancato un feed-back di quali siano i soggetti coinvolti e se questi collaborano fattivamente per alimentare il Sistema medesimo

La allerta precoce per quanto riguarda le sostanze psicoattive funziona molto bene, la allerta precoce se si tratta delle persone che consumano di meno

Risorse economiche insufficienti

Implementazione messa a sistema e stabilizzazione di servizi efficaci di monitoraggio come il *drug checking* non ancora abbastanza capillare

Il sistema si basa in gran parte sui sequestri e sull'analisi dei paraphernalia rinvenuti

Manca un sistema di reale allerta dei consumatori, come avviene in altri Paesi come la Confederazione Elvetica

Manca una cultura diffusa sulla necessità di diffondere *caveat* e informazioni in merito alle sostanze

Manca la possibilità di analisi delle sostanze effettuate sul campo, in collaborazione con i servizi pubblici e del terzo settore e, soprattutto, manca il protagonismo e la collaborazione dei consumatori

Divieto di diffusione delle allerte

Tempestività delle informazioni

Capillarità della rete italiana

Il sistema necessita di ulteriori implementazioni sia per le modalità di rilevazione delle sostanze presenti nei "mercati" e delle evoluzioni dei modelli di consumo, sia nelle attività di comunicazione capillare e tempestiva delle informazioni rilevanti

Il turbinio di sostanze, di associazioni fra sostanze diverse, di luoghi e forme dove avvengono le assunzioni, di modelli di comportamento, rende estremamente problematico la fase di individuazione dei rischi

In fase di comunicazione degli allarmi non sempre le informazioni pertinenti riescono a raggiungere tutti i possibili destinatari in una forma adeguata

L'attuale sistema di allerta è totalmente inefficace tanto che le sue comunicazioni arrivano con ritardo mortale Il mercato delle droghe vive l'"effetto mongolfiera", con movimenti di tempo e spazio molto rapidi che vanno adeguatamente accompagnati senza che ciò significhi intervento delle forze dell'ordine

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Va mantenuto il contatto con il territorio basandosi sulla pragmaticità della riduzione del danno non giudicante ma concretamente attiva per la salute delle persone che usano droghe e della comunità tutta

Il sistema di allerta precoce attualmente esclude i servizi di RdD e RdR che non possono interagire come gli altri punti focali con L'ISS

In particolare, non possono agevolmente trasportare sostanze per analisi specifiche nei laboratori accreditati, senza rischiare conseguenze legali per gli operatori e per i tecnici di laboratorio che accettano campioni provenienti da operatori

È ancora fatto divieto di divulgare informazioni derivate dall'analisi di droghe non conosciute

Questo provoca gravi conseguenze perché i consumatori non possono essere informati tempestivamente sulla circolazione di droghe pericolose come oppioidi di sintesi e varie molecole sintetiche NPS

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

4) Ipotesi di introduzione del *drug checking*

La risorsa deve essere strettamente connessa alle finalità preventive e di intervento del Sistema di intervento

Mancanza di finanziamenti stabili ed adeguati

Coinvolgimento nell'attività di tutti gli attori non solo quelli cosiddetti attivi nel campo della riduzione del danno

Mentre il *drug checking* nei luoghi del *loisir* sta raggiungendo - perlomeno in certe aree - una sua accettazione e stabilità, non esiste un "salvacondotto" per il quale operatori sanitari, al corrente di particolari picchi di eventi acuti da sostanze nell'area ove lavorano - possano raccogliere e sottoporre ai laboratori di tossicologia forense campioni di droghe da strada acquistate dai propri utenti, senza rischiare di subire un'accusa di detenzione di sostanze illegali e senza dover infrangere la riservatezza dei propri pazienti

Il Piemonte ha avviato una delle poche esperienze di *drug checking* sul proprio territorio

Esistono però molte criticità ad agire pienamente in una serie di ambiti perché la normativa attuale impone vincoli sull'utilizzo a scopi scientifici delle sostanze che le persone portano ad analizzare

Un sistema del *drug checking* per ora in Italia si trova solo in modo sporadico ed è anche difficile da adottare, se si osservano realtà come quelle di Vienna - <https://checkit.wien/> - o quelle di una città piccola come Innsbruck - <https://www.drogenarbeit6.at/drug-checking/substanzwarnungen.html> - si possono veder modi molto interessanti per introdurli anche in Italia: per il lavoro di *safer use*, *risk reduction* e per una prima consulenza con consumatori a rischio il *drug checking*

Nonostante i risultati e le potenzialità riconosciute e ancora troppo poco diffuso e dovrebbe poter essere coordinato e integrato nello SNAP

Permane ancora uno stigma verso tale pratica, intesa da alcuni come una facilitazione all'uso

Una sola esperienza di *drug checking* in Italia

Ambiguità di legge nel processo di analisi

Vuoto normativo

Il *drug checking*, per quanto presenti senza dubbio degli aspetti positivi (riduzione dei rischi, analisi delle sostanze presenti sul "mercato", evoluzione dei fenomeni ...), se attuato in maniera poco strutturata, può essere interpretato come una sorta di "autorizzazione" all'uso della sostanza

Inoltre, qualora venissero rilevate sostanze particolarmente rischiose, si pongono seri problemi etici nella gestione delle stesse

Garantire il servizio in maniera capillare su tutto il territorio nazionale, è molto problematico

Va assicurata la messa in rete di questo tipo di interventi con tutti gli altri sia in termini di riduzione del danno e dei rischi, che con finalità terapeutiche

Problemi di eticità del *drug checking* ai minori

Le attività di *drug checking* non sempre sono volte all'aggancio e inserimento in percorsi riabilitativi

Poca conoscenza e diffusione

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Drug checking raramente attuato in contesti diversi da quelli ricreativi e del divertimento

Il mercato si approfitta dell'illegalità delle droghe per apportare tagli estremamente dannosi per la salute (p.e. levamisolo o fentanyl)

Pratica di riduzione del danno fondamentale per la riduzione delle overdosi e delle intossicazioni accidentali e in generale di primaria importanza per la salute delle persone che usano droghe

Si devono superare ancora le resistenze moralistiche sul tema e sul correlato che analizzare le sostanze portate dai consumatori sia una facilitazione all'uso

Questo atteggiamento banalizza la portata del sistema e i suoi vantaggi

Le autorità regionali non si sentono adeguatamente supportate per sviluppare progettualità sperimentati sul tema

I consumatori di droghe italiani spesso sono diffidenti di fronte alla proposta di analisi perché si sentono minacciati da utilizzi repressivi delle informazioni

Il tutto favorisce la sommersione dei fenomeni e dei pericoli specifici della circolazione di sostanze pericolose e di adulteranti particolarmente rischiosi

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

5) Adeguamento delle unità mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali

Rischio di autoreferenzialità nella individuazione di contesti prioritari di intervento

Finanziamento inadeguato e altalenante

Indispensabile un coinvolgimento completo delle aziende sanitarie pubbliche in tema di formazione, fornitura di materiali, controllo sulla qualità delle prestazioni erogate, aderenza a standard sanitari di alto livello

Per adeguare le strategie e l'offerta dei servizi di prossimità al territorio sono necessari dati aggiornati e completi sugli eventi acuti (luoghi, circostanze, sostanze) e sul mercato illegale

GeOverdose tenta di fornire tali dati ma ha il limite che la sua fonte sono i media ed è quindi esposto a bias di pubblicazione. Non esiste un analogo servizio per i sequestri di sostanze

I dati completi sugli eventi acuti e i sequestri sono raccolti dal Ministero dell'Interno che li pubblica l'anno successivo in forma aggregata e da ISTAT e DCSA

In tal modo però non sono utili ad orientare in tempo reale l'attività dei servizi di prossimità

Anche se in Piemonte gli interventi di RdD e di LdR sono LEA tali servizi non hanno le risorse per essere strutturati in forma continuativa e con personale dedicato

Mancano le consumer rooms

La precarietà dei progetti per la maggior parte legata all'andamento carsico dei bandi

Troppo spesso UDS e centri a bassa soglia sono previsti come progetti, soggetti a bandi annuali o biennali, favoriti o osteggiati in base delle scelte politiche delle diverse amministrazioni piuttosto che sul fabbisogno reale dei territori

L'esperienza dei servizi di unità mobile e dei centri a bassa soglia manca di una definizione a carattere nazionale che ne definisca in modo preciso obiettivi, funzioni e risorse

Diffusione di centri a bassa soglia e unità mobili disomogenea sul territorio nazionale

Scarso approccio ecologico

Scarse occasioni di formazione

Unità Mobili e Centri a Bassa Soglia finanziati con bandi annuali (scarsa continuità)

Scarso e disomogeneo sviluppo di progetti di *peer support*

I sistemi di rilevazione dei dati epidemiologici sono purtroppo carenti

La presenza di unità mobili e a bassa soglia spesso fa emergere situazioni di criticità che fino a quel momento non erano ancora state rilevate. Portare alla luce tutto il "sommerso" è compito improbo, ma spesso è proprio questo "sommerso" che necessita questo tipo di interventi

I luoghi e le forme di consumo evolvono in continuazione e a grande velocità, mentre spesso la realizzazione di centri ed interventi di questo comporta tempi dilatati (fra progettazione, individuazione delle linee di finanziamento, realizzazione ed avvio ...) che mal si adattano alla velocità di evoluzione dei "bisogni"

Le unità mobili e i centri di bassa soglia (*drop in*), ove si sono attuati, hanno dimostrato ampiamente la loro efficacia sia per la capacità di entrare in contatto e relazione con una fascia di consumatori difficilmente agganciabile dai Servizi sia

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

per gli interventi di prevenzione delle overdosi, dell'HIV, HCV attraverso la distribuzione di materiale sterile e con la presenza di pari che sono stati fondamentali nel veicolare messaggi di salute

Nonostante dal 2017 questa tipologia di interventi sia nei LEA, sono presenti a macchia di leopardo

Oggi il fenomeno si è diversificato e andrebbero pensati interventi che tengano conto dei nuovi modelli di consumo

I servizi di RdD indoor e outdoor devono essere adattati alle specifiche esigenze territoriali e quindi vanno sviluppati in modo specifico tenendo una base minima di copertura territoriale

Questo non avviene perché spesso sono finanziati con risorse diverse e poco integrate tra loro

Non è più possibile che molti di questi servizi rimangano sperimentali e non garantiti anche dopo decenni di attività

Non è possibile nemmeno che servizi innovativi su fenomeni nuovi ad esempio quelli che si occupano di movida urbana vadano avanti con finanziamenti brevi e vedano periodi di sospensione lunghi che vanificano il lavoro svolto

C'è bisogno di maggiore continuità e di valutazione sui risultati

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6) Utilizzo del naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso

Necessità di linee di indirizzo nazionali

Necessità di budget adeguati

Lo spray nasale è scarsamente disponibile nel territorio nazionale e costoso (così come la soluzione iniettabile); è farmaco ricettabile (a differenza della formulazione iniettabile) e molto costoso

Sul naloxone c'è ancora poco riconoscimento del modello di THN

I soggetti ed i servizi che possono utilizzare efficacemente tale farmaco sono ancora limitati (la loro presenza nei territori è davvero disomogenea)

Il farmaco salvavita, comunque, va inserito all'interno di una presa in carico più strutturata e non sempre chi lo può somministrare (per es. il pronto soccorso) è sufficientemente collegato con altre tipologie di servizi e strutture

Nell'overdose da eroina l'uso del naloxone resta l'unico strumento di intervento efficace, purtroppo nonostante l'Italia sia tra i pochi Paesi europei dove il naloxone è venduto in farmacia senza ricetta medica, risulta ancora sottoutilizzato, a parte la distribuzione fatta da alcuni (purtroppo non tutti) i servizi di RdD e bassa soglia, non è stato diffuso a sufficienza sul territorio

Lo spray nasale rappresenta soprattutto per la facilità di intervento un fatto positivo, anche perché il non utilizzare siringhe permetterebbe una maggiore diffusione. Resta critico il costo del prodotto e l'efficacia; risulta che 1,4 mg di naloxone spray equivale a 0,8 mg di naloxone iniettato intramuscolo

Queste pratiche prevedono costi che sono spesso poco sostenibili nei progetti specifici senza un'azione di sistema che ne possa abbattere i costi

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave:

1) Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale

Creare spazi di confronto e di scambio fondati su elementi conoscitivi, metodologici e tecnici, evidenze e revisione degli esiti di esperienze effettuate sul campo a livello regionale, nazionale, internazionale

Creare e curare adeguatamente lo sviluppo di spazi di confronto fra tecnici e politici, a partire da letteratura ed evidenze, che permettano azione di *advocacy* fondata sul tema

Adeguare l'approccio al sottotema al contesto attuale (caratteristiche del fenomeno, caratteristiche del contesto socio-culturale)

Formazione obbligatoria per tutti gli operatori che si occupano di consumi di sostanze

Adozione delle *best practice* ampiamente evidenziate a livello internazionale

Finanziamento specifico sul FSN e non finanziamenti progettuali

In considerazione delle diverse politiche sanitarie messe in atto dalle Regioni e PA, è necessario istituire forti coordinamenti/gruppi di lavoro, composti da autorevoli rappresentanti dello Stato centrale e locale, con l'obiettivo di redigere LI e LG su ambiti che necessitano avere indicazioni univoche, da recepire in Conferenza Stato-Regioni con proprio atto

Questa potrebbe essere una possibile soluzione per superare le tante differenze che oggi esistono nelle diverse realtà del nostro Paese

Introdurre il concetto dei 4 pilastri, differenziare ruoli e competenze dei *player* sul campo, valorizzare il lavoro del Terzo Settore

Aprire un dibattito per una politica delle dipendenze moderna che accetta anche gli aspetti positivi di un consumo di sostanze psicoattive, vedasi p.e. ultimo numero di <https://www.suchtmagazin.ch/>

Passare da un atteggiamento ordinatorio ad uno perentorio nei confronti delle regioni

Garantire finanziamenti dedicati (come garantito per l'ambito GAP)

Promuovere e sostenere progetti sperimentali a livello nazionale in accordo con DAP, Tavolo interregionale, ISS e terzo settore

Le politiche RdD devono poter contare su una rete di servizi, sia indoor che outdoor, articolata e competente

Occorre potenziare e innovare l'offerta dei Ser.D, integrare tali servizi con i *drop in*, le UDS, i servizi notturni e diurni, le accoglienze a breve termine

Completare l'offerta di servizi di RdD con la creazione e gestione di sale del consumo, in particolare nei centri urbani

Per quanto riguarda la prevenzione e limitazione dei rischi, fuoriuscire dalla logica progettuale in favore di programmi stabili promossi dagli enti locali e dalle regioni, in co-programmazione con il terzo settore e servizio pubblico

Creare una UdS nazionale per grandi aggregazioni *techno*

Drug checking

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Ridefinizione puntuale dei LEA

LEA in tutte le regioni

Stanze del consumo

Drug checking

Approccio di *Combination Intervention* come esplicitato da EMCDDA

Ripristinare il Fondo Nazionale Lotta alla droga, con particolare attenzione agli interventi di riduzione del danno

Definire una strategia nazionale che sia articolata per tenere conto delle differenti esigenze dei differenti territori (i servizi nelle aree urbane o metropolitane non possono essere identici a quelli delle zone rurali)

Coordinare in maniera strutturata le azioni svolte dalle Regioni in questo ambito, supportando in particolare quelle meno capaci di realizzare questo tipo di interventi

Ripristinare il fondo di lotta alla droga all'interno del quale individuare una specifica sezione per gli interventi di riduzione del danno

Gli interventi di prossimità sono uno strumento di contatto con l'utenza per promuovere la motivazione al cambiamento; pertanto le linee guida devono necessariamente evidenziarlo

Introduzione nelle linee guida di efficaci strumenti di valutazione degli interventi in termini sia qualitativi che quantitativi
I servizi di prossimità devono essere agganciati ai servizi riabilitativi sia pubblici che privati affinché possano finalizzare i loro interventi

Accelerare il processo di ricezione delle Regioni dell'art.28 comma K del DPCM 2017 che inserisce la riduzione del danno nei LEA

Integrare nella formazione scolastica e accademica la riduzione del danno e le ricerche in merito con riferimento alle buone pratiche e sperimentazioni internazionali

Sviluppare e valorizzare la rete dei servizi di RdD e RdR integrandoli maggiormente e stabilmente con le offerte dei servizi istituzionali (Ser.D) e servizi di prevenzione comunali

Integrare maggiormente questi servizi nelle strategie di gestione degli spazi urbani e non in cui si aggregano persone a scopo di divertimento, soprattutto nelle aree urbane

Stabilizzare le esperienze e integrarle con le nuove emergenze e servizi dedicati come *drug checking* e sale del consumo, interventi specifici nei free party a livello nazionale, servizi intermedi di presa incarico e consulenza psicologica a bassa soglia, interventi specifici per i contesti urbani di movida

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2) Valutazione delle esperienze europee

Promuovere e sostenere la realizzazione di occasioni formative e di aggiornamento rivolte a tutti gli Attori dei diversi settori del Sistema di intervento; promozione e articolazione *workshop* tecnici per la conoscenza e lo scambio di esperienze (e dei relativi fondamenti teorico-metodologici)

Sviluppare un'azione integrata, multisettoriale e multilivello di *advocacy* sul sotto tema anche in riferimento a decisori e politici

Traduzione e divulgazione delle *best practice* in lingua italiana

Mettersi più in rete con progetti europei

Pensare alla introduzione di centri di prevenzione che hanno solo questo obiettivo e non fanno consulenza/trattamento/presa in carico

Valutazione degli interventi in base agli indicatori di impatto sociale riferibili alle esperienze consolidate e maggior promozione di progetti di scambio di buone pratiche

Potenziare il ruolo dell'OETD, affidando a tale istituzione sempre più un ruolo di formazione e aggiornamento

Aumentare la ricerca europea sulla realtà dei consumi, non soltanto epidemiologica ma anche psico-socio-antropologica, per leggere i cosiddetti segnali deboli e riprogettare costantemente le politiche pubbliche

Costituire una UDS internazionale in grado di intervenire nei grandi eventi *techno* europei

Maggior raccordo fra il sistema nazionale di riduzione del danno e quello europeo

Un piano nazionale che recepisca le raccomandazioni UE e una consulta che ne valuti applicazione ed impatto

Definizione a livello europeo di standard e procedure di valutazione condivise

Integrare le esperienze europee e internazionali attraverso stretta collaborazione delle persone che usano droghe, le quali conoscono a fondo le comunità e i territori e sono in grado di diffondere informazioni, educazione e prevenzione

Progettare servizi di RdD *gender sensitive*

Combattere attivamente lo stigma

Introdurre programmi di scambio di siringhe e depenalizzazione di acquisizione, possesso, uso, vendita di piccole quantità

Finanziare realtà già esistenti

L'uso di droghe è un fenomeno socio-sanitario e non penale, come evidenziato da ampia letteratura in merito: la penalizzazione è la prima causa di sovraffollamento delle carceri italiane (condannate nel 2013 da Corte Europea Diritti Umani)

Potenziare il ruolo dell'osservatorio europeo e delle reti accreditate per lo sviluppo il coordinamento e la messa a sistema di RdD e RDR, sviluppare il riconoscimento delle UDS per la raccolta e il monitoraggio dei mercati illegali con attenzione alle esigenze dei consumatori e della loro salute

Integrare ed aumentare la ricerca qualitativa sulle modalità di consumo che si sviluppano nei diversi Paesi europei integrandola con la ricerca di tipo epidemiologico

Rafforzare la rete europea dei servizi e degli interventi di riduzione del danno con maggior coordinamento e scambio formativo ed organizzativo

Sviluppare progettazioni europee appositamente su questi temi

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

3) Sistema di allerta precoce

Agganciare e reingegnerizzare il Sistema di Allerta Precoce all'interno di più ampi dispositivi di Sanità Pubblica (la questione non è di solo interesse di chi si occupa del tema specifico, ma la conoscenza di ciò che circola in un dato contesto territoriale può/potrebbe/deve essere di interesse per tutti gli attori del sistema che il DPR 309/90 ingaggia (sicurezza, educazione, sociale, sanità ecc.)

Coinvolgimento degli operatori attivi sui territori e nei contesti in cui vengono consumate le sostanze
È necessario definire un panel di informazioni che gli operatori possano raccogliere e trasmettere all'osservatorio

Che si autorizzi la creazione e divulgazione di uno o più siti/*app* - a cura delle Autorità sanitarie e/o Società scientifiche e/o Associazioni - sul modello olandese (<https://www.drugsredalert.nl/>) con informazione ordinaria generale e geolocalizzata, che includa una corretta e puntuale diffusione delle allerte che riguardano il territorio nazionale o aree specifiche, oltre a temi di prevenzione, terapia e assistenza sociale e sanitaria

Quanto sopra è già stato tema di un confronto di SITD con DPA e ISS nel settembre 2018

Sarebbe importante avere un *report* regionale con i soggetti coinvolti che sono parte attiva del Sistema di Allerta

Si dovrebbe istituire un sistema di prima consulenza che da una parte colleghi più fortemente segnalazione e consulenza (nel contesto delle segnalazioni art. 121 ecc.) dall'altra incentivi la presenza nei contesti del divertimento incluso il *drug checking*, in modo di poter attivarsi al di fuori di contest repressivi/legali

Costituzione di un fondo dedicato per ricerca e sperimentazione e superamento delle resistenze ideologiche a favore di un approccio pragmatico e basato sulle evidenze

Finanziamento e implementazione di programmi di analisi delle sostanze da attuarsi con strumenti idonei da parte dei servizi pubblici e del terzo settore in collaborazione con i consumatori e le loro organizzazioni

Diffusione massima dell'allerta su tutte le piattaforme adeguate

Rendere pubbliche le allerte

Allargare alle Unità di Strada e ai servizi di bassa soglia (anche del privato sociale) l'adesione alla rete, autorizzando l'analisi di droghe

Integrare nel sistema tutti i servizi, le strutture e gli operatori impegnati nel settore

Definire forme di rilevazione delle informazioni utilizzabili anche in contesti non formali (ma garantendo la correttezza delle info assunte)

Definire più puntualmente i diversi destinatari a cui far giungere le "allerte" prevedendo per ciascuno di essi forme e canali di comunicazione ad hoc

Ispirarsi ai sistemi *peer based*, cioè che si basino sulle esperienze delle persone che usano droghe (p.e. INPUD): facilitare e garantire il contatto stretto tra il sistema di allerta e la riduzione del danno a bassa soglia come i *drop in* e le unità di strada, oltre che in generale le persone che usano droghe

Supporto e integrazione con i servizi di *drug checking*

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

È necessario accreditare i servizi di RdD/RdR con postazioni mobili e postazioni fisse per l'analisi di sostanze circolanti con sistemi rapidi ma accreditati a livello internazionale, non soltanto sistemi basati su analisi colorimetrica

È necessario tutelare i consumatori che si rivolgono a questo tipo di servizi da un punto di vista legale, e autorizzare i laboratori a svolgere analisi approfondite su sostanze la cui identificazione richiede indagini approfondite

È consigliabile sviluppare progettazioni nazionali che si collegano alle reti di servizi regionali, realizzando le opportune attività formative per gli operatori che fanno analisi sul campo e risorse per strumentazioni idonee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

4) Ipotesi di introduzione del *drug checking*

Ipotizzare sperimentazioni locali (sulla base di protocolli sovra-territorialità) per verificare effettive possibilità di ingaggio dei diversi *stakeholder* del sistema

Finanziamento specifico sul FSN stabile e non progettuale

Il *drug checking* dev'essere sviluppato in tutti i contesti di incontro dei consumatori

Ipotesi di aggiornamento della legislazione con protocolli che consentano una raccolta, conservazione e invio sicuro di campioni di sostanze illegali da strada da parte degli operatori sanitari dei servizi territoriali o ospedalieri, senza rischio di imputazione per detenzione e senza dover infrangere il segreto professionale

Ricerca delle possibili fonti di finanziamento per aggiungere tali analisi alla routine dei laboratori forensi

Implementare un progetto sperimentale di *drug checking* sotto l'egida del Ministero della Salute, dell'ISS e della DCSA

Offrire le possibilità di poter implementare il *drug checking* in progetti regionali esistenti di *safer night life*

Integrazione formale e sostanziale nello SNAP

Rendere evidente il grande valore preventivo del *drug checking* rispetto ai consumatori, il contributo che può offrire nella conoscenza del mercato, la penetrazione di nuove sostanze sul mercato italiano

Dotare i servizi di strumenti e protocolli che garantiscano l'eticità dell'azione; prevedere momenti di confronto regionali e nazionale su tali pratiche

Introdurre il *drug checking* come LEA, in tutti i contesti di lavoro (strada, *drop in* e centri a bassa soglia, *outreach* nei luoghi di divertimento - legali e illegali)

Definizione di rigorosi standard per questa specifica tipologia di intervento ed inserimento della stessa all'interno di una strategia complessiva che riguardi non solo la riduzione dei rischi, ma anche la prevenzione, la presa in carico e la cura

Vietare il *drug checking* ai minori

Nelle linee guida nazionali occorre specificare la finalità dell'azione

Necessaria integrazione con *drop in*, unità di strada e in generale tutta la riduzione del danno a bassa soglia, con postazioni fisse e postazioni mobili all'occorrenza

Riconoscere le esperienze virtuose sia nazionali che internazionali in protocolli specifici

Destinare al *drug checking* la redistribuzione dei fondi per consentire l'accesso dei servizi alle tecnologie più avanzate

Riconoscere e supportare le esperienze territoriali autonome già presenti da anni in Italia

Necessaria integrazione con il Sistema di Allerta Precoce

Maggiore diffusione e informazione

Sviluppare un sistema di normative che garantiscano gli operatori addetti a questo tipo di servizi sia nello svolgimento di queste azioni sul campo che del trasporto di sostanze ai laboratori ove necessario

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d esperienze nazionali ed europee

Sviluppare oltre la formazione di unità mobili di *drug checking* anche l'apertura di punti fissi sul territorio che possono essere raggiunti dai consumatori per fare analisi ogni volta abbiano la necessità e il sospetto si possa trattare di droga più rischiosa o sconosciuta venduta per altro

Questo sistema va implementato con risorse nazionali e regionali e coordinato da ISS

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

5) Adeguamento delle unità mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali

Connettere la programmazione di settore con la programmazione sociosanitaria (LEA Profilo di Salute della Comunità) e con la Programmazione di Zona ex L. 328/00

Finanziamento specifico sul FSN e non su progettualità annuali
Progetti cogestiti dalle aziende pubbliche e dalle organizzazioni del privato accreditato
Accreditamento e controllo di qualità sulle attività

Open data: esplorare la possibilità di aprire al pubblico e agli operatori sanitari i dati sugli eventi acuti da sostanze raccolti dal sistema sanitario e raccolti dal Ministero dell'Interno, ISTAT, DCSA, man mano che si rendono disponibili, integrandoli con le informazioni utili per orientare l'attività di prevenzione e cura sul campo (luoghi, circostanze, sostanze)

Eventualmente integrare con i dati dei sequestri

Possibile ipotizzare la collaborazione tra Pubblica amministrazione e Società scientifiche e/o Università e/o Associazioni

Bisogna dare indicazioni stringenti e risorse vincolate per realizzare servizi con personale competente e dedicato

Adeguamento della normativa che permette di istituire consumer rooms

Stabilizzazione dei progetti trasformandoli in servizi valutati sulla base dell'impatto sociale prodotto e non dei costi e introducendoli formalmente nei LEA nelle normative regionali

Fuoriuscire dal progetto in favore di programmi stabili (oltretutto RdD è nei LEA)

Programma condiviso tra Regione, enti locali, terzo settore e organizzazioni dei consumatori per l'adeguamento di UDS e basse soglia con il mutare delle situazioni territoriali e dei consumi

Garantire continuità ai servizi di riduzione del danno (UdS e CBS)

Assumere approccio di *Combination Intervention* propugnato da EMCDDA (Strategia socio sanitaria, di comunità e attenta al contesto)

Diffondere e sollecitare l'ingaggio di operatori pari per valorizzare le competenze delle PUD

Tutela dei servizi di RdD e bassa soglia esistenti, affiancati anche da interventi più a carattere sanitario per intervenire nell'urgenza e la criticità

Pensare a luoghi aperti alla cittadinanza e alle comunità dove sia possibile reperire informazioni sulle sostanze e sull'uso anche quando questo non sia accompagnato da problemi di dipendenza. Luoghi dove sia possibile il confronto e lo scambio di vissuti con persone che abbiano un'esperienza di consumo (*peer support*)

Offrire opportunità di crescita personale e valorizzazione delle potenzialità personali attraverso la formazione anche in campo lavorativo

Diffusione del *drug checking* come servizio alla collettività

Definizione del servizio e suo inserimento nei LEA

Definizione di LEA/LEP anche in questo ambito ed inserimento di questi servizi in una rete territoriale articolata

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Costruire sistemi di servizi di RdD/RdR stabili e valutati che vanno ad integrare stabilmente la rete dei servizi istituzionali e dei servizi di trattamento comunitario, andando a mettere in atto l'integrazione nei LEA di questo insieme di servizi. C'è bisogno di creare programmi condivisi a livello regionale e interregionale con enti locali e terzo settore e includere la partecipazione attiva dei consumatori per favorire l'adeguamento delle risposte di fronte alle nuove esigenze di salute pubblica sui territori.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6) Utilizzo del naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso

Creazione di linee guida nazionali
Coinvolgimento delle aziende sanitarie pubbliche

Abbatte i costi dello spray nasale, diffonderlo nei servizi per persone che usano droghe in maniera capillare; tabellarlo come farmaco da banco senza ricetta per poterlo consegnare facilmente ai consumatori (efficacia del THN)

Implementare piani per consentire la somministrazione di naloxone (in dosaggi e con modalità "controllate") da parte di non professionisti formati (ovviamente in caso di mancanza di personale medico)

Sviluppo di programmi sicuri per il consumo a domicilio all'interno di strategie ad ampio spettro (prevenzione, educazione/informazione, trattamenti sostitutivi, presa in carico, cura ...)

Adeguate campagne informative sull'uso del naloxone

Distribuzione con prezzi calmierati nelle farmacie del naloxone spray

Distribuzione gratuita nei Ser.D e nei servizi di RdD e bassa soglia

La possibilità di utilizzare un prodotto non iniettabile permetterebbe di abbassare lo stigma verso le persone che utilizzano droghe e sarebbe più facile per i familiari intervenire quando l'overdose avviene nella propria abitazione

Favorire azioni di diffusione capillare ai servizi di RdD/RdR ma anche nella rete dei servizi istituzionali abbattendo costi di acquisto dei kit e la loro accessibilità per i consumatori dei territori

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

5.1 Il contesto dei lavori

Rispetto a molti altri temi riguardanti le droghe e le dipendenze, la particolarità, nonché il punto di forza, dei temi riguardanti l'area della riduzione del danno è quello di avere a disposizione una buona base di evidenze scientifiche raccolte nel corso degli ultimi anni, non solo in ambito italiano ma soprattutto europeo. Esse permettono dunque di sviluppare ragionamenti, valutazioni e input di *policy* concreti e fondati su ciò che ha il potenziale di funzionare meglio, tenuto conto delle specificità di contesto.

A tal fine è fondamentale tenere in considerazione la letteratura scientifica, nonché le linee guida e le raccolte di pratiche efficaci, prodotte rispetto alle varie tipologie e modalità di intervento. In quest'ottica un rilevante aiuto è fornito dal portale *online* messo a disposizione dall'agenzia europea EMCDDA ([Best Practice Portal](#)), contenente informazioni pratiche sugli interventi efficaci (e su quelli inefficaci) relativi a prevenzione, terapia, riduzione dei danni e reinserimento sociale. Il portale fornisce un supporto pratico per l'individuazione rapida di interventi di comprovata efficacia, al fine di meglio investire le risorse e migliorare gli interventi applicando strumenti, standard e linee guida.

Dalla sintesi dei contributi degli Esperti relativi alle criticità individuate per ciascun argomento chiave del Tavolo è stato possibile delineare tre macro-temi principali: LEA, linee guida, finanziamento ed esperienze; allerta precoce e *drug checking*; coinvolgimento dei consumatori e servizi innovativi.

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema "Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche". Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
<i>Safer use, drug checking, consumer competence</i>
Allerta precoce che coinvolga tutti i soggetti della <i>policy</i> , compresi i consumatori, basato anche e soprattutto sul <i>drug checking</i>
Difficoltà di far coordinare i vari servizi, inclusi quelli di RdD, in un sistema
Per favorire avvicinamento e prossimità, uso di droghe non dovrebbe essere punito con sanzioni
Quello che vale per la RdD vale anche per la prevenzione universale e selettiva
Non esistono linee guida nazionali sulla riduzione del danno
La RdD non è stata recepita, se non dal Piemonte, nei Lea nonostante il DPCM del 2017
La maggior parte delle regioni e PA non hanno recepito i LEA approvati nel 2017

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tabella 1. Lista delle criticità emerse	
Non è stata recepita dalla maggior parte delle regioni	
Manca una uniformità a livello nazionale dei servizi garantiti	
Basare gli interventi nell'ambito delle dipendenze su 4 pilastri a pari livello: prevenzione, trattamento, riduzione del danno, sicurezza	
Partecipazione dei centri collaborativi allo SNAP, <i>drug checking</i>	
Manca una condivisione del concetto di tutela della salute dei consumatori di sostanze	
RdD a macchia di leopardi sul territorio nazionale, a progetto oltretutto, nessun coinvolgimento <i>user</i> , inesistenza del <i>drug checking</i>	
Condivisione, confronto e formazione con tutti gli attori delle dipendenze, gli interventi di prossimità devono avere obiettivi specifici e valutabili, coinvolgimento di tutti i servizi pubblici e privati. Finalizzazione degli interventi	
Coinvolgimento dei consumatori attivi nelle politiche e servizi	
Riduzione del danno frammentata sul territorio nazionale e finanziata solo con progetti annuali/bimestrali che non garantiscono stabilità e messa a sistema	
Inesistenza di sale del consumo in sicurezza, neanche come sperimentazione	
Danni derivanti dalle sanzioni amministrative per il consumo	
I dati della pubblica amministrazione che riguardano eventi acuti, sostanze coinvolte, sostanze che girano in una certa area geografica in un certo periodo, sono ristretti (allerte rapide), e pubblicati con ritardo di circa un anno e solo in forma aggregata (eventi da droghe, sequestri)	

È stato valutato il grado di concordanza/discordanza su ciascuna delle criticità identificando il gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali c'è maggiore accordo verso quelle su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
La maggior parte delle regioni e PA non hanno recepito i LEA approvati nel 2017	2.7
Non è stata recepita dalla maggior parte delle regioni	2.7
Riduzione del danno frammentata sul territorio nazionale e finanziata solo con progetti annuali/bimestrali che non garantiscono stabilità e messa a sistema	2.6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
La RdD non è stata recepita, se non dal Piemonte, nei Lea nonostante il DPCM del 2017	2.5
Manca una uniformità a livello nazionale dei servizi garantiti	2.5
Non esistono linee guida nazionali sulla riduzione del danno	2.4
RdD a macchia di leopardi sul territorio nazionale, a progetto oltretutto, nessun coinvolgimento <i>user</i> , inesistenza del <i>drug checking</i>	2.3
Allerta precoce che coinvolga tutti i soggetti della policy, compresi i consumatori, basato anche e soprattutto sul <i>drug checking</i>	2.2
Difficoltà di far coordinare i vari servizi, inclusi quelli di RdD, in un sistema	2.2
Per favorire avvicinamento e prossimità, uso di droghe non dovrebbe essere punito con sanzioni	2.2
Basare gli interventi nell'ambito delle dipendenze su 4 pilastri a pari livello: prevenzione, trattamento, riduzione del danno, sicurezza	2.2
Manca una condivisione del concetto di tutela della salute dei consumatori di sostanze	2.2
Coinvolgimento dei consumatori attivi nelle politiche e servizi	2.2
<i>Safer use, drug checking, consumer competence</i>	2.1
Danni derivanti dalle sanzioni amministrative per il consumo	2.1
I dati della pubblica amministrazione che riguardano eventi acuti, sostanze coinvolte, sostanze che girano in una certa area geografica in un certo periodo, sono ristretti (allerte rapide), e pubblicati con ritardo di circa un anno e solo in forma aggregata (eventi da droghe, sequestri)	2.1
Condivisione, confronto e formazione con tutti gli attori delle dipendenze, gli interventi di prossimità devono avere obiettivi specifici e valutabili, coinvolgimento di tutti i servizi pubblici e privati. Finalizzazione degli interventi	2.0
Inesistenza di sale del consumo in sicurezza, neanche come sperimentazione	1.9
Partecipazione dei centri collaborativi allo SNAP, <i>drug checking</i>	1.8
Quello che vale per la RdD vale anche per la prevenzione universale e selettiva	1.3

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

5.3 La lettura delle criticità

La lettura dei risultati mette in evidenza diversi spunti sulle oggettive difficoltà di coordinamento e collaborazione tra gli attori coinvolti a vario titolo, nonché la difformità nazionale nella provvisione di servizi.

Per quanto riguarda la Riduzione del Danno, queste difficoltà si articolano in particolare nella molto limitata applicazione del decreto sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che nel 2017 ha inserito per la prima volta la riduzione del danno tra le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale ai cittadini, nella mancanza di linee guida e di finanziamenti stabili per le attività, nella necessità di strutturazione di interventi con obiettivi chiari e valutabili, nel coinvolgimento attivo dei consumatori di sostanze, e nell'implementazione di servizi, come il *drug checking* e le sale del consumo in sicurezza, che trovano invece implementazione in altri Paesi.

Per quanto riguarda invece il Sistema di Allerta Precoce si evidenziano criticità legate alla scarsa fruibilità dei dati rilevati e pubblicati e alla mancanza di servizi di *drug checking* collegati ad esso.

5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni

Il secondo giro di brainstorming guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 3.

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
A base delle LEA convenzionare servizi di prevenzione e riduzione del danno con le ASL
Avviare sperimentazioni territoriali (una per regione) delle innovazioni suggerite dalle esperienze internazionali (<i>drug checking</i> e stanze del consumo) prevedendo valutazione di impatto che coinvolga anche <i>user</i> (persone che usano droghe e servizi)
Definizione dei LEA in modo più specifico per gli interventi sia nell'ambito della RdD sia della cura che della prevenzione e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema
Definizione di una strategia nazionale opportunamente finanziata e basata sul pieno coordinamento delle azioni svolte dalle Regioni
Inserimento di un articolo di legge che prevede la possibilità di cessione di sostanze stupefacenti per fini di studio nell'ottica della riduzione del danno
La presenza dei consumatori va inquadrata in un'ottica di metodo che i servizi dovrebbero adottare e che ha risvolti di <i>empowerment</i> , cittadinanza, lotta allo stigma, inoltre in un'ottica di sanità pubblica ricordiamo il concetto di " <i>patient engagement</i> ". Il manuale "niente su di noi senza di noi" tradotto da ITANPUD è una possibile rappresentazione in tal senso
La riduzione del danno come metodo di governo del fenomeno delle scene aperte mettendo assieme gli sguardi di tutti gli altri attori (consumatori, ff.oo, operatori di bassa soglia, etc.) che possa essere indicato nelle linee guida

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
LEA effettivamente finanziati e recepiti dalle regioni, Finanziamento FSN per gli interventi di riduzione del danno e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema
Maggiore diffusione e possibilità di conoscenza sul <i>-drug checking-</i>
<i>Open data</i> : aprire i dati disponibili a ISS e Ministero dell'Interno e renderli disponibili in tempi brevi, indirizzandoli ai consumatori, agli operatori sanitari e di prossimità, e alla popolazione a rischio: dati su sostanze "insolite", eventi mortali e loro circostanze – mediante siti e <i>app</i> ben studiati
Permettere progetti di <i>drug checking</i> in tutte le regioni
Recepimento della RdD nei LEA garantito su tutto il territorio nazionale con finanziamenti dedicati (sul modello di quanto è stato fatto per il GAP) per garantire stabilità e sostenibilità ai servizi e come strumento di pressione sui decisori
Revisione delle sanzioni amministrative (valutazione dell'impatto sociale e sull'accessibilità dei servizi)
Rivedere a fondo il sistema allerta rapido, introducendo <i>drug checking</i> sia nel notturno che nei servizi diurni una piattaforma + <i>app</i> in grado di diffondere
Sperimentazione in ogni regione di una sala del consumo
Superare culturalmente l'idea che i servizi di prossimità, a bassa soglia di RdD e RdR siano qualcosa di avulso dal resto del sistema integrato (per cui negli obiettivi viene spesso richiesto l'"invio alle altre soglie" indebitamente
Tavolo permanente nazionale sui temi RdD, adeguamento LEA, coinvolgimento <i>user</i> , finanziamenti, valutazione esiti, normare la questione minori <i>drug checking</i> e sale consumo
Una delle possibili risposte ai perché tante amministrazioni non hanno recepito i LEA delle RdD potrebbe essere individuata nel trovare una o più "chiavi di lettura" del fenomeno, assolutamente ampio e frammentato. Una di queste sarebbe usare anche il concetto di "controllo e sicurezza" del territorio con queste ulteriori azioni

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Alcuni approcci alle possibili soluzioni sono stati successivamente accorpati per similitudine, come mostrato nella Tabella 4.

Tabella 4. Raggruppamento di alcuni degli approcci alle possibili soluzioni	
Titolo del raggruppamento	Soluzioni nel raggruppamento
LEA – Linee Guida - Finanziamenti	Recepimento della RdD nei LEA garantito su tutto il territorio nazionale con finanziamenti dedicati (sul modello di quanto è stato fatto per il GAP) per garantire stabilità e sostenibilità ai servizi e come strumento di pressione sui decisori
	LEA effettivamente finanziati e recepiti dalle regioni, Finanziamento FSN per gli interventi di riduzione del danno e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema
	Definizione dei LEA in modo più specifico per gli interventi sia nell'ambito della RdD sia della cura che della prevenzione e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema
	Definizione di una strategia nazionale opportunamente finanziata e basata sul pieno coordinamento delle azioni svolte dalle Regioni
	Tavolo permanente nazionale sui temi RdD, adeguamento LEA, coinvolgimento <i>user</i> , finanziamenti, valutazione esiti, normare la questione minori <i>drug checking</i> e sale consumo
	A base delle LEA convenzionare servizi di prevenzione e riduzione del danno con le ASL
	Una delle possibili risposte ai perché tante amministrazioni non hanno recepito i LEA delle RdD potrebbe essere individuata nel trovare una o più "chiavi di lettura" del fenomeno, assolutamente ampio e frammentato. Una di queste sarebbe usare anche il concetto di "controllo e sicurezza" del territorio con queste ulteriori azioni
	La riduzione del danno come metodo di governo del fenomeno delle scene aperte mettendo assieme gli sguardi di tutti gli altri attori (consumatori, ff.oo, operatori di bassa soglia, etc.) che possa essere indicato nelle linee guida
Allerta rapida	Maggiore diffusione e possibilità di conoscenza sul <i>drug checking</i>
	Permettere progetti di <i>drug checking</i> in tutte le regioni
	Rivedere a fondo il sistema allerta rapido, introducendo <i>drug checking</i> sia nel notturno che nei servizi diurni una piattaforma + <i>app</i> in grado di diffondere
	Inserimento di un articolo di legge che prevede la possibilità di cessione di sostanze stupefacenti per fini di studio nell'ottica della riduzione del danno
	Avviare sperimentazioni territoriali (una per regione) delle innovazioni suggerite dalle esperienze internazionali (<i>drug checking</i> e stanze del consumo) prevedendo valutazione di impatto che coinvolga anche <i>user</i> (persone che usano droghe e servizi)
	<i>Open data</i> : aprire i dati disponibili a ISS e Ministero dell'Interno e renderli disponibili in tempi brevi, indirizzandoli ai consumatori, agli operatori sanitari e di prossimità, e alla popolazione a rischio: dati su sostanze "insolite", eventi mortali e loro circostanze – mediante siti e <i>app</i> ben studiati

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni	La presenza dei consumatori va inquadrata in un'ottica di metodo che i servizi dovrebbero adottare e che ha risvolti di <i>empowerment</i> , cittadinanza, lotta allo stigma, inoltre in un'ottica di sanità pubblica ricordiamo il concetto di " <i>patient engagement</i> ". Il manuale "niente su di noi senza di noi" tradotto da ITANPUD è una possibile rappresentazione in tal senso
	Sperimentazione in ogni regione di una sala del consumo
	Superare culturalmente l'idea che i servizi di prossimità, a bassa soglia di RdD e RdR siano qualcosa di avulso dal resto del sistema integrato (per cui negli obiettivi viene spesso richiesto l'"invio alle altre soglie" indebitamente
	Revisione delle sanzioni amministrative (valutazione dell'impatto sociale e sull'accessibilità dei servizi)

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 4, che va dagli approcci sui quali c'è maggiore accordo verso quelli su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 5. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Maggiore diffusione e possibilità di conoscenza sul <i>-drug checking-</i>	2.8
<i>Open data</i> : aprire i dati disponibili a ISS e Ministero dell'Interno e renderli disponibili in tempi brevi, indirizzandoli ai consumatori, agli operatori sanitari e di prossimità, e alla popolazione a rischio: dati su sostanze "insolite", eventi mortali e loro circostanze – mediante siti e <i>app</i> ben studiati	2.6
Definizione dei LEA in modo più specifico per gli interventi sia nell'ambito della RdD sia della cura che della prevenzione e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema	2.5
LEA effettivamente finanziati e recepiti dalle regioni, Finanziamento FSN per gli interventi di riduzione del danno e della sicurezza attraverso un'azione che sia realmente di sistema	2.5
Permettere progetti di <i>drug checking</i> in tutte le regioni	2.5
Rivedere a fondo il sistema allerta rapido, introducendo <i>drug checking</i> sia nel notturno che nei servizi diurni una piattaforma + <i>app</i> in grado di diffondere	2.5
Recepimento della RdD nei LEA garantito su tutto il territorio nazionale con finanziamenti dedicati (sul modello di quanto è stato fatto per il GAP) per garantire stabilità e sostenibilità ai servizi e come strumento di pressione sui decisori	2.4
Definizione di una strategia nazionale opportunamente finanziata e basata sul pieno coordinamento delle azioni svolte dalle Regioni	2.3

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

La riduzione del danno come metodo di governo del fenomeno delle scene aperte mettendo assieme gli sguardi di tutti gli altri attori (consumatori, ff.oo, operatori di bassa soglia, etc.) che possa essere indicato nelle linee guida	2.3
Avviare sperimentazioni territoriali (una per regione) delle innovazioni suggerite dalle esperienze internazionali (<i>drug checking</i> e stanze del consumo) prevedendo valutazione di impatto che coinvolga anche <i>user</i> (persone che usano droghe e servizi)	2.2
Inserimento di un articolo di legge che prevede la possibilità di cessione di sostanze stupefacenti per fini di studio nell'ottica della riduzione del danno	2.2
La presenza dei consumatori va inquadrata in un'ottica di metodo che i servizi dovrebbero adottare e che ha risvolti di <i>empowerment</i> , cittadinanza, lotta allo stigma, inoltre in un'ottica di sanità pubblica ricordiamo il concetto di " <i>patient engagement</i> ". Il manuale "niente su di noi senza di noi" tradotto da ITANPUD è una possibile rappresentazione in tal senso	2.2
Superare culturalmente l'idea che i servizi di prossimità, a bassa soglia di RdD e RdR siano qualcosa di avulso dal resto del sistema integrato (per cui negli obiettivi viene spesso richiesto l'"invio alle altre soglie" indebitamente	2.2
Revisione delle sanzioni amministrative (valutazione dell'impatto sociale e sull'accessibilità dei servizi)	2.1
A base delle LEA convenzionare servizi di prevenzione e riduzione del danno con le ASL	2.0
Tavolo permanente nazionale sui temi RdD, adeguamento LEA, coinvolgimento <i>user</i> , finanziamenti, valutazione esiti, normare la questione minori <i>drug checking</i> e sale consumo	1.8
Una delle possibili risposte ai perché tante amministrazioni non hanno recepito i LEA delle RdD potrebbe essere individuata nel trovare una o più "chiavi di lettura" del fenomeno, assolutamente ampio e frammentato. Una di queste sarebbe usare anche il concetto di "controllo e sicurezza" del territorio con queste ulteriori azioni	1.8
Sperimentazione in ogni regione di una sala del consumo	1.5

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Dalla lettura complessiva si evidenzia come ci sia una sostanziale concordanza di opinioni intorno a delle aree fondamentali. In primo luogo, una più ampia introduzione di servizi di *drug checking* sul territorio nazionale e la diffusione dei relativi risultati.

In secondo luogo, e collegato al primo punto, il collegamento tra il Sistema di Allerta rapida e i servizi di *drug checking*, nonché l'aumento della disponibilità dei dati raccolti attraverso il sistema, tanto agli operatori del settore, quanto al pubblico in generale, che comprende anche i consumatori.

In terzo luogo, l'effettivo recepimento della Riduzione del Danno nei LEA su tutto il territorio nazionale e il relativo finanziamento garantito; il coinvolgimento dei consumatori nelle politiche e la sperimentazione in Italia di esperienze internazionali, quali le stanze del consumo.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

5.6 Le proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, si sono organizzate tre Tavole Rotonde che rappresenteranno i *focus* specifici di contenuto da articolare in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state allestite in modo da rispecchiare l'articolazione proposta in apertura dei lavori dal coordinatore: LEA, linee guida, finanziamento ed esperienze; Allerta precoce e *drug checking*; Coinvolgimento dei consumatori e servizi innovativi.

I tre macro-temi individuati nel corso dei lavori sono la cornice entro la quale far ricadere gli interventi degli Esperti e consentiranno di toccare le specificità evidenziate nel corso dei lavori, sempre tenendo in considerazione il tema del Tavolo e gli elementi chiave individuati per ciascuna Tavola Rotonda.

Tavola Rotonda A – LEA, Linee Guida, Esperienze europee

Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale

Adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali

Utilizzo del naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso

Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre Tavole Rotonde)

Dr. Di Pino, Dr. Berselli, Dr. Ferrocino, Dr. Bovi, Dr. Manna, Dr. Riglietta.

Tavola Rotonda B – Allerta precoce e *Drug Checking*

Sistema di Allerta Precoce

Ipotesi di introduzione del *Drug Checking*

Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre Tavole Rotonde)

Dr. Koler, Dr. Camoletto, Dr. de Bernardis, Dr.ssa Pacifici.

Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni

Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre Tavole Rotonde)

Dr. Guidotti, Dr. Cippitelli, Dr.ssa Galassi.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A	Tavola rotonda B	Tavola rotonda C
LEA - LINEE GUIDA - FINANZIAMENTO - ESPERIENZE	ALLERTA PRECOCE E DRUG CHECKING	COINVOLGIMENTO DEI CONSUMATORI E SERVIZI INNOVATIVI
1. Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale	3. Sistema di Allerta Precoce	2. Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre tavole Rotonde)
5. Adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali	4. Ipotesi di introduzione del Drug Checking	Dott. Alessio Guidotti, Network italiano delle persone che usano droghe (ITANPUD)
6. Utilizzo del naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso	2. Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre tavole Rotonde)	Dott. Claudio Cippitelli, Forum Droghe
2. Valutazione delle esperienze europee (Trasversale alle tre tavole Rotonde)	Dott. Peter Koler, PA Bolzano	Dott.ssa Mariasole Galassi, Ministero della Salute
Dott. Giuseppe Di Pino, Rete Italiana per la Riduzione del Danno (ITARDD)	Dott. Lorenzo Camoletto, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)	Dott. Pietro Canuzzi, Ministero della Salute (assente)
Dott. Marco Riglietta, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)	Dott. Ernesto De Bernardis, Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)	
Dott. Roberto Berselli, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)	Dott.ssa Roberta Pacifici, Istituto Superiore di Sanità (Centro nazionale dipendenze e doping)	
Dott. Daniele Ferrocino, Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (Intercear)	Dott. Stefano Bertoletti, Forum Droghe (assente)	
Dott. Sergio Bovi, Comunitalia		
Dott. Gaetano Manna, Regione Piemonte		
Dott. Corrado Celata, Regione Lombardia		

Successivamente rispetto alla Riunione Preparatoria, il Dott. Massimo Oldrini, Presidente Nazionale della LILA (Lega italiana per la lotta contro l'AIDS), ha confermato la sua adesione al Tavolo Tecnico, proponendo il suo contributo all'interno della Tavola Rotonda A "LEA – Linee Guida – Finanziamenti"

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tavolo Tecnico



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee" si sono svolti *online* nelle due giornate 18 e 19 ottobre 2021.

A seguire i lavori pubblici sono stati 303 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l'evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali e dell'avvio dei lavori da parte del Dipartimento Politiche Antidroga, la Dr.ssa Laura Amato, in qualità di Coordinatore del tavolo, ha introdotto le tematiche sviluppate nell'ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

Il Tavolo Tecnico "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e in ottica di riduzione del danno" è stato suddiviso in tre Tavole Rotonde al cui interno sono analizzati gli aspetti ritenuti essenziali relativamente al tema in questione: il primo riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le linee guida e il finanziamento; il secondo l'allerta precoce e il drug checking mentre il terzo fa riferimento al coinvolgimento dei consumatori e l'innovazione.

Inoltre, risulta trasversale alle tre Tavole il tema della valutazione delle esperienze europee, in quanto uno dei compiti fondamentali di questa Conferenza è quello di fornire delle proposte che siano basate su prove ed evidenze, laddove queste siano disponibili.

Per introdurre il tema è necessario dedicare del tempo ai risultati della letteratura rispetto agli argomenti che saranno trattati.

Clinical Evidence, fino a qualche anno fa, riassumeva ogni anno i risultati dei trial clinici relativi ai trattamenti, (non solo nel campo delle dipendenze patologiche) e, a seconda di quanto dichiarato dagli autori stessi degli studi, li classificava come:

- *trattamenti che apportano benefici,*
- *trattamenti che probabilmente apportano benefici,*
- *trattamenti che non apportano né benefici, né danni,*
- *trattamenti che probabilmente non apportano benefici,*
- *trattamenti che sicuramente non apportano benefici,*
- *trattamenti di efficacia sconosciuta.*

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Dai dati emerge che circa il 50% degli interventi studiati nei trial (non si riferisce solamente a interventi farmacologici ma anche a interventi di natura psicosociale, di prevenzione e di altra impostazione) sono di "efficacia sconosciuta". Ciò significa che gli autori stessi degli studi hanno dichiarato alla fine della loro valutazione che non sono in grado di affermare se il trattamento studiato è efficace o meno.

Questo tipo di valutazione viene proposta anche rispetto agli interventi legati alla riduzione del danno, la situazione in questo caso si presenta molto migliore.

Osservando i risultati delle revisioni sistematiche prodotte sia dal gruppo Cochrane sia quelle definibili come "non Cochrane", ossia revisioni sistematiche pubblicate su altri giornali, si può notare come rispetto agli interventi relativi alla riduzione del danno circa il 79 % di questi, valutati nelle revisioni non Cochrane, si siano dimostrati "probabilmente efficaci" mentre se si osserva i risultati delle revisioni Cochrane, che sono realizzate in modo più rigoroso dal punto di vista metodologico, si rileva che il 42% degli interventi si sono dimostrati "efficaci" o "probabilmente efficaci".

Questa introduzione serve poiché quando si tratta il tema della riduzione del danno, al netto degli approcci ideologici sul tema, è possibile confrontarsi con dei dati nella letteratura che sono fortemente a favore di interventi di questo tipo, molti dei quali hanno un'efficacia dimostrata. Molti di questi interventi di tipo farmacologico, infatti, hanno un'efficacia, non soltanto dal punto di vista degli studi condotti sull'efficacia di agonisti o parziali agonisti degli oppiacei, ma anche per quanto riguarda il ruolo di contenimento e prevenzione della diffusione di infezioni come la HIV, HCV e altre infezioni che possono essere correlate ad un uso poco sicuro delle sostanze stupefacenti.

Inoltre, è importante ricordare come le ultime linee guida internazionali prodotte per i trattamenti della dipendenza da oppiacei siano delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ormai risalgono a 13 anni fa. Queste sono realizzate con standard metodologici molto rigorosi e sono state tradotte in italiano dall'Istituto Superiore di Sanità, in particolare dal Dott. Piergiorgio Zuccaro. Purtroppo queste linee guida sono state poi poco diffuse e poco utilizzate e, ad oggi, risultano anche piuttosto datate.

Tali linee guida contenevano delle raccomandazioni, alcune delle quali possono essere considerate ancora attuali, nonostante debbano essere aggiornate sulla base dei nuovi studi e delle nuove evidenze prodotte.

Infine, si segnala l'esistenza di un portale di EMCDDA in cui è possibile reperire in modo aggiornato quanto viene prodotto a livello europeo e internazionale sui risultati degli studi e delle sperimentazioni condotti nel campo delle dipendenze patologiche e della riduzione del danno.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2 Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo "**LEA, Linee Guida, Esperienze europee**" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Consolidare la Riduzione del Danno in Italia è necessario Dr. Giuseppe Di Pino, Rete Italiana per la Riduzione del Danno (ITARDD);

Per un sistema di interventi in materia di prevenzione, riduzione del danno, cura a inclusione Dr. Daniele Antonio Ferrocino, Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (Intercear);

Interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) - Elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi Dr. Gaetano Manna, Regione Piemonte;

Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica Dr. Marco Riglietta, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD);

Suggerimenti per nuove Linee Guida nella RdD/RdR Dr. Roberto Berselli, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT);

Nuove linee guida sulla riduzione del danno Dr. Sergio Bovi, Comunitalia;

Prevenzione Selettiva e Indicata, Riduzione dei Rischi e del Danno, Aggancio, Prima Accoglienza, Presa in Carico e Trattamento – Programmi regionali e Protocolli locali. Il percorso lombardo Dr. Corrado Celata, Regione Lombardia;

La tutela della salute di persone che usano droghe: Un diritto negato Dr. Massimo Oldrini, Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS (Lila).

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.1 Consolidare la riduzione del danno in Italia è necessario

Giuseppe Di Pino

PREMESSA

Le prime Linee Guida sulla Riduzione del Danno (RdD) furono scritte dal Ministero della Sanità nel novembre 2000. Da allora a oggi la RdD è cresciuta nelle pratiche degli operatori dei *Drop In* e delle Unità Mobili, perché una delle caratteristiche intrinseche al lavoro di prossimità è di adeguarsi ai cambiamenti del fenomeno, ai nuovi modelli di consumo e ai nuovi contesti. La mia relazione si concentra su queste prassi, che non possono mancare in un aggiornamento delle Linee Guida di RdD e in un Atto di Indirizzo della Conferenza Stato Regioni che si auspica sia approvato perché garantirebbe l'applicazione delle stesse Linee Guida.

1. SPAZI INTERMEDI

Si sono sviluppate diverse esperienze di centri intermedi per una popolazione con stili di consumo non iniettivi, consumatori socialmente integrati e in molti casi più giovani. In questi spazi intermedi sono offerti servizi di consulenza, di sostegno al consumo controllato, attività di attivazione e socializzazione. Si sono rivelati spazi nei quali si valorizza lo scambio di esperienze fra consumatori, favorendo quindi l'apprendimento sociale e le regole informali che permettono di ridurre il rischio e il danno del consumo. Sono spazi nei quali gli operatori della RdD possono entrare precocemente in contatto con gruppi di consumatori, al di fuori dei contesti naturali di consumo (le feste p.e.). I gruppi che fanno *outreach* nei *setting* naturali e che sono raggiungibili in spazi intermedi riescono a consolidare la relazione con i clienti che altrimenti si incontrerebbero solo in contesti nei quali lo scambio è concentrato sul momento, facilitando così una relazione più solida.

2. DRUG CHECKING

Il DC è una pratica che negli anni si è sviluppata e ha trovato buone prassi anche in Italia. Qui preme sottolineare l'importanza di includere nei LEA e nelle Linee Guida questo servizio. La relazione e lo scambio che si costruisce al momento dell'analisi, abbassa ogni soglia e pone l'operatore della RdD in una posizione di fiducia nuova e più capace di promuovere stili di consumo meno dannosi. In questo modo il consumatore è messo nella condizione di sapere e dunque di agire per sé nel modo migliore, sentendosi investito sulle proprie competenze.

3. RdD E CT

In diversi territori si sono stretti protocolli e raccomandazioni per la consegna di Naloxone alle persone che abbandonano il programma terapeutico residenziale. In questo modo le CT non abdicano al compito di cura che il sistema assegna loro, ma si assumono pragmaticamente la responsabilità che una persona al termine di un periodo di programma residenziale possa riprendere il consumo con conseguente rischio di overdose. C'è da aggiungere che la RdD tocca le CT anche con l'apertura del ventaglio degli obiettivi, che non sono più, per un certo numero di strutture, limitati all'astinenza.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

4. INNOVAZIONE E RICERCA

Come detto in premessa, la RdD cresce e si evolve di fronte ai cambiamenti della scena grazie allo scambio con le persone che usano droghe e alla ricerca. Il fenomeno del consumo di droghe pone problemi nuovi ai quali serve dare risposte pragmatiche nuove. Le ricerche e le innovazioni si danno oggi con una forte spinta da parte dei gruppi di RdD e hanno portato, per esempio, a elaborare modelli di intervento e consulenza centrati sul modello del consumo controllato, o a dotare le UdS di strumenti di aggancio a favore di persone che usano inalando. Le Linee Guida devono prevedere sperimentazioni locali di interventi adeguati al contesto (come per esempio le stanze per il consumo sicuro nelle città interessate da scene aperte), e un'azione di ricerca costante sui modelli di consumo e sull'impatto del sistema dei servizi e delle politiche su di essi.

5. RdD COME PARADIGMA DI GOVERNO

La RdD comprende interventi, programmi e politiche che cercano di ridurre i danni sanitari, sociali ed economici dell'uso di droghe sugli individui, le comunità locali e le società (EMCDDA, 2010). Nella monografia sulla RdD l'EMCDDA presenta questa strategia come risultato di *"Combinated interventions"*, interventi combinati, ciascuno a favorire l'efficacia dell'altro. Questo principio dovrebbe essere indicato nelle Linee Guida. La mediazione e il lavoro di comunità che i gruppi di RdD svolgono laddove questo mandato è riconosciuto è un modello sviluppato in diverse città italiane. La RdD deve essere indicata come strategia di governo, per la sua capacità di negoziazione fra tutti gli attori, e per l'innata tensione a coinvolgere direttamente le persone che usano droghe, la cui esclusione è causa della scarsa incisività di modelli repressivi che li emarginano. In questo senso la RdD si prospetta come possibilità di gestire efficacemente il fenomeno, e per questo è strategica. Tutto questo, le Linee Guida aggiornate e l'Atto di indirizzo, dovrebbe inserirsi in un quadro normativo di depenalizzazione che consentirebbe un pieno sviluppo delle strategie di RdD.

Bibliografia

- (1) EMCDDA, Harm reduction: evidence, impacts and challenges, aprile 2010 https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/monographs_en?f%5B0%5D=field_keywords%3A1204
- (2) Ministero della Sanità, Linee guida sulla Riduzione del Danno, novembre 2000 http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231450_EN_IT01_Harm%20Reduction%20Guide_lines.pdf
- (3) S. Ronconi, Ritorno al futuro, in «Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori» a cura di Grazia Zuffa e Susanna Ronconi, 2017 ed. Ediesse
- (4) M. Brandoli e S. Ronconi, Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare, 2007 ed. Franco Angeli
- (5) G. Cervino, L'overdose nei trattamenti residenziali: dall'evento avverso alle buone pratiche, in MDD nr. 29/2018 <https://blog.sitd.it/2018/03/10/medicina-delle-dipendenze-numero29-overdose-oppioidi/>
- (6) N. Zimberg, Drug, set e setting, 2019 ed. Gruppo Abele

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.2 Per un sistema di interventi in materia di prevenzione, riduzione del danno, cura a inclusione

Daniele Antonio Ferrocino

L'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti e le varie forme di dipendenza, con e senza sostanze, sono fenomeni complessi. Il che impone di strutturare un sistema complesso di interventi e di servizi per affrontare le molteplici questioni connesse: sarebbe dunque quanto mai deleterio pensare alle varie metodologie e forme di intervento come strumenti alternativi o, addirittura, contrapposti (come spesso avvenuto in passato).

Viceversa è essenziale, dal livello nazionale a quello locale, coordinare e calibrare un mix di servizi e di strutture in grado di rispondere in maniera dinamica e flessibile alle varie esigenze di prevenzione, riduzione del danno, presa in carico, gestione clinica e cura ... fino, laddove possibile, al reinserimento socio-lavorativo di persone vittime di processi di emarginazione.

La strutturazione di sistemi complessi richiede in primis l'investimento di risorse ben definite (si potrebbe al riguardo attingere ai beni confiscati alla criminalità), nonché tempi di svolgimento adeguati e metodologie di coinvolgimento e di *governance* dei diversi attori congrue. Cose tutt'altro che scontate, soprattutto alla luce delle condizioni di precariato in cui versano molti servizi pubblici e privati dopo tanti di disattenzione da parte di molte istituzioni competenti in ambito sociale e sanitario.

Si tratta in effetti di invertire una tendenza attraverso una sequenza coordinata di azioni da svilupparsi ai diversi livelli politici ed operativi. In primis è necessario definire una "strategia nazionale" che individui in maniera puntuale LEA e risorse per i diversi ambiti di intervento (prevenzione, riduzione del danno, cure e terapia, reinserimento...).

Strategia da deliberare e da implementare (con gli inevitabili aggiustamenti in corso d'opera) a cura delle competenti istituzioni attraverso percorsi di attivo coinvolgimento degli attori interessati (attivazione di tavoli tecnici permanenti).

La strategia suddetta andrebbe poi declinata ed adattata alle caratteristiche dei vari territori attraverso atti formali di attuazione e programmazione a livello regionale (anche questi da adottarsi previo coinvolgimento degli attori interessati). A livello locale, poi, il tutto dovrebbe tradursi in servizi operativi dando centralità ai Dipartimenti Dipendenze Patologiche delle Aziende Sanitarie.

Tutte queste azioni, a tutti i livelli, dovrebbero essere cadenzate e coordinate secondo tempistiche rigorose e accompagnate da una chiara individuazione dei soggetti responsabili in ogni fase di attuazione (responsabili effettivi, che rispondano tanto della mancata adozione degli atti di propria competenza, quanto del mancato rispetto dei tempi previsti).

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Un aspetto che non dovrebbe essere trascurato riguarda la capacità del sistema di divulgare e promuovere la conoscenza degli esiti delle ricerche scientificamente validate sulla materia. Troppo spesso la scarsa conoscenza delle questioni reali, determina sia fenomeni di stigmatizzazione che di contrapposizione ideologica fra sostenitori di diverse strategie (liberalizzazione Vs. repressione, riduzione del danno Vs. cura e riabilitazione...).

Altrettanto importante è che ci si doti di una visione prospettica, orientata al futuro e che sostenga anche le sperimentazioni e le innovazioni basate su solide premesse metodologiche, adottando approcci che promuovano la proattività del sistema degli interventi e dei servizi. Il che, inevitabilmente, implica la necessità di dedicare risorse adeguate anche per le attività di ricerca e per la formazione permanente del personale in servizio.

Solo all'interno di una architettura quale quella sopra delineata gli interventi di prevenzione e di riduzione del danno possono assumere la piena valenza che meritano.

Tali interventi, come quelli per la cura e l'inclusione, dovrebbero rientrare a pieno titolo in una strategia quale quella sopra delineata nella misura in cui mirano alla salvaguardia della dignità, della salute e del benessere fisico e mentale delle persone affette da disturbi da consumo di sostanze o da dipendenza vera e propria. Essi, inoltre, dovrebbero contribuire a promuovere le *life skills*, anche offrendo educazione sanitaria e supporti per incrementare le capacità di resilienza dei loro beneficiari, con particolare riguardo a quelli che vivono condizioni di particolare vulnerabilità e/o multiproblematici.

Non va trascurato poi che gli interventi di riduzione del danno hanno maggiori possibilità di intercettare le persone in questione proprio nei contesti più critici, che spesso sono anche quelli ove hanno minori probabilità di accesso e di successo i servizi di cura e riabilitazione più strutturati.

Il che, offrendo forme di presa in carico adeguate a persone/gruppi con esigenze specifiche, permette anche di ampliare le possibilità di far conoscere meglio i servizi di trattamento e assistenza, alimentando sinergie virtuose fra le varie forme di intervento coesistenti all'interno di un sistema articolato e complesso.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.3 Interventi di riduzione del danno (RdD) e limitazione dei rischi (LdR) sottotema 1 – elementi per la strutturazione di Ig nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Gaetano Manna

Gli interventi di RdD/LdR si caratterizzano per il loro marcato pragmatismo, per il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte ed alle loro competenze di autoprotezione e responsabilità, per la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi. Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Sono costituiti da prestazioni e interventi volti a:

- contenere l'aggravamento del quadro clinico;
- prevenire l'insorgenza di patologie correlate, soprattutto di tipo infettivo;
- contrastare la marginalità sociale e rispondere a bisogni emergenziali;
- favorire processi di miglioramento delle condizioni sociali e legali delle persone.

Tali interventi sono finalizzati, inoltre, all'informazione, sensibilizzazione e riduzione dei rischi e all'accompagnamento alla presa in carico dei servizi.

Per quanto concerne il trattamento, il lavoro delle Unità di strada e dei *drop-in* funge spesso da "ponte" nel raccogliere la motivazione e sostenere l'accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita. Rispetto all'ampio arco degli interventi di prevenzione, tutte le azioni di *outreach*, proiettate nelle diverse realtà territoriali, costituiscono un'inevitabile componente all'interno di un articolato *continuum* di azioni. Il mutamento del mercato delle sostanze psicoattive (non solo NPS tramite internet), e delle modalità e degli stili di consumo, richiedono un periodico aggiornamento degli interventi di RdD/LdR e una continua attività di ricerca.

Gli interventi di Riduzione del Danno e prevenzione delle patologie correlate si attuano tramite:

- servizi ambulatoriali;
- strutture semiresidenziali a bassa soglia (*drop-in*, servizi diurni e notturni);
- Unità mobili

Diverse sono le Regioni e PA che nel corso degli anni hanno realizzato e finanziato una rete di attività progettuali di RdD e LdR (ad esempio Lombardia, Piemonte, Umbria, Lazio, ecc.) anche se, ad oggi, solo il Piemonte, con la D.G.R. 12 Aprile 2019, n. 42-8767, ha recepito e approvato gli indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA per i Servizi di Attività di RdD e di LdR.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tra le tante attività realizzate destano un certo interesse alcuni provvedimenti (ad esempio Piemonte e Lazio) dove vengono descritti e formalizzati gli standard organizzativi e strutturali di diversi interventi di RdD e LdR, come ad esempio gli obiettivi/finalità degli interventi, i destinatari, le modalità di accesso, prestazioni, orari di apertura, tipologia di prestazioni, composizione equipe, presenza operatori, ecc.

Progetti di particolare interesse sono quelli di *outreach* operanti soprattutto nei contesti del divertimento notturno giovanile o nei contesti illegali come i *rave*. In alcuni di questi progetti è prevista anche l'attività di *drug checking*.

Questo tipo di interventi costringe il mondo dei servizi sanitari ad un cambio di paradigma: dal lavorare entro i confini rigidi di una struttura (Ambulatorio, CT, ecc.) al lavorare nel mondo esterno, per intercettare attivamente quel target di popolazione che difficilmente sarebbe intercettabile.

Bibliografia

RdD/LdR - (approccio e sistema):

- (1) Cohen, P. (1999) Shifting the main purpose of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *The International Journal of Drug Policy*. 10.223-230
- (2) Zinberg N. (1984), *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monographs, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Counseling in ambito RdD/LdR:

- (3) Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47, 1102-1114 Sobell,
- (4) M.B., Sobell, L.C. (1993) *Problem Drinkers. Guided Self-Change Treatment*. New York: The Guilford Press Zuffa
- (5) G., Ronconi S. (2017), *Drogh e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*, Ediesse.

Per bibliografia completa andare al seguente link:

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/19/attach/dgr_08767_1050_12042019.pdf

Allegato "A" D.G.R. n. 42-8767 del 12-4-2019, da pag. 13 a pag. 19

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.4 Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica

Marco Riglietta

Premessa:

Per riduzione del danno si intendono quegli Interventi, programmi, politiche che cercano di ridurre i danni di salute, sociali ed economici correlati all'uso di sostanze negli individui, nella comunità e nella società. Vi sono indicazioni normative presenti a livello mondiale (OMS), europeo (consiglio d'Europa) e Nazionale (LEA 2017); la loro traduzione è frammentata, non standardizzata e ideologica.

La riduzione del danno dev'essere patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze, deve essere esigibile da tutto il sistema finanziato dal SSN, deve avere pari dignità di altri interventi e deve avvalersi della collaborazione fra pubblico e privato con uguale dignità in termini di finanziamento e di regole.

Keywords:

Gli interventi di Riduzione del danno vanno sviluppati anche per il consumo di alcol e tabacco

Il potenziamento dell'attività in un'ottica di tutela della salute dei consumatori e di tutela della salute pubblica; deve riguardare tutto il sistema: servizi ambulatoriali, strutture residenziali e semiresidenziali, unità mobili e *drop in*.

È indispensabile il coordinamento all'interno del dipartimento delle dipendenze e il coinvolgimento delle aziende sanitarie pubbliche a garanzia di standard qualitativi sanitari ospedalieri

Obiettivi primari rimangono la riduzione della mortalità e della morbilità

Obiettivi secondari, ma altrettanto fondamentali, riguardano l'intercettazione precoce e i possibili interventi di salute pubblica in un'ottica preventiva (vaccinazioni)

La disponibilità di trattamenti con farmaci agonisti deve portare ad una copertura $\geq 70\%$ della popolazione "*opioid high risk users*" e comunque superiore al 90% dei pazienti che accedono al sistema di cura. Deve essere garantito l'accesso immediato eliminando le liste d'attesa dev'essere garantita anche nei contesti della grave marginalità (unità mobili, *drop in*)

Per tutte le attività di *counselling* vanno previsti standard specifici sull'informazione data relativamente ai potenziali rischi, in relazione al contesto, alla modalità di consumo e alle tipologie di sostanze utilizzate (alcol e tabacco incluso).

La distribuzione di kit contenente naloxone *spray* nasale e *leaflet* con istruzioni ed indicazioni vanno garantite a tutti i consumatori di oppiacei, ai pazienti in terapia con farmaci oppioidi, ai familiari, ai *care giver* e ai pari. L'azione dev'essere sviluppata nei contesti informali e negli ambulatori Ser.D. Va garantita ai pazienti che abbandonano le strutture residenziali e dev'essere fornito ai pazienti al momento della liberazione dalle carceri.

I programmi di distribuzione/siringhe sterili vanno mirati ai consumatori per via endovenosa sia di oppiacei che di stimolanti. Obiettivo 300 siringhe sterili/anno/per PWID. Gli iniettori di stimolanti dovrebbero avere facile accesso a grandi volumi di attrezzature sterili per l'iniezione e ai mezzi di protezione sessuale. Politiche

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

di scambio di siringhe una ad una, dovrebbero essere evitati a causa all'alta frequenza di iniezione di stimolanti.

Screening per HIV, epatiti, TBC e IST per tutti i consumatori di sostanze (droghe e alcol). Lo screening dev'essere proposto almeno annualmente e proposto da tutto il sistema.

La vaccinazione per HAV e HBV va proposta a tutti i consumatori di sostanze che non siano già protetti. Nei contesti di cura e nei contesti della marginalità vanno potenziate le "vaccinazioni per le popolazioni a rischio per patologia o condizione" (antiinfluenzale, antipneumococcica etc.)

Dispositivi "diagnostici". Devono essere disponibili dispositivi diagnostici quali etilometri, analizzatori di sostanze salivari, kit per l'analisi delle sostanze al fine di ridurre i rischi per i consumatori. L'analisi delle sostanze o dei liquidi biologici deve assolutamente prevedere la ricerca di fentanili

Nei contesti del divertimento vanno sviluppate strategie quali "l'autista designato" che vanno implementati dandone continuità. Secondo la letteratura l'impatto sull'incidentalità stradale aumenta con il prolungamento delle azioni (pochi interventi lunghi piuttosto che molti a spot)

Carceri:

I trattamenti con farmaci agonisti devono essere garantiti a tutti i detenuti consumatori di oppioidi.

Il trattamento con agonista non va mai ridotto per detenuti in situazione di detenzione non definitiva e l'eventuale riduzione del dosaggio può essere considerata un'opzione solo per pene definitive lunghe.

La terapia con agonisti non dev'essere elemento di valutazione negativa per l'accesso ad altri trattamenti.

In ogni caso va scoraggiata la riduzione del dosaggio e la concomitante prescrizione di benzodiazepine.

Va garantita la terapia sostitutiva con nicotina a carico del SSN.

Alla liberazione va sempre fornito un kit specifico per tipologia di consumatore. (ago sterile, naloxone, fentanyl strip per l'analisi delle sostanze, cannucchia da inalazione)

Bibliografia

- (1) EMCDDA (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges doi: 10.2810/29497
- (2) World Health Organization 2017 - Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region
- (3) Maremmani et al: Principi clinici per l'utilizzo del metadone Consensus panel sul trattamento con metadone, Pietrasanta 2001 Italian Journal of addiction, Marzo 2002
- (4) WHO 2020 - Compendium of good practices in the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region ISBN 9789289055161
- (5) EMCDDA 2017: Health and social responses to drug problems: a European guide. Pub. DOI: 10.2810/244934
- (6) Healthy Nightlife Toolbox <http://www.hntinfo.eu/>
- (7) EMCDDA Prison and drugs in Europe doi: 10.2810/587522 <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13904/TDXD21001ENN.pdf>
- (8) Tahira Akbara, Alex Baldacchino, Joanne Cecil, Marco Riglietta, Børge Sommer, Gerry Humphris: Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 35 (2011) 1186–1202 doi:10.1016/j.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

- (9) European Drug Report 2021: Trends and Developments doi:10.2810/18539
- (10) EMCDDA 2021: Increasing access to hepatitis C testing and care for people who inject drugs doi:10.2810/033126.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13961/TDMA21002ENN_002.pdf
- (11) EMCDDA 2021 Implementing quality standards for drug services and systems
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14065/TDMA21003ENN.pdf>
- (12) EMCDDA 2020: ESPAD Report 2019
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf
- (13) EMCDDA trendspotter briefing May 2020: Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13073/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19_Wave-1-2.pdf
- (14) EMCDDA 2020: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>
- (15) EMCDDA: PERSPECTIVES ON DRUGS Preventing overdose deaths in Europe Update 27-9-2018
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf
- (16) EMCDDA T289055161AKE home naloxone https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en
- (17) EMCDDA 2019: Hepatitis C new model of care for drug services https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/hepatitis-c-new-models-care-drugs-services_en

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.5 Suggerimenti per nuove linee guida nella RdD/RdR

Roberto Berselli

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha inserito la RdD/LdR tra i livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali. Il decreto riconosce la RdD/LdR come diritto delle persone che usano sostanze a ricevere prestazioni di servizi adeguate alle loro esigenze sociosanitarie e non centrate esclusivamente su schemi preordinati.

Sul tema negli anni sono stati sperimentati diversi strumenti a seconda delle specificità territoriali: unità di strada, equipe dei contesti del divertimento, *drop-in* e Strutture di accoglienza a bassa soglia, Servizi innovativi e Spazi di prossimità che offrono strumenti di tutela sociosanitaria, attività di ascolto e *counseling* orientati all'autotutela ed alla autoregolazione dei consumi, interventi di RdD/LdR rivolte alle persone con HIV, pronto soccorso in caso di overdose, attivazione dei sistemi di allerta precoce, indicazioni su come somministrare il naloxone.

Tuttavia manca, come in generale nell'approccio alle dipendenze, una chiara definizione degli standard e dei parametri minimi per definire il loro raggiungimento elemento che, se presente, automaticamente garantisce l'allocazione delle necessarie risorse economiche. Si tratta quindi di diritti in larga parte ancora non pienamente esigibili. Le esperienze ampiamente sperimentate e documentate devono essere diffuse in modo omogeneo sul territorio nazionale.

La RdD riconosce che molti tossicodipendenti non sono in grado o non vogliono smettere di usare droghe in un determinato momento. Accedere ad un buon trattamento è importante per le persone con problemi correlati all'uso di droga, ma molte di queste non sono in grado o non vogliono avere un trattamento.

È quindi importante che le linee guida nel nostro paese tengano conto che l'uso prolungato di sostanze psicotrope, anche se liberamente scelto, comunque influisce negativamente sulla salute e che tale condizione è sempre reversibile, pertanto il Sistema Sanitario non dovrà incentivare soluzioni che invece di ridurre il danno/rischio accompagnino al consumo. Per questo è importante che le linee guida individuino la necessità per chi lavora nella RdD di una formazione prioritaria sul colloquio e le tecniche motivazionali (1).

È ormai noto che utenti poco coinvolti, poco responsabilizzati e non resi realmente consapevoli del loro personale processo di cura rischiano notevolmente di più di incorrere in ricadute e/o aggravamenti del loro stato di salute. Il *patient engagement* è dunque una priorità etica e programmatica anche per garantire una sostenibilità futura del SSN. Le linee guida dovranno tenere conto del fondamentale apporto che può dare il coinvolgimento, anche nella RdD, dei pazienti in carico ai servizi. Così come, più in generale, sarebbe necessario un maggior coinvolgimento, nelle scelte di politica sanitaria rivolte alle dipendenze, tenere in considerazione oltre alle associazioni di pazienti ancora attivi anche quelle di ex pazienti e soprattutto quelle dei familiari, su cui ricade, molto spesso, la parte più gravosa dell'accudimento di questa malattia e delle conseguenze sociali del permanere dello stato di dipendenza.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

La riduzione del danno mira alle cause dei rischi e dei danni. La loro individuazione e le decisioni su interventi appropriati richiedono una specifica analisi del problema e delle azioni necessarie e coinvolgere tutti gli attori interessati. La messa in atto di specifici interventi di riduzione del danno per influenzare rischi e danni deve tenere in conto anche di fattori che possono rendere le persone particolarmente vulnerabili, come: l'età, il genere e la detenzione.

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

In questo senso è da considerare, oltre al sostegno farmacologico a all'altra soluzione percorribile, ovvero: usufruire delle misure alternative esterne agli istituti di pena, una più incisiva azione di RdR all'interno degli istituti carcerari che non sono luoghi avulsi dal consumo. È necessario promuovere all'interno delle carceri iniziative informative e educative, anche con l'ausilio di materiale audiovisivo, finalizzate al cambiamento dei comportamenti a rischio; tali iniziative rappresentano spesso l'unico strumento disponibile per la prevenzione delle patologie correlate all'uso degli stupefacenti.

Da ultimo le linee guida sulla RdD/LdR dovranno tenere conto, soprattutto su determinati servizi, della possibilità, non remota, di incontrare e intercettare soggetti minorenni con le implicazioni etiche e legali che questo comporta (2).

Bibliografia

Medslund G, Berg RC, Hammerstromm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 5.

Niels Graf, Babak Moazen, Heino Stover Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems dicembre 2019

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.6 Nuove linee guida sulla riduzione del danno

Sergio Bovi

Con il DPCM del 12/01/2017 e il recepimento dell'accordo stato e regioni, la RdD e RdR sono entrati nei LEA. L'EMCDDA e l'HRI definiscono gli interventi di RdD come "programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano dell'insieme di politiche della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani".

Tuttavia non vi è stata una applicazione omogenea in tutte le regioni e questo ha sortito una serie di interventi a macchia di leopardo e senza una regia nazionale che coordinasse le attività e ne stabilisse i criteri. La RdD ha dimostrato una efficacia e i dati danno ragione su alcuni obiettivi raggiunti: riduzione delle infezioni (HIV, HCV, ecc.), riduzione della mortalità e aggancio degli utenti specie quelli difficilmente intercettabili. Occorre un tavolo permanente nazionale che abbia il compito di coordinare le azioni, fissare le priorità, aprire un serio confronto per ridurre le distanze ideologiche, mettere a sistema le azioni, stabilirne criteri di appropriatezza e standard e attribuire adeguati budget.

Il ragionamento fondante è valoriale, la RdD riconosce che molti tossicodipendenti non vogliono o non sono in grado di smettere di usare sostanze o di accettare un trattamento in un determinato momento. È quindi necessario che siano disponibili informazioni sui servizi, e sugli altri interventi esistenti, per aiutare questa tipologia di utenti a proteggere sé stessi e a rimanere nel miglior stato di salute possibile. In questo senso la RdD entra in un'ottica più complessiva di prevenzione da non confondere con un atteggiamento di accettazione o rassegnazione. Il fine ultimo deve essere la presa in carico dell'utenza che porti possibilmente alla soluzione del problema.

Le esperienze (condotte sul territorio nazionale), come già detto, senza la definizione di standard precisi ha creato un'attuazione di progetti disomogenei e a volte non del tutto efficaci e scarsamente esigibili, senza standard e con utilizzo di canali di finanziamento occasionali (spesso finito il finanziamento gli interventi vanno a terminare).

Nella definizione degli standard non si devono escludere i familiari e gli ex consumatori. La *peer to peer* è uno strumento che può aiutare in interventi di prossimità.

I *drug-checking* possono apportare importanti informazioni al sistema nazionale di allerta, possono informare in tempo reale i consumatori attraverso piattaforme o app ma occorre una normativa che tuteli gli operatori e che coinvolga tutti i *care giver*.

La questione dei minori diventa eticamente e moralmente fondamentale, devono essere esclusi da attività di *drug-checking* e da iniziative e progetti che illustrano e consigliano le modalità di assunzione di sostanze.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

La RdD non deve essere confusa con l'accompagnamento al consumo, la differenza anche qui è valoriale prima che culturale, ogni intervento deve sempre mettere al centro la possibilità per gli utenti di un percorso di riabilitazione e astinenza da sostanze stupefacenti. Non può mai prescindere dal generare una motivazione negli utenti. In tal senso chiunque si occupa di dipendenza sa bene che la volontà del tossicodipendente di intraprendere un percorso di cambiamento è aleatorio e soggetto a continui cambiamenti di pensiero.

Occorre cogliere il momento giusto e questo è uno dei compiti degli operatori impegnati in attività di prossimità.

Nel redigere le necessarie e urgenti linee guida occorre il coinvolgimento di tutti gli attori delle dipendenze e laddove i servizi di prossimità non sono direttamente collegati a strutture riabilitative devono comunque essere all'interno di una rete che consenta la concreta possibilità di interagire con strutture riabilitative per gli inserimenti nei percorsi.

I centri di bassa soglia e le unità mobili devono tenere presente il contesto territoriale; in alcune città sono necessarie ma in contesti con densità di popolazione minore devono adeguarsi e trovare strumenti diversi.

La progettazione, pianificazione e consolidamento delle azioni dei centri di bassa soglia e unità mobili devono tenere in considerazione i dati degli osservatori provinciali e/o territoriali (laddove presenti o attingere i dati dalle prefetture, ecc.).

L'esperienza dei servizi ambulatoriali pubblici e privati (esemplare l'esperienza degli S.M.I. in regione Lombardia) attraverso l'utilizzo dei farmaci sostitutivi attuano una politica di RdD sostenendo una reale motivazione al cambiamento e integrando la somministrazione dei farmaci sostitutivi con percorsi di sostegno motivazionale al cambiamento e verificando l'astinenza al consumo di sostanze.

Il naloxone *spray* ha dimostrato essere efficace nel contrasto alle overdosi, occorre una maggiore informazione sulle modalità d'uso ed effetti ma soprattutto una disponibilità maggiore per i consumatori a costi accessibili.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.7 Prevenzione selettiva e indicata, riduzione dei rischi e del danno, aggancio, prima accoglienza, presa in carico e trattamento – programmi regionali e protocolli locali. Il percorso lombardo

Corrado Celata

2013: il Gruppo di Lavoro Tecnico costituito dalla DG Famiglia individua – in linea con le indicazioni internazionali (EMCDDA, WHO, UE) e nazionali (PAN) - elementi tecnici utili alla specificazione dei programmi di prevenzione selettiva, di riduzione dei rischi e dei danni:

Sistema di intervento (Servizi + Programmi) modulare e integrato con Ser.D/SMI, con le strutture di accoglienza e i programmi di reinserimento sociale

In area socio-sanitaria integrato con socio/assistenziale e sanitario

Sistema regionale/locale di raccolta informazioni e dati (funzione di "osservatori naturali" di questi interventi/servizi)

Formazione e aggiornamento dei professionisti

2018: il Gruppo di Lavoro regionale (DG Welfare DG Politiche sociali ATS ASST e Terzo Settore) “per orientare la messa a sistema di un modello di intervento integrato tra ambito sociale e socio-sanitario nell’area delle dipendenze e della marginalità”, individua – a partire dai progetti POR-FSE - prestazioni tipiche, attori, volumi di attività e quantificazioni economiche per “Prevenzione e limitazione dei rischi” e “Aggancio e Riduzione del danno”, prevedendo l’avvio nella programmazione regionale e territoriale (ATS/Comuni), di interventi/programmi gestiti in partnership SSR – Enti locali – Accreditati .

A fronte di 2 “emergenze”, prendono avvio in ATS di Milano il Progetto Rogoredo: l’unione fa la forza e, in ATS Brianza, il Progetto Groane, con l’ingaggio e la collaborazione di ATS/ASST, dei Comuni, del Terzo settore, degli Enti accreditati e del Volontariato, con forte ruolo delle Prefetture per la collaborazione con le FFOO e le altre Istituzioni.

2020: le Regole SSR 2020 prevedono la strutturazione del Progetto-programma Parchi, con finalità di sanità pubblica nel tutelare la salute dei consumatori problematici/tossicodipendenti, limitando rischi e danni del consumo di droghe, e nel tutelare la collettività con la messa in campo di dispositivi di rafforzamento dei processi di inclusione sociale, all’interno di più ampie strategie di promozione della salute, prevenzione specifica e presa in carico messe in atto dalle ATS sul territorio nei confronti degli individui, delle famiglie e della comunità nel suo complesso.

Il Progetto vede a livello territoriale l’azione corale di molteplici soggetti: DG Welfare (+ DDGG interessate), ATS/ASST, UdO accreditate, Terzo Settore, Enti locali, Servizi Emergenza Urgenza, Croce Rossa, Associazionismo e Volontariato.

La Prefettura garantisce la regia istituzionale (struttura di *governance* articolata in Tavolo Interistituzionale e Tavolo di Rete Territoriale. Il Progetto punta a strutturare un sistema flessibile di offerte capace, grazie all’interazione collaborativa “sul caso” degli attori coinvolti (Enti, Servizi, Operatori), di agganciare e mantenere agganciato/a il/la tossicodipendente, prevedendo la possibilità di ri-accesso al sistema stesso da parte di eventuali *drop out*.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Il lavoro educativo di aggancio in strada si integra con prestazioni sanitarie, per favorire in tutte le fasi di intervento l'aggancio degli utilizzatori/tossicodipendenti alla rete dei Servizi di cura/accoglienza. Accanto a questo sono strutturate attività di:

Rilevazione quali-quantitativa delle dimensioni del fenomeno e delle sue caratteristiche

Primo contatto, orientamento ai Servizi e aggancio

Aggancio, prima accoglienza notturna

Sensibilizzazione della comunità territoriale e rigenerazione urbana

Potenziamento delle attività e dei programmi di Promozione della Salute e Prevenzione Specifica

Un *database* organizza i dati raccolti sul campo: "territorio", "contatti/utenza", "invii".

La presenza di un mezzo mobile riconoscibile (Croce Rossa) e accessibile permette: interventi infermieristici coordinati con la rete dell'emergenza, interventi di diagnosi e prevenzione di malattie infettive; l'aggancio dei tossicodipendenti per problemi sanitari si affianca a primi interventi sociosanitari di consulenza e indirizzo ai Ser.D/SMI o ad altri servizi in relazione al bisogno.

Particolare attenzione è rivolta all'offerta di "solievo/accoglienza transitoria", offerta sperimentale di posti di prima accoglienza, caratterizzati per:

Facilità e tempestività di accesso nei momenti immediatamente successivi all'aggancio della persona tossicodipendente (spesso in orario tardo serale e notturno),

Possibilità di modularsi in: a) un "offerta base" di prestazioni di natura sociale (ad esempio: primo alloggio, guardaroba, docce, pranzo/cena/colazione, posto letto); b) mantenimento dell'accoglienza in orario diurno + interventi socio-educativi di supporto + eventuale valutazione medica e avvio di trattamenti farmacologici supervisionati da operatori sanitari

Stretta integrazione con Ser.D/SMI del territorio per valutazione medica ed eventuale avvio di trattamenti farmacologici

Bibliografia

Brandoli M., Ronconi S., "Città, droghe, sicurezza, Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare" (111-130). Milano. Franco Angeli 2015

Documento Tecnico prodotto dal Gruppo di Lavoro Tecnico costituito dalla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della Regione Lombardia a supporto delle attività della Cabina di Regia Regionale – Sperimentazioni Welfare ex d.g.r. 3239 del 04.04.12 – Area Dipendenze (citato in Regole SSR 2020)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), "Drugs policy and the city in Europe", EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg Helge Waal, Thomas Clausen Linn, Gjersing and Michael Gossop, "Open drug scenes: responses of five European cities", Waal et al. BMC Public Health 2014

Kalamara E., Montanari L., Noor A., Thanki D., Vicente J., "Problematic Drug use indicator", EMCDDA Papers, 2015.

Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance-towards a partnership approach. Pompidou Group. Strasbourg, August 2006

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.8 La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato

Massimo Oldini

La nostra preoccupazione sulla salute delle PUD è determinata da una serie di dati relativi a HIV e HCV reperibili in documenti ufficiali e in ricerche scientifiche che mostrano come questo tema non sia attenzionato come dovrebbe e come indicato da tutte le agenzie internazionali e da importanti documenti nazionali.

Nella Relazione al Parlamento sulle droghe 2021, nella sintesi relativa alle malattie invettive a pagina 258 è riportato: Nel 2020 sono stati testati 38.892 assistiti per HIV, pari al 31% del totale dei soggetti in trattamento: l'1,5% del totale è risultato positivo, un dato in crescita rispetto all'anno precedente; 27.084 soggetti tossicodipendenti sono stati testati per HCV e 11.091 sono risultati positivi, pari rispettivamente a 22% e 8,8% del totale degli utenti in trattamento; Dal 2012 al 2019 fra i consumatori per via iniettiva si è osservato un incremento della percentuale di infezioni sessualmente trasmissibili; Nel 2019 il 4% delle nuove diagnosi di HIV (dato in aumento) e il 12% di quelle per AIDS hanno riguardato consumatori per via iniettiva (IDU); Per oltre un quarto dei soggetti la diagnosi di AIDS è tardiva (entro 6 mesi dal primo test HIV positivo).

Dati che evidenziano:

Percentuali di *testing* per HIV e HCV bassissime in una delle *key population* maggiormente esposte, quando le indicazioni internazionali suggeriscono di testare chi utilizza droghe per via iniettiva una o due volte l'anno. Dato molto grave soprattutto perché stiamo parlando in larga misura di persone già in carico a servizi del SSN.

Una disattenzione profonda al tema della salute in generale. Non solo le infezioni sessualmente trasmesse sono in costante aumento ma una serie di altri dati ufficiali indicano tale disattenzione: un eccesso di mortalità per malattie epatiche in chi fa uso iniettivo di droghe (1); un eccesso di mortalità per diabete o malattie del sistema circolatorio in chi fa uso di droghe (2); una percentuale molto alta di PUD che arriva alla diagnosi di AIDS entro i 6 mesi dalla diagnosi di HIV indice di un ritardato accesso al test (3); la forte correlazione tra l'uso di droghe e un ritardato *Linkage to Care* (4).

La RdD è totalmente disattesa e inapplicata nonostante sia raccomandata da tutte le agenzie internazionali di contrasto all'HIV e alle droghe (OMS, UNAIDS, UNODC), dal PNAIDS (4) per le PUD e nelle carceri e dal PNP 20-25.

Gli interventi di informazione, prevenzione e formazione al consumo sicuro, e più in generale di promozione della salute compresa quella sessuale siano assenti, e la conferma ne è l'elevata proporzione di inconsapevoli dei rischi da HIV (6) e la bassa percezione del rischio (7) nelle PUD.

Questo è il frutto di un approccio al tema droghe unicamente ideologico, fortemente antiscientifico, repressivo e fortemente incentrato sulla criminalizzazione/stigmatizzazione di chi consuma, nonostante sia noto come un approccio di questo tipo sia un propellente per la diffusione di HIV e HCV come riconosciuto da *The Global Commission on Drug Policy's* nel documento "*The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*" (8).

Per questo è fondamentale rivedere le politiche sulle droghe nel nostro paese e arrivare quanto prima al superamento del DPR 309/90, anche in ragione degli sviluppi internazionali in ambito ONU/UNODC e alla luce di quanto sta accadendo in molte nazioni.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Per quanto riguarda le questioni HIV, HCV e più in generale il diritto alla salute di PUD è per noi necessario:

Riconoscere le PUD come cittadini e cittadine che hanno diritti

Aumentare l'attività di *testing* HIV e HCV nei servizi per le dipendenze sia pubblici che accreditati prevedendo l'esecuzione di almeno un test annuo a cliente

Avviare attività di *testing* HIV e HCV in *outreach* al di fuori del contesto sanitario (Ser.D/SMI) in cooperazione con la società civile anche in ragione del recente Decreto del Mds del 17 marzo 2021 (9)

Favorire e aumentare l'accesso complessivo alle cure di PUD attraverso una maggiore connessione con i centri clinici, facilitando il *linkage to care* relativo all'HIV e incrementando l'accesso ai trattamenti con DAA per HCV da cui oggi gran parte delle PUD sono escluse.

Riconoscere la validità scientifica dell'approccio di RdD e definire delle linee guida nazionali

Avviare sperimentazioni scientifiche, in aree e contesti caratterizzati da consumo ad elevato rischio, di *drug consumption rooms* e *drug checking*

Rendere disponibili materiali sterili per consumo iniettivo e condom attraverso una maggiore diffusione di progetti di RdD o, dove per ragioni logistiche e/o di costo efficacia, prevedere la possibilità di renderli disponibili in spazi dedicati all'interno dei servizi formali di cura

Introdurre interventi ed azioni di RdD e tutela della salute negli istituti penitenziari

Riconoscere chi usa droghe come portatore di conoscenze e sapere, coinvolgendo le PUD nei processi di definizione e valutazione degli interventi

Bibliografia

V. Regine, L. Pugliese, B. Suligo M. Taborelli, F. Toffolutti, D. Serraino, A. Zucchetto, L. Frova, E. Grande, F. Grippo, M. Pappagallo (2020). ECCESSO DI MORTALITA PER MALATTIE EPATICHE NELLE PERSONE CON AIDS. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 33 Nr 11, nov 2020, PAG 17. <https://www.iss.it/documents/20126/0/COA.pdf/83256a61-57a2-9abc-cd4e5bfdbdbf9afd?t=1606490648406>

B. Suligo, S. Virdone, M. Taborelli, L. Frova, E. Grande, F. Grippo, M. Pappagallo, V. Regine, L. Pugliese, D. Serraino, A. Zucchetto (2018). ECCESSO DI MORTALITA PER DIABETE O MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO NELLE PERSONE CON AIDS RISPETTO ALLA POPOLAZIONE GENERALE. Not. ISS, Vol. 31 - Nr 9, Suppl 1 - nov 2018 PG 18. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3557_listaFile_itemName_0_file.pdf

Not. ISS, Vol. 33, Nr 11, nov 2020 <https://www.iss.it/documents/20126/0/COA.pdf/83256a61-57a2-9abc-cd4e-5bfdbdbf9afd?t=1606490648406>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_200_8_file.pdf "Linkage to care in HIV. Un ulteriore tassello all'analisi del continuum of care in HIV in Italia" Relazione finale progetto 2019. INMI Spallanzani. Dicembre 2019, Pagina 10

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2655_allegato.pdf PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS (PNAIDS) approvato in Conferenza Stato Regioni il 26/10/17. PAG, 10, 25, 27

M. Dorrucchi, V. Regine, L. Pugliese, B. Suligo (2020). BASSA PERCEZIONE DEL RISCHIO ALLA PRIMA DIAGNOSI HIV: FATTORI DEMOGRAFICI E SOCIO-ECONOMICI. Not. ISS, Vol 33, Nr 11, nov 2020, PAG 21. <https://www.iss.it/documents/20126/0/COA.pdf/83256a61-57a2-9abc-cd4e5bfdbdbf9afd?t=1606490648406>

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

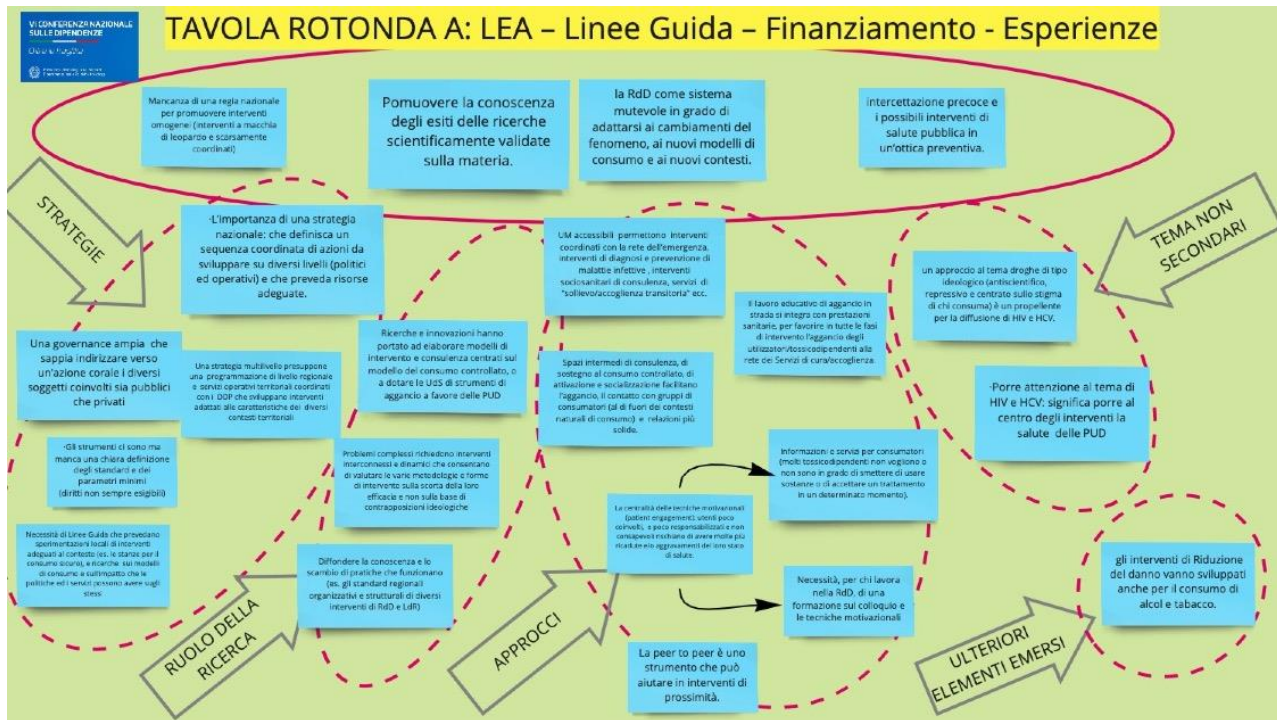
M. Dorrucci, V. Regine, P. Pezzotti, B. Suligoj, A. Mammone, E. Girardi (2017) STIMA DELLA PROPORZIONE DI INCONSAPEVOLI DEL RISCHIO DI HIV IN ITALIA: ANALISI DEI DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA HIV. Not. ISS, Vol. 30 - Nr 9, Suppl.1, nov 2017, PAG 17 <https://www.iss.it/documents/20126/45616/COA.pdf/ece9fd68-23b5-ea95-7d5b-7d04eac2e5a7?t=1581096845775>

“The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic”, Global Commission on Drug Policy's (2012) https://drugpolicy.org/sites/default/files/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf

Decreto MdS 17 marzo 2021, Misure urgenti per l'offerta anonima e gratuita di test rapidi HIV e per altre IST in ambito non sanitario alla popolazione durante l'emergenza COVID-19 <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=79994>

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.2.9 Sintesi Tavola Rotonda A - LEA, Linee Guida, Esperienze europee



È stata proposta una prima sintesi dei temi emersi nella Tavola Rotonda relativa a LEA, Linee Guida ed Esperienze europee che è stata arricchita ulteriormente da altri elementi presentati durante l'esposizione degli interventi.

Innanzitutto, è interessante sottolineare un elemento di carattere più generale, ossia il fatto che la discussione su questo tema, che è stato in passato un tema divisivo, ad oggi sembra aver raggiunto un diverso livello di maturità. Durante gli interventi è stato richiamato l'approccio del "gioco insomma a somma positiva" che costituisce ad oggi un passo in avanti compiuto dai vari esperti e dalle varie organizzazioni che si sono negli anni spese su queste tematiche.

Gli aspetti principali, di carattere trasversale, emersi dagli interventi e dalla discussione sono:

- la mancanza di una regia nazionale per promuovere interventi omogenei. Si critica l'esistenza di interventi comunemente definiti "a macchia di leopardo" e scarsamente coordinati;
- la necessità di una promozione della conoscenza degli esiti delle ricerche scientificamente validate sulla materia;
- la riduzione del danno deve costituirsi come un sistema mutevole in grado di adattarsi ai cambiamenti del fenomeno, ai nuovi modelli di consumo e ai nuovi contesti. Si sottolinea, infatti, l'esigenza di inserire la riduzione del danno all'interno di un quadro generale di prevenzione. Inoltre, si presenta il rischio che la riduzione del danno possa essere marginalizzata se non vi è posta la dovuta attenzione, anche dal punto di

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

vista comunicativo e dal punto di vista della trasmissione degli elementi essenziali di questa strategia in termini positivi. Questo, non solo in riferimento alla popolazione direttamente interessata e nei gruppi *target*, ma nei confronti della popolazione generale;

- il ruolo dell'intercettazione precoce e i possibili interventi di salute pubblica in un'ottica preventiva.

Oltre a questi elementi di carattere generale, le tematiche trattate possono essere raggruppate in quattro macro-aree:

1. Strategie. L'importanza, sottolineata in molti interventi, di una strategia nazionale che definisca una sequenza coordinata di azioni da sviluppare sui diversi livelli, che devono essere istituzionali/politici e operativi e che preveda l'impiego di risorse adeguate. Una *governance* ampia che gestisca questa strategia multi-livello e indirizzi verso un'azione corale tutti i soggetti sia pubblici che privati che sono coinvolti con vari livelli di responsabilità. Una strategia multi-livello presuppone che vi sia non solo un livello generale ma anche, a cascata, una programmazione regionale e dei sistemi operativi e territoriali che siano coordinati all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze e che sviluppino interventi adatti alle caratteristiche dei diversi contesti territoriali dove intervengono.

Ciò che manca non sono tanto gli strumenti quanto piuttosto una chiara definizione di *standard* e parametri minimi, al fine di garantire che i diritti siano sempre esigibili e non come attualmente che risultano esigibili solo parzialmente e in alcuni casi non sono proprio riconosciuti.

Pertanto, vi è l'esigenza di linee guida che prevedano sperimentazioni locali di intervento adeguate al contesto (come ad esempio le stanze per il consumo sicuro) e di ricerche sui modelli di consumo e sull'impatto che le politiche e i servizi possono avere sugli stessi. Esistono, ed è stato riportato in alcuni interventi, dei documenti nazionali e regionali che sono utili per lo sviluppo di linee guida di carattere generale da tenere presenti e di cui approfondire la diffusione e la conoscenza.

2. Ruolo centrale della ricerca. Ricerche e innovazioni hanno portato ad elaborare modelli di intervento e consulenza centrati sul modello del consumo controllato o a dotare le unità di strada degli strumenti di aggancio a favore delle persone che usano droghe.

La complessità dei problemi esistenti richiede sempre di più interventi tra di loro interconnessi e dinamici che possano consentire una valutazione delle varie metodologie e delle varie forme di intervento sulla scorta della loro efficacia e non sulla base della contrapposizione ideologica. Tuttavia, si evidenzia che questi elementi sembrano sfumati, lasciando spazio a un approfondimento e un dialogo su posizioni diverse che si realizza attraverso un confronto serio e basato sull'evidenza scientifica.

Infine, si riscontra la necessità di diffondere la conoscenza e lo scambio di pratiche che funzionano come, ad esempio, gli *standard* regionali organizzativi e strutturali di diversi interventi di riduzione del danno e di limitazione del rischio.

3. Approcci. In questa macro area sono raccolte alcune proposte su come tradurre concretamente gli interventi a livello territoriale, tenendo in considerazione che la riduzione del danno dovrebbe interessare l'intero insieme di servizi e di interventi sulle dipendenze. Da una parte, vi è l'esigenza di prevedere unità mobili accessibili che permettono interventi che siano coordinati con la rete dell'emergenza, interventi di

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

diagnosi e prevenzione delle malattie infettive, interventi socio-sanitari di consulenza, servizi di sollievo/accoglienza transitoria, ecc. La riduzione del danno deve, dunque, essere inserita in un sistema complessivo al pari degli altri interventi.

Il lavoro educativo di aggancio in strada deve integrarsi con prestazioni sanitarie per favorire in tutte le fasi di intervento l'aggancio degli utilizzatori/tossicodipendenti alla rete dei servizi di cura e accoglienza.

Sono, inoltre necessari, spazi intermedi di consulenza, di sostegno al consumo controllato, di attivazione e socializzazione che possono facilitare l'aggancio e il contatto con gruppi di consumatori (al di fuori dei contesti naturali di consumo) e favorire, di conseguenza, relazioni più solide.

In questo contesto si riconosce una centralità alle tecniche motivazionali (*patient engagement*): utenti poco coinvolti, poco responsabilizzati e non consapevoli rischiano di avere molte più ricadute o aggravamenti del loro stato di salute. Per questo motivo emerge, da un lato, l'esigenza di informazioni e servizi per i consumatori, mentre, dall'altro si configura la necessità per chi lavora nella riduzione del danno di una formazione sui colloqui e tecniche motivazionali.

Infine, la "peer to peer" è uno degli strumenti che può aiutare per gli interventi di prossimità e, quindi, di riduzione del danno. Si evidenzia, inoltre, il fatto che gli operatori pari, ma anche gli operatori che si occupano in generale della riduzione del danno, finiscono per produrre nuove informazioni e contribuiscono a dare indicazioni su come agire ai nuovi servizi.

4. Temi non secondari. Ci sono ulteriori elementi che sono stati richiamati e che non rientrano nelle precedenti macro-aree. Innanzitutto, emerge la questione di un approccio al tema della droga di tipo ideologico (antiscientifico, repressivo e centrato sullo stigma di chi consuma) che è un propellente per la diffusione dell'HIV e HCV. Porre attenzione al tema della HIV e HCV significa porre al centro degli interventi la salute delle persone che usano droghe, quindi si tratta di passare dall'attuale situazione in cui ci si concentra sul problema, intendendolo come un diritto negato, ad un approccio in cui il diritto viene reso esigibile

5. Ulteriori elementi emersi. Gli interventi di riduzione del danno vanno sviluppati anche per il consumo di alcol e tabacco. Emerge, inoltre, l'importanza della riduzione del danno all'interno delle carceri che non deve rappresentare un tabù. Infine, si presenta il tema dell'attenzione da rivolgere ai minori: sul tema vi sono posizioni diverse, in particolar, relativamente al fatto se devono essere o meno oggetto di interventi di riduzione del danno. La questione risulta di particolare interesse e necessita delle dovute attenzioni.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tavola Rotonda B - Allerta precoce e *drug checking*



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3 Tavola Rotonda B - Allerta precoce e *drug checking*

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo "Allerta precoce e *drug checking*" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) Dr.ssa Roberta Pacifici, Istituto Superiore di Sanità - Centro nazionale dipendenze e doping;

***Drug checking*: conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi** Dr. Lorenzo Camoletto, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA);

Open data: aprire i dati per comprendere, progettare, prevenire, curare Dr. Ernesto de Bernardis, Società Italiana Tossicodipendenze (SITD);

Il *drug checking* è più che un'analisi Dr. Peter Koler, PA Bolzano;

Evoluzione del *drug checking* nei servizi RdD in Italia Dr. Stefano Bertoletti, Forum Droghe.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.1 Il sistema nazionale di allerta precoce (snap) sulle nuove sostanze psicoattive (nsp)

Roberta Pacifici

Il DPA ha siglato nel 2017 un accordo che affida al Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il coordinamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP). Il Sistema si è avvalso della collaborazione di tre unità operative: la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga; l'Unità di Ricerca di Tossicologia Forense dell'Università La Sapienza di Roma; il Centro Antiveleni di Pavia.

Al fine di incrementare la partecipazione dei Centri collaborativi è stata messa in servizio la piattaforma informatica SNAP (<https://snap.iss.it>) allo scopo di facilitare e promuovere l'attività di raccolta, gestione e organizzazione delle informazioni provenienti sia dall'EMCDDA e da altri enti internazionali che dai centri collaborativi presenti sul territorio nazionale.

Si tratta di un "applicativo web" che facilita il contributo da parte dei singoli Centri, e fa confluire tutte le segnalazioni (europee/italiane) in un unico contenitore fruibile *online* dai soggetti accreditati, rendendole poi disponibili agli enti preposti, attraverso la diramazione di informative o di allerte. Il sistema raccoglie le NPS in un archivio interrogabile (dai soggetti registrati) dove, per i casi clinici, è possibile effettuare ricerche mirate anche per sintomo e apparato, per rendere più efficaci gli interventi di primo soccorso.

Tutte le segnalazioni sono geolocalizzate, in modo da effettuare analisi anche sui flussi all'interno del nostro territorio. Grazie a questo sistema le segnalazioni in ingresso registrate dal SNAP sono state 597. Le comunicazioni in uscita prodotte dallo SNAP sono state: 42 Informative, 47 Comunicazioni EMCDDA, 52 Allerte. Inoltre sono stati elaborati 171 pareri per l'aggiornamento delle tabelle presenti nel DPR n.309/90. La sezione dedicata allo "S.N.A.P. - ISS", sul sito della PCM-DPA al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/informazioni-sulle-droghe/sistema-nazionale-allerta-precoce/sistema-nazionale-di-allerta-precoce>, viene aggiornata costantemente.

Criticità emerse:

L'analisi delle attività del SNAP in questo primo triennio ha messo in evidenza una serie di criticità di seguito riportate e commentate. Una delle criticità emersa è legata alla sfida che i laboratori hanno rispetto alla rilevazione e identificazione di una varietà di strutture chimiche associate a NSP sia in matrici non biologiche (reperti sequestrati dalle Forze dell'ordine) che in matrici biologiche di soggetti intossicati e/o di casi di morte.

Il rilevamento in ambito sia clinico che forense richiede l'utilizzo di tecniche specifiche e selettive. Per tale motivo è stato realizzato dall'ISS il progetto denominato "NPS-LABVEQ" con la finalità di implementare la performance e la capacità metodologica dei laboratori afferenti ai Centri Collaborativi dello SNAP.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Un'altra criticità emersa è legata alla capacità del Sistema di intercettare velocemente e su tutto il territorio nazionale intossicazioni e/o decessi correlati al consumo di NPS. Il Sistema ha rilevato nello scorso triennio intossicazioni prevenienti soprattutto dalle aeree del nord Italia, poche dal centro ed esigue dal sud. Anche la "scia di risposta", ossia il lasso di tempo intercorso fra l'avvenimento e la segnalazione al sistema SNAP è un ulteriore elemento di criticità.

Azioni migliorative del Sistema messe in atto:

Per sostenere i Centri Collaborativi dotati di laboratorio nel miglioramento delle capacità metodologiche per la rilevazione e identificazione di una varietà in continuo mutamento di strutture chimiche associate a NPS, saranno inviati ai laboratori ulteriori standard di riferimento di NPS.

L'unità operativa dell'ISS ha arricchito il laboratorio con "strumenti ifenati" di ultima generazione che semplificano il lavoro di individuazione di sostanze sconosciute.

Per diminuire la latenza nella risposta e aumentare la partecipazione dei laboratori nelle diverse aree del territorio nazionale, sono state attivate, per la gestione degli aspetti clinico tossicologici, altre due Unità di tossicologia clinica che sono collocate e operano al Centro ed al Sud d'Italia: Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche e Controllo Regionale Qualità Laboratori del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Assessorato della Salute – Regione Sicilia.

Azioni migliorative del Sistema da mettere in atto:

Nell'ottica dell'identificazione precoce di una sostanza pericolosa e/o una NPS un ruolo importante lo può svolgere il *drug checking* che consente di analizzare un ampio spettro di sostanze e di integrare queste informazioni nello SNAP.

La rete europea TEDI Network, tramite il servizio di DC, sottolinea che il 5% dei composti analizzati nel 2019 è risultato essere una NPS e 30 diverse molecole sono attualmente monitorate dall'EMCDDA e il report annuale tiene in considerazione da due anni i dati che derivano dai servizi di DC europei.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.2 Drug checking: conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

Lorenzo Camoletto

“Drug-checking services enable individual drug users to have their drugs chemically analysed, providing information on the content of the samples as well as advice, and, in some cases, counselling or brief interventions. Service aims vary, ranging from information collection to harm reduction [...] The sites [...] include fixed laboratories, to which individuals and organisations can submit drugs for testing [...] and mobile laboratories at festivals or in clubs, [...].

An important aspect of drug-checking services is how the results are communicated to individuals and whether this is accompanied by harm reduction advice or brief interventions.”
https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-checking_en

Analisi del contesto:

Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tp in Italia e Relazione Europea sulla droga affermano che: “la crescente complessità del mercato della droga pone sfide normative e comporta rischi per la salute [...] spesso non c'è un monitoraggio adeguato” (EMCDDA, 2019); “...sembra essere in atto una trasformazione verso mercati molto più compositi, complessi e mutevoli.

Questo si riflette direttamente sulle modalità di consumo che virano verso le sostanze sintetiche, il poliutilizzo [...] con modalità occasionali che cambiano a seconda dei contesti” (Rel. An. Parl, 2019).

In Europa nel 2019 sono incrementati i sequestri di oppioidi sintetici (buprenorfina, tramadolo, morfina, codeina, ...) e l'uso di questi farmaci tra la popolazione 15-64. Nel 2019 sono state identificate dall'Early Warning System 57 nuove molecole, di cui solo 2 derivanti dal fentanyl (EMCDDA, 2020).

In Italia l'1,4% degli studenti dichiara nel 2017 di aver fatto uso di oppioidi di sintesi almeno una volta nella vita e di questi 1 studente su 5 ne ha fatto un uso ripetuto (Relazione Annuale al Parlamento, 2019). Nel merito delle NPS, l'EMCDDA riporta che nel 2019 in Europa sono state identificate per la prima volta 53 NPS e 400 diverse molecole già conosciute sono comparse sul mercato comunitario (EMCDDA, 2019).

In Italia nel 2018 sono state individuate 39 NPS, di cui 13 identificate per la prima volta (Relazione Annuale al Parlamento, 2019).

Il *lockdown* a seguito della pandemia COVID-19 ha poi influito sul mercato delle NPS e sui pattern di consumo. In questo scenario il monitoraggio in tempo reale garantito dai servizi di *drug checking* appare irrinunciabile.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Gli obiettivi del *drug checking*:

Monitorare i mercati illegali delle sostanze e accrescere la conoscenza sugli stessi identificando rapidamente ed efficacemente la comparsa di sostanze pericolose e/o di NPS e i loro pattern di uso:

- Rinforzare il Sistema di Allerta precoce, con il monitoraggio diretto delle sostanze circolanti e il coinvolgimento progressivo dei consumatori;
- Prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute correlate all'uso di sostanze sconosciute in qualità e quantità.
- Facilitare e implementare l'accesso al sistema dei servizi di chi non si rivolge ai presidi territoriali.

Il *drug checking* in Europa:

L'Olanda è stato il primo paese europeo a implementare un servizio di DC, creando già nel 1991 il *Drug Information and Monitoring System* (DIMS) (Brunt et al., 2016). Poco dopo, altri Paesi europei hanno seguito l'esempio: CHECKIT (Vienna, Austria) e Energy Control (Catalunia, Spagna) nel 1997, Saferparty.ch (Zurigo, CH) e "Check In (Pt) nel 2001, SINTES (Francia) e Modus Vivendi (Bruxelles),...

Nel 2011 è stato lanciato il progetto europeo "*Nightlife, Empowerment and Well-Being Implementation project – NEWIP*" (co-finanziato dall'Unione Europea - Programma Salute, 2011-2013). In quest'ambito è nata e si è consolidata la rete TEDI (*Trans European Drug Information project*). L'EMCDDA collabora attivamente con la rete TEDI coorganizzando momenti di scambio, aggiornamento, formazione valutazione e raccolta e messa in comune dei dati. Il 31 marzo 2017 è stata celebrata la prima "Giornata Internazionale del *drug checking*".

In Italia il DC è stato implementato e proposto da molti anni da attività promosse da attivisti su base volontaria come il LAB57 di Bologna, con il progetto BAONPS (*Be Aware On Night Pleasure Safety*) HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/4000007107 (19/10/2015 - 19/11/2017) Justice Pr. 2014 – 2020 EU capofila Coop Alice di Alba il DC è stato proposto su base formale, al termine del progetto l'attività di DC è confluita nel progetto Neuttravel (<https://www.neuttravel.net/>) progetto dichiarato di interesse regionale dalla Regione Piemonte e attuato dal Ser.D ASLTO4 insieme alla Coop, Alice di Alba, in base all'inserimento del DC nei servizi richiesti dalla D.G.R. 29-4074 del 17 ottobre 2016 nella quale la Regione Piemonte recepisce il DPCM 12 gennaio 2017, ART.28, comma 1 lett. K – interventi di riduzione del danno con il quale il legislatore nazionale inseriva la riduzione del danno nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.3 *Open data*: aprire i dati per comprendere, progettare, prevenire, curare

Ernesto de Berardis

La Pubblica Amministrazione dispone di dati fondamentali per la comprensione dei consumi di sostanze, la progettazione ed esecuzione degli interventi e la consapevolezza dei consumatori su rischi e danni; ma sono ristretti nella loro accessibilità, sintetici e disponibili solo quando già superati.

Aprirli avrebbe ricadute utili con costi limitati, recuperabili dai risparmi sanitari e sociali.

APRIRE I DATI SULLE ALLERTE RAPIDE

Il Sistema Nazionale Allerta Precoce (SNAP) raccoglie segnalazioni su sostanze psicoattive nuove o adulterate, che tramite l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su delega del Dipartimento per le Politiche Antidroga sono trasmesse alle istituzioni e usate per aggiornare le tabelle delle sostanze vietate del Testo Unico l.162/90. Sono esclusi altri destinatari e sono "vietate la pubblicazione e la divulgazione via web".

Tale divieto è motivato, secondo la comunicazione del Ministro della Salute del 19-9-2018 (Camera dei deputati, 2018) dal rischio di incentivare l'uso delle sostanze segnalate. Le evidenze mostrano però che l'informazione sulle droghe non ne stimola la propensione all'uso nei non consumatori (Brewer, N.T. et al, 2003; Whittingham, J.R.D. et al, 2009), mentre i consumatori sovente hanno consapevolezza insufficiente di rischi e danni (Degan, T.J. et al, 2019). Se per ipotesi le informazioni potessero aumentare l'uso di sostanze, comunque ne ridurrebbero le conseguenze, obiettivo primario di salute pubblica (Móro, L. & Rácz, J., 2013), in analogia con le campagne di distribuzione del naloxone, che si temeva aumentassero consumi e decessi da eroina, ma hanno effetto opposto (Bazazi A.R. et al, 2010). Anche autorevoli ricercatori ISS riconoscono che "it is critical to inform the population [...] to prevent the risk of purchasing products that are adulterated [...] and to improve monitoring and control [...]" (Pichini, S. et al., 2018).

Già Olanda, Slovenia, Belgio, Austria, Svizzera offrono informazioni via internet a consumatori e popolazione. Il modello più avanzato è l'olandese, con un sistema nazionale di informazione e monitoraggio che controlla stazioni di *drug checking*, informazioni mirate nei luoghi di consumo o nei casi più gravi nei media (Brunt, T.M. & Niesink, R.J.M., 2011), associato al sito www.drugsredalert.nl con relativa *app*. La *app* avvisa con notifiche del riscontro locale di sostanze insolitamente pericolose, indirizza alle stazioni di *drug-checking*, oltre a dare informazioni di primo soccorso e altro. In Italia ciò è realizzabile con collaborazione tra SNAP, ISS, società scientifiche, associazioni di consumatori, e costi attribuibili a collaborazione, pubblicazione web, e al monitoraggio esiti. Approfondimenti in Stella, L. & de Bernardis, E., 2019.

APRIRE I DATI SUI DECESSI DA DROGHE

Conoscere in tempo reale geolocalizzazione, tempi e circostanze delle morti da droghe e popolazione coinvolta, consente a servizi di cura e prossimità, agenzie di prevenzione e decisori amministrativi di implementare i dovuti interventi in maniera aderente alla realtà.

I dati sono pubblicati annualmente dal Ministero dell'Interno in forma aggregata con suddivisione per sostanza, regione, fascia di età (Dipartimento Centrale per i Servizi Antidroga, 2021) e per questo di scarsa utilità operativa.

Tale carenza è parzialmente compensata dal progetto GeOverdose (<http://www.geoverdose.it>) della Società Italiana Tossicodipendenze (SITD), basato sugli articoli giornalistici, più di 1900 dal 2017 ad oggi, da cui pubblica i dati estratti in tempo reale. La copertura è però parziale in funzione dei *bias* di pubblicazione, reperimento, correttezza e interpretazione degli articoli.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Aprire i dati DCSA sui decessi per droghe pubblicandoli man mano che avvengono consentirebbe di completare quelli di GeOverdose, a beneficio di decisori, sanitari, cittadini e ricercatori. I costi sarebbero quelli amministrativi e di pubblicazione.

APRIRE AI SERVIZI L'ACCESSO AL *DRUG-CHECKING*

È comune per gli operatori dei servizi di cura o prossimità sentire dall'utente che la sostanza acquistata ha avuto effetti strani e inattesi, con richiesta di farla analizzare. Si associa talvolta il riscontro di eventi mortali o di ricovero, che dà conferma del pericolo in corso.

Non esiste però una procedura legittima che consenta all'utente di affidare la sostanza illegale tutelando il proprio anonimato, e all'operatore di detenerla e inviarla ad un laboratorio idoneo: l'operatore rischia l'accusa di detenzione di droghe, e verrebbe forzato a identificare l'utente, reo di cessione. Inoltre non sono normati protocolli di collaborazione tra servizi e laboratori, né fondi per finanziare le analisi.

Pertanto si chiede che il Legislatore integri la l.162/90 con procedure per raccolta e invio motivati di campioni che tutelino penalmente utente e operatore, individuino laboratori regionali idonei attribuendo loro uno specifico finanziamento, indirizzando i risultati allo SNAP e ai richiedenti.

Bibliografia

Bazazi, A. R., Zaller, N. D., Fu, J. J., & Rich, J. D. (2010). Preventing opiate overdose deaths: examining objections to take-home naloxone. *J Health Care Poor Underserved*, 21(4), 1108–13. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0935>

Brewer, N. T. (2003). The Relation of Internet Searching to Club Drug Knowledge and Attitudes. *Psychology & Health*, 18(3), 387–401. <https://doi.org/10.1080/0887044031000080313>

Brunt, T. M., & Niesink, R. J. M. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands: implementation, results, and international comparison. *Drug Test Anal*, 3(9), 621–34. <https://doi.org/10.1002/dta.323>

Camera dei deputati (2018). XVIII LEGISLATURA Resoconto stenografico dell'Assemblea, Seduta n. 47 di mercoledì 19 settembre 2018. <http://www.camera.it/leg18/410?idSeduta=0047&tipo=stenografico>

- (1) Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2019 01). Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *J Subst Abuse Treat*, 96, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.10.009>
- (2) Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (2021). Relazione Annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga 2021 su dati 2020, 111–114. <https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/>
- (3) Móró, L., & Rácz, J. (2013). Online drug user-led harm reduction in Hungary: a review of “Daath”. *Harm Reduct J*, 10, 18. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-18> Pichini, S., Solimini, R., Berretta, P., Pacifici, R., & Busardò, F. P. (2018 02). Acute Intoxications and Fatalities From Illicit Fentanyl and Analogues: An Update. *Ther Drug Monit*, 40(1), 38–51. <https://doi.org/10.1097/FTD.0000000000000465>
- (4) Stella, L. & de Bernardis, E. (2019) Sistema di Allerta Precoce. Considerazioni SITD relative al divieto di divulgazione via web. *Medicina delle Dipendenze* 33(7): 47–50.
- (5) Whittingham, J. R. D., Ruiter, R. A. C., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., & Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: an experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Subst Use Misuse*, 44(4), 532–47. <https://doi.org/10.1080/10826080802347685>

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.4 Il *drug checking* è più che un'analisi

Peter Koler

Vorrei partire dalle buone ragioni che spingono a introdurre un sistema di analisi che permette ai consumatori di sostanze psicoattive di conoscere il contenuto della sostanza della quale sono in possesso:

- tutela del consumatore, così come previsto per tutti gli altri beni del consumo,
- informazione sulla qualità del prodotto,
- informazione sull'uso responsabile,
- *safer use*, buone prassi per un uso piacevole con meno danni correlati possibili,
- riduzione del danno,
- consapevolezza sul rischio, incluso l'aumento della competenza sul rischio,
- aumento della competenza del consumo incluso anche il piacere del consumo,
- consapevolezza su una eventuale funzione di automedicazione.

Visto quanto sopra non basterebbe il semplice *drug checking*.

Ma attorno a questa singola prestazione si dovrebbe organizzare un sistema di supporto psicosociale gestito da personale professionale, *peer* ed *user* che lavoro nel mondo della notte, del divertimento e del lavoro giovanile con l'obiettivo di dare un supporto integrativo alle persone che si trovano come - più o meno - psiconauti in questo contesto.

Questo vuol dire creare delle reti operative nell'ambito della prevenzione selettiva che hanno dei mandati appositi e che sono poi in contatto con il lavoro di prevenzione universale e con quello del trattamento.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.5 Evoluzione del *drug checking* (DC) nei servizi RdD in Italia

Stefano Bertoletti

ESPERIENZE ITALIANE DI DC REALIZZATE DAI SERVIZI DI RdD:

In Italia il DC è una pratica ancora agli albori nell'ambito dei servizi di RdD, date le difficoltà di tipo legislativo e autorizzativo che comporta. Solo negli ultimi anni si sono potuti sperimentare interventi articolati a livello di alcune regioni e a livello nazionale a seguito di alcuni progetti dedicati.

In primis BAONPS, ma anche progetti come PAS (Principi Attivi di Salute) gestito da CNCA, hanno sperimentato con successo dispositivi di DC all'interno di *free party*, valorizzando il lavoro multidisciplinare ed integrato di equipe regionali di *outreach*, ma le esigenze di disporre del DC si sono presto estese anche i servizi che intervengono in contesti di consumo più tradizionali come i contesti di consumo di eroina e cocaina in strada.

Un fenomeno comprensibile anche se l'esigenza dei dispositivi di DC appare più evidente nei *party settings*, contesti elettivi per la circolazione di NPS sintetiche associate spesso a *party drugs* conosciute, attualmente risulta altrettanto rilevante nei circuiti di consumo di strada di eroina, con il timore dell'arrivo di fentanyl e derivati, ma anche nell'individuazione di adulteranti pericolosi e in generale sul contrasto dell'overdose.

L'INTEGRAZIONE DELLE DIVERSE TECNICHE DI DC NELL'AMBITO DI CONTESTI DI CONSUMO DIVERSI:

Questo tipo di esigenze legate allo sviluppo dei trend di consumo ha portato diversi gruppi di RdD a compiere investimenti per dotarsi di strumenti diversi per compiere analisi, (reagenti colorimetrici, TLC, strumenti RAMAN e tecnologie ad infrarossi) in qualche caso con il prezioso supporto di laboratori per analisi di approfondimento. In questo quadro relativo alle pratiche di DC "on site" vanno aggiunte ulteriori campagne di analisi svolte su parafernalia utilizzati dai consumatori, come quella svolta in regione toscana da parte di coop.CAT in collaborazione con Cnca e ANCI nel 2018 in veneto in corso di attivazione.

La sperimentazione toscana è stata svolta in collaborazione con U.O. SOS Tossicologia Clinica e Antidoping Azienda USL Toscana centro, realizzando un monitoraggio qualitativo sui filtri utilizzati dai consumatori per le pratiche iniettive, con eroina e cocaina. I filtri consegnati dai consumatori agli operatori di *outreach* sono stati analizzati in laboratorio mediante "gascromatografia, con rilevazione di massa", dopo una semplice estrazione con metanolo.

L'esperienza risulta interessante perché non pone nessun problema di autorizzazione al trasporto e all'analisi dei campioni sia agli operatori che ai laboratori, problematiche che invece sussistono per il trasporto di

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

campioni di droghe illegali. Risulta inoltre applicabile a diverse tipologie di servizi consentendo un'azione di monitoraggio regolare sulle sostanze di un territorio specifico.

È evidente che le pratiche e i *setting* di DC sono diverse e integrabili tra loro comprendono le analisi compiute da unità mobili e da centri fissi oltre alle analisi indirette sugli strumenti usati per il consumo.

Si può affermare in sintesi che nel nostro paese ha preso avvio un lavoro di costruzione di un sistema di DC che coinvolge i servizi di RdD sia nelle pratiche ma anche sul piano più istituzionale grazie all'interesse dell'ISS che insieme al tavolo di coordinamento delle regioni ha avviato una progettazione specifica che auspichiamo possa essere l'avvio di un sistema di interventi e di servizi che offrano in modo continuativo la possibilità di DC sul territorio nazionale.

COINVOLGIMENTO DEI CONSUMATORI E AGGIORNAMENTO DEL LORO RAPPORTO CON LE SOSTANZE CHE UTILIZZANO:

In Italia la domanda di conoscenza su quello che può contenere una sostanza acquistata a sul mercato illegale è ancora poco diffusa tra i consumatori. Molti conoscono questa opportunità e la considerano fondamentale, soprattutto nel mondo dei *party setting* dove c'è una cultura storica. Ovviamente negli stati dove le postazioni di *drug checking* sono diffuse legalizzate, il servizio viene percepito come parte della sicurezza dell'evento stesso e ampiamente utilizzata senza timori.

Molto diversa è la situazione negli ambienti di consumo su strada, in questi ambienti molti temono sia rischioso o non sanno che si può fare, anche se i rischi specifici sono alti soprattutto se si pensa ad una futura diffusione di oppiacei sintetici. In questo senso le esperienze realizzate dimostrano che nei contesti dove i consumatori hanno potuto sperimentare il DC la risposta è positiva. Lo confermano gli esiti degli interventi di pre-post *counseling* associati al DC. Nei *Party Settings* molti dei risultati delle analisi che mostrano sostanze non conosciute portano i consumatori a non assumere la sostanza.

Nei contesti di consumo storici l'introduzione di pratiche di DC ha portato alla richiesta di nuove analisi su sostanze che provocano effetti non previsti. Indizi sufficienti, credo, per sostenere che con il DC è possibile attivare e sostenere una domanda di salute.

Bibliografia

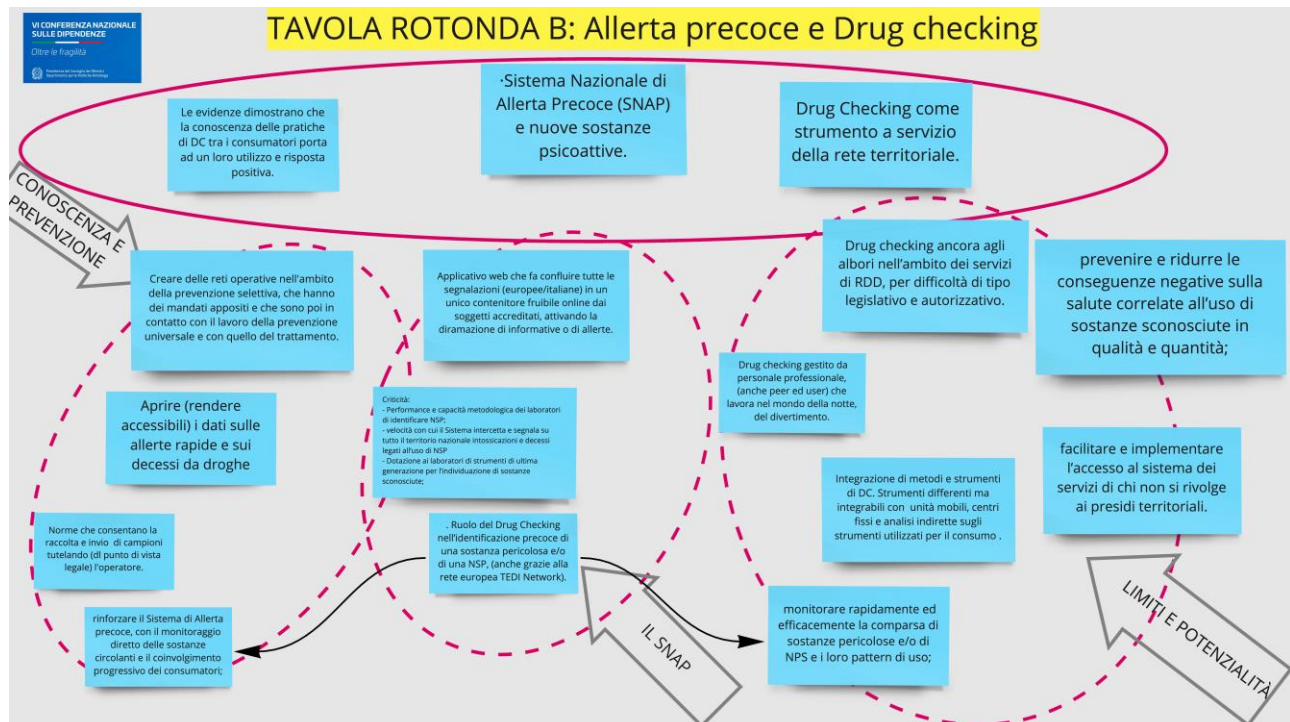
https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-checking_en

Susanna Ronconi; Ritorno dal futuro: l'autoregolazione come terzo modello della riduzione del danno; in Droghe e Autoregolazione note per consumatori e operatori; G.Zuffa, S.Ronconi (eds); Ediesse 2017.

Ronconi e Brandoli, Città droghe sicurezza, Franco Angeli, 2007

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B - Allerta precoce e *drug checking*



Gli elementi di carattere generale emersi dai contributi di questa Tavola Rotonda sono:

- le evidenze dimostrano che la conoscenza delle pratiche di *drug checking* tra i consumatori porta a un loro utilizzo e a una risposta positiva;
- l'importanza del sistema di allerta precoce e le nuove sostanze psicoattive;
- il ruolo del *drug checking* come strumento al servizio di tutta la rete territoriale dei servizi.

Gli elementi principali emersi possono essere raggruppati in tre macro-aree:

1. Conoscenza e prevenzione. Si presenta la necessità di creare delle reti operative nell'ambito della prevenzione selettiva che abbiano dei mandati appositi e che siano in contatto con il lavoro della prevenzione universale e del trattamento.

Inoltre, si richiede di aprire e rendere accessibili i dati sulle allerte rapide e sui decessi da droga e la predisposizione di norme che consentano la raccolta e l'invio di campioni, tutelando dal punto di vista legale l'operatore e il consumatore. Infine, è necessario rinforzare il sistema di allerta precoce con il monitoraggio diretto delle sostanze circolanti e il coinvolgimento progressivo dei consumatori

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

2. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP). Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) assume un ruolo fondamentale in questo ambito: questo applicativo fa confluire tutte le segnalazioni, tanto di livello europeo quanto di livello nazionale, in un unico contenitore fruibile *online* dai soggetti accreditati attivando così la diramazione di informazioni e di allerta. È un sistema fondamentale che, però, presenta delle criticità legate alle *performance* e alla capacità metodologica dei laboratori di identificare le nuove sostanze psicoattive, alla velocità con cui il sistema intercetta e segnala su tutto il territorio nazionale intossicazioni e decessi legati all'uso di nuove sostanze psicoattive e, infine, alla necessità di dotare i laboratori di strumenti di ultima generazione per l'individuazione di sostanze sconosciute.

In questo ambito emerge il ruolo importante del *drug checking* nell'identificazione precoce di una sostanza pericolosa e/o di una nuova sostanza psicoattiva (questo può avvenire anche grazie alla rete europea *TEDI network*). Il *drug checking* ha un ruolo fondamentale perché consente da un lato un lavoro sulle sostanze, individuando appunto la pericolosità delle stesse, e dall'altro è un elemento che consente di lavorare direttamente e tempestivamente anche con le persone. Pertanto, è un servizio professionale che comporta l'uso di strumenti e una capacità relazionale relativamente al lavoro svolto con le persone che usano sostanze.

3. Limiti e potenzialità. Il *drug checking* è uno strumento ancora agli albori in Italia nell'ambito dei servizi della riduzione del danno, principalmente a causa di difficoltà di tipo legislativo e autorizzativo. Il servizio deve essere gestito da personale professionale (anche *peer* e *user*) che lavora nel mondo della notte e del divertimento e deve essere integrato con la rete dei servizi di riduzione del danno, con i centri fissi e con i centri di analisi che sono le strutture che consentono di analizzare le sostanze utilizzate per il consumo. Il buon funzionamento del *drug checking* consente di monitorare rapidamente ed efficacemente la comparsa di sostanze pericolose o di nuove sostanze e i loro *pattern* di uso; quindi, consente di prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute correlata all'uso di sostanze sconosciute sia in qualità che in quantità.

Facilitare e implementare l'accesso al sistema dei servizi di chi non si rivolge ai presidi territoriali è uno degli elementi di potenzialità che il sistema di *drug checking* può portare alla rete dei servizi per le dipendenze.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.4 Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo "Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Coinvolgimento dei consumatori e servizi innovativi Dr.ssa Mariasole Galassi e Dr. Pietro Canuzzi, Ministero della Salute;

Niente su di noi senza di noi: restituire alle persone che usano droghe il ruolo di protagonisti nella definizione delle politiche e dei servizi: la vera innovazione possibile Dr. Alessio Guidotti, Network italiano delle persone che usano droghe (ITANPUD);

Drug Consumption Rooms. Avvio sperimentazione in Italia Dr. Claudio Cippitelli, Forum Droghe.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.4.1 Coinvolgimento dei consumatori e servizi innovativi

Mariasole Galassi e Pietro Canuzzi

Il fenomeno dei consumi e delle dipendenze è caratterizzato da una forte e veloce mutevolezza oltretutto da una pluralità di modalità e stili tale che, in assenza di una costante innovazione dei servizi e di sperimentazione di nuove pratiche, si rischia di attestarsi su posizioni anacronistiche e spesso inefficaci. In questa ottica appaiono indispensabili, sia un'attenzione specifica e un impegno significativo nella prevenzione del consumo, sia un impegno per la prevenzione del danno/limitazione del rischio (RdD/LdR) causati dal consumo. Ci sono persone che si trovano a sperimentare sostanze psicoattive e a continuare a consumarle, nonostante gli evidenti e gravi problemi correlati, in totale assenza di una richiesta d'aiuto; a queste dovrebbe essere garantito il diritto di consumare nel modo più sicuro possibile, di contenere i rischi di peggioramento dello stato di salute individuale, riducendo al contempo i rischi di overdose e contagio di malattie come HIV, HCV e HBV diretti o indiretti.

La situazione italiana è caratterizzata da Regioni, poche, dove la RdD/LdR è diventata sistema, regioni dove si pratica saltuariamente, regioni dove la pratica è inattuata; anche laddove la si pratici, è presente una enorme difficoltà a mantenerne la continuità e la capacità di innovazione tempestiva, senza le quali la RdD/LdR perde la sua efficacia, perché i rischi e i danni di cui si occupa sono specifici, situati e progressivi. La RdD/LdR nonostante la sua comprovata valenza di intervento cardine sempre più praticato per la tutela della salute pubblica, sconta l'essere oggetto di pregiudizi, di rigetto ideologico e di ostilità politica, per aver abbandonato l'obiettivo utopico di un mondo senza droga in favore dell'operare pragmatico sull'esistente.

Tuttavia il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017, ha inserito la RdD/LdR tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali, determinando una occasione importante per realizzare su scala nazionale interventi di prevenzione del danno, superando ostacoli ideologici e preconcetti diffusi in questi anni. Nelle linee guida dell'OMS e della UE in tema di RdD/LdR relative all'uso di sostanze psicoattive, l'approccio adottato è quello di combinazione tra i diversi interventi, quali: trasmissione di informazione sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive con l'obiettivo di accrescere conoscenze dei consumatori e stimolare scelte consapevoli; azioni di *Counseling* ad ogni intervento di RdD/LdR; coinvolgimento e valorizzazione delle competenze dei consumatori che possono essere ingaggiati anche nel supporto tra pari; messa a disposizione di presidi sanitari e la costituzione di servizi predisposti (Servizi a Bassa Soglia); connessione e integrazione con gli interventi di altre istituzioni e servizi; coordinamento, verifica e ridefinizione continue degli interventi, che richiedono formazione continua degli operatori.

Rispetto alla configurazione della popolazione destinataria di dette iniziative, uno dei possibili criteri di differenziazione riguarda l'accesso ai servizi tradizionali situati sul territorio, che consente l'individuazione di due sottogruppi:

- Quello dei consumatori già in contatto con i servizi per la tossicodipendenza;
- Quello dei consumatori intercettati o da intercettare attraverso i Servizi a Bassa

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Soglia (Unità mobili, *Drop-in Center*). Il lavoro delle Unità di strada e dei *drop-in* funge spesso da ponte nel raccogliere la motivazione e sostenere l'accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita.

In conclusione una riflessione sulla recentissima attualità e sui mezzi telematici. La gravissima emergenza sanitaria che ha investito il nostro ed altri Paesi da febbraio 2020, ha prodotto - tra le altre cose - un imprevisto e inedito sviluppo degli scambi telematici (*smart working*, DAD, psicoterapia e consulenza on-line ecc.), con un'utile ricaduta in termini di facilitazione sia nel mantenimento che nella creazione di relazioni con gli utenti. Questo scenario ha fatto sì che gli interventi di RdR/LdR che implicano la conoscenza, il sostegno, il riconoscimento e il rafforzamento delle competenze, delle abilità e delle reti relazionali tra i consumatori, nonché percorsi di supporto tra pari, convergenti nel promuovere uno stile di consumo più sicuro, siano stati svolti anche con attività *online*, al telefono, ma soprattutto usando i canali social e WhatsApp, indicando una nuova direttrice di sviluppo

Proposte:

- potenziare la rete delle Unità mobili (almeno una per ASL);
- potenziare il personale sanitario;
- formazione del personale sanitario.

Bibliografia

EMCDDA (2010) HarmReduction. 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)

Harm Reduction International, Global State of Harm Reduction Reports, in <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>

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 (2017-2020) https://ec.europa.eu/italy/news/20170315_piano_ue_lotta_drogra_it

Verso Vienna 2019, in <https://vienna2019.fuoriluogo.it>

Report annuali deli Global Commission on Drugs, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>

EMCDDA (2010), cut; EMCDDA – Harm Reduction Topics Page, <http://www.emcdda.europa.eu/topics/harm-reduction>

DCPM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017

Piemonte, Gruppo Tecnico CD, composto da rappresentanti dei Dipartimenti pubblici, Terzo Settore e Associazioni della società civile, che ha redatto i LEA RdD regionali, <https://RdD-fuoriluogo.it>

PNP 2020-2025 Ministero della Salute

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.4.2 Niente su di noi senza di noi: restituire alle persone che usano droghe il ruolo di protagonisti nella definizione delle politiche e dei servizi: la vera innovazione possibile

Alessio Guidotti

Non si può parlare di evoluzione e cambiamento delle politiche e dei servizi sulle droghe se non si prende atto dei deficit di base che ne minano i processi di costruzione, tanto nelle politiche come nei servizi. Nessun altro servizio e processo politico vede una forte assenza dei diretti interessati come nel caso del consumo di sostanze stupefacenti.

Le politiche repressive puniscono l'uso dando illusione che la sanzione amministrativa, non sia una misura limitativa della libertà personale. Le politiche repressive sono la cornice ma anche il filtro che determina la luce in cui la persona che consuma viene vista e considerata. Inevitabilmente, in virtù dell'interiorizzazione dello stigma e del processo di paura generato dalla discriminazione subita, noi persone che usiamo sostanze viviamo costantemente processi di autoesclusione che arrivano, o possono arrivare, a superare quelli che mette in pratica chi ci stigmatizza, confermando quanto sostenuto da Scambler e Hopkins (1986)¹.

Servizi che offrono "care" (sia alta che bassa soglia) non possono prescindere dai danni che lo stigma genera, innescando paradossi di dimensioni colossali. Come può un servizio che conferma al suo interno processi di esclusione, depotenziamento, non riconoscimento, delegittimazione e invisibilizzazione, come può, offrirci "care"? In quanto persone con un consumo attivo di sostanze, il nostro coinvolgimento all'interno dei servizi, nella loro progettazione e sviluppo contribuirebbe al miglioramento, in termini di efficacia ed efficienza, dei servizi stessi.

I Ser.D vivono una distanza non solo dal mondo dei consumi, che è ovvia in quanto non tutti i consumatori necessitano di un servizio per le dipendenze, ma soprattutto vivono una distanza dalle reali esigenze di un territorio, implicita alla loro natura di servizi (Vincenzo Marino, 2007)² «progettati e proposti prima a livello ministeriale e poi messi sul mercato in modo indifferenziato», vivendo negli anni successivi il paradosso di essere "fuori mercato" ovvero adatti solo a un'utenza specifica e su quell'utenza aver centrato il paradigma interpretativo del consumo di sostanze. Paradigma che ha determinato approcci, teorie, accademia, modelli di intervento rivelatisi spesso inefficaci e inefficienti. Si tratta quindi di voler rinnovare pratiche, servizi, saperi, nel decidere di assumere come modello operativo non opzionale il coinvolgimento delle persone che usano sostanze nella definizione dei servizi e delle politiche.

Riteniamo che il testo di Katrin Schiffer (2010)³ sia un documento dal quale poter partire per un processo che, se avviato, potrebbe essere la vera grande, principale, straordinaria e necessaria innovazione nell'ambito dei servizi e delle politiche relative al consumo di sostanze stupefacenti. L'evoluzione costante delle tipologie di sostanze e il diversificarsi di modelli di consumo, sono solo i primi indicatori di un fenomeno in continuo mutamento, e devono far riflettere anche sulla necessità di modificare l'approccio al fenomeno stesso.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

In questo approccio, noi persone che usiamo droghe dobbiamo avere un ruolo nuovo in ambito sociosanitario: seguendo quella che è la prassi in tutti i sistemi che si occupano di "care", ovvero la necessità di avere nei processi di costruzione dei sistemi e metodi di cura i diretti interessati, i destinatari, i beneficiari delle "cure".

Una normativa rinnovata e che sia in grado di consolidare e innovare: consolidare le pratiche degli operatori pari, e più in generale del *peer support* come metodo, previsto nelle linee guida della RDD 2000 e 2008 (ma di fatto esistente a macchia di leopardo, mentre dovrebbe essere prassi). Nelle linee guida 2008 la menzione dei "gruppi di interesse" ci sembra significativa nell'ottica di quanto qui esposto.

In materia di HIV-HCV visti i dati contenuti nelle Relazioni al Parlamento sulle droghe, di prioritaria importanza è la tutela della salute di chi fa uso di sostanze.

L'avvio di un programma nazionale di RdD è fondamentale e le pratiche *peer to peer* rimangono quelle con maggiore validità di diffusione. Riguardo le politiche va incentivato un processo ancora debole, ma possibile: ad esempio l'associazione FREEWEED, composta da persone che usano cannabis, ha scritto il Manifesto collettivo poi divenuto proposta di legge e modello sociale.

La presenza delle PUD, con differenze di genere e modelli di consumo, sarebbe doverosa nella definizione dei LEA e nei processi di sviluppo dei relativi servizi.

Avviare percorsi con pratiche di partecipazione attiva delle PUD nei servizi e nella definizione delle politiche, sia a livello nazionale che locale (ad esempio nei tavoli dei Dipartimenti delle Dipendenze) è la nostra proposta principale: è solo una questione di volontà politica che significa in concreto e di fatto abbattere un muro fatto di stigma ed esclusione sociale per creare un ponte che cambierebbe l'immagine del consumatore, restituendogli la dignità di cittadino con diritti e doveri.

Bibliografia

Scambler, G., & Hopkins, A. (1986). Being epileptic: Coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*,
Vincenzo Marino Il marketing nei servizi (Marketing Preventivo 2007)

Katrin Shiffer "Niente su di noi senza di noi: coinvolgimento dei consumatori nella definizione delle politiche e dei servizi " DE REGENBOG GROUP Amsterdam, 2010 traduzione in italiano di ITANPUD

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.4.3 *Drug consumption rooms*. Avvio sperimentazione in Italia

Claudio Cippitelli

In Europa, le politiche di riduzione del danno (RdD) si basano su una vasta gamma di servizi che prevedono le unità di strada, i *drop in*, le accoglienze diurne e notturne, i servizi di cura pubblici (in Italia i Ser.D) e, in diversi paesi, le stanze per il consumo di droghe in sicurezza. Tale scelta è stata motivata, tra le altre cose, dal diffondersi a partire dagli anni '80 del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e della conseguente sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids) e rispondevano al bisogno di ridurre la morbilità e la mortalità tra i consumatori, fornendo ambienti igienici e sicuri; ulteriore obiettivo era ridurre il consumo in pubblico, favorendo la conoscenza dei servizi dedicati tra i consumatori, anche tra quelli mai entrati in contatto con le strutture sociosanitarie.

In diversi Paesi europei, sia dell'Unione che non associati, da oltre un trentennio sono attive strutture controllate per il consumo in sicurezza di sostanze psicotrope illegali, le *drug consumption rooms* (DCR), supervisionate da personale qualificato. Tali presidi mirano sia a ridurre i rischi nei quali possono incorrere i consumatori di droghe, sia alla sicurezza dei quartieri e delle città. Il primo obiettivo è evitare la trasmissione di malattie attraverso iniezioni in condizioni di precarietà igienica, prevenire l'overdose e avviare o mantenere i rapporti tra persone che usano droghe (da ora PUD) e i servizi sociosanitari. Il secondo obiettivo, la salvaguardia del territorio, avviene attraverso la drastica diminuzione degli aghi abbandonati in modo non corretto e la diminuzione di motivi di tensione sociale legate alle scene di consumo in luoghi pubblici. La prima DCR viene aperta a Berna nel 1986; successivamente hanno adottato tale servizio la Germania (24 in 15 città), i Paesi Bassi (31 in 25 città) la Spagna (13 in 7 città), la Norvegia (2 in due città), il Lussemburgo, la Danimarca (5 in 4 città), la Grecia e la Francia (2 in due città), oltre le 12 strutture svizzere; infine, la DCR mobile di Lisbona è entrata nel suo secondo anno e ci si avvia a aprire altri due impianti fissi a Lisbona e uno ad Oporto.

Inoltre, anche in Canada (www.sallesdeconsommation.com) e in Australia (Melbourne e Sydney) vengono aperte DCR, anche in conseguenza del grave aumento dei decessi per overdose da oppiacei.

A cosa servono e cosa offrono le DCR. Le stanze per il consumo di droghe offrono uno spazio igienico e protetto dove assumere le sostanze psicotrope: sono a disposizione materiale sterile, sia per l'uso parenterale che inalatorio; servizio di consulenza prima, durante e dopo l'assunzione; assistenza in caso di overdose e distribuzione di naloxone; assistenza sociale e sanitaria, informazioni sui servizi dedicati al trattamento delle dipendenze. Le caratteristiche comuni sono l'accesso in genere limitato agli utenti del servizio registrati e devono essere soddisfatte determinate condizioni, ad esempio l'età minima e la residenza locale. In EU sono operativi tre modelli di sale per il consumo di droghe: strutture integrate, specializzate e mobili. La grande maggioranza delle sale per il consumo di droga è integrata in strutture a bassa soglia. Qui, la supervisione del consumo è uno dei numerosi servizi orientati all'agio dei frequentatori offerti negli stessi locali, la fornitura di cibo, docce e vestiti a coloro che vivono per strada, materiali di prevenzione tra cui preservativi e contenitori per oggetti taglienti, consulenza e trattamento della droga. Le sale di consumo specializzate offrono solo la gamma più ristretta di servizi direttamente correlati al consumo controllato, mentre le strutture mobili (Barcellona, Berlino e Portogallo) forniscono una distribuzione geograficamente flessibile del servizio, ma in genere si rivolgono a un numero più limitato di clienti rispetto alle sedi fisse. Le strutture mobili favoriscono il superamento della diffidenza all'insediamento di una CDR sul proprio territorio da parte dei residenti, nel segno del tipico NIMBY (*not in my backyard*).

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Dopo 30anni di sperimentazione. La valutazione sull'efficacia complessiva delle CDR è in larghissima parte positiva e documentata (Hedrich et al., 2010; Potier et al., 2014), avendo la capacità di raggiungere consumatori ad alto rischio e/o emarginata abbattendo la mortalità per sovradosaggio, tanto che in diversi Paesi europei le CDR sono integrate con i servizi a bassa soglia e trattamentali.

Anche in Italia, dopo il tentativo non giunto in porto in Piemonte, è giunto il momento di avviare una sperimentazione delle tre modalità attuate in Europa (strutture integrate, specializzate e mobili), in almeno tre città metropolitane e in 4 città di medie dimensioni, nelle quali sono presenti scene di consumo all'aperto. Una sperimentazione che coinvolga i Ser.D, le basse soglie, i servizi sociali comunali, le associazioni dei consumatori, alcune facoltà universitarie e operatori delle forze dell'ordine locali.

Bibliografia

Ronconi e Brandoli, Città droghe sicurezza, Franco Angeli, 2007

Meringolo, G.Zuffa, Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli.

M. Anoro, E. Ilundain, O. Santisteban (2003), EVA – Espacio de Venopunción higiénica Asistida in Barcelona, in Journal of Drug Issues, .33/2003

J. Kimbere altri (2003) MSIC Evaluation Committe, Journal of Drug Issues N. 3/2003

https://www.emcdda.europa.eu/publications-database?search_api_views_fulltext=consumption

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf

<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0260-8>

https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

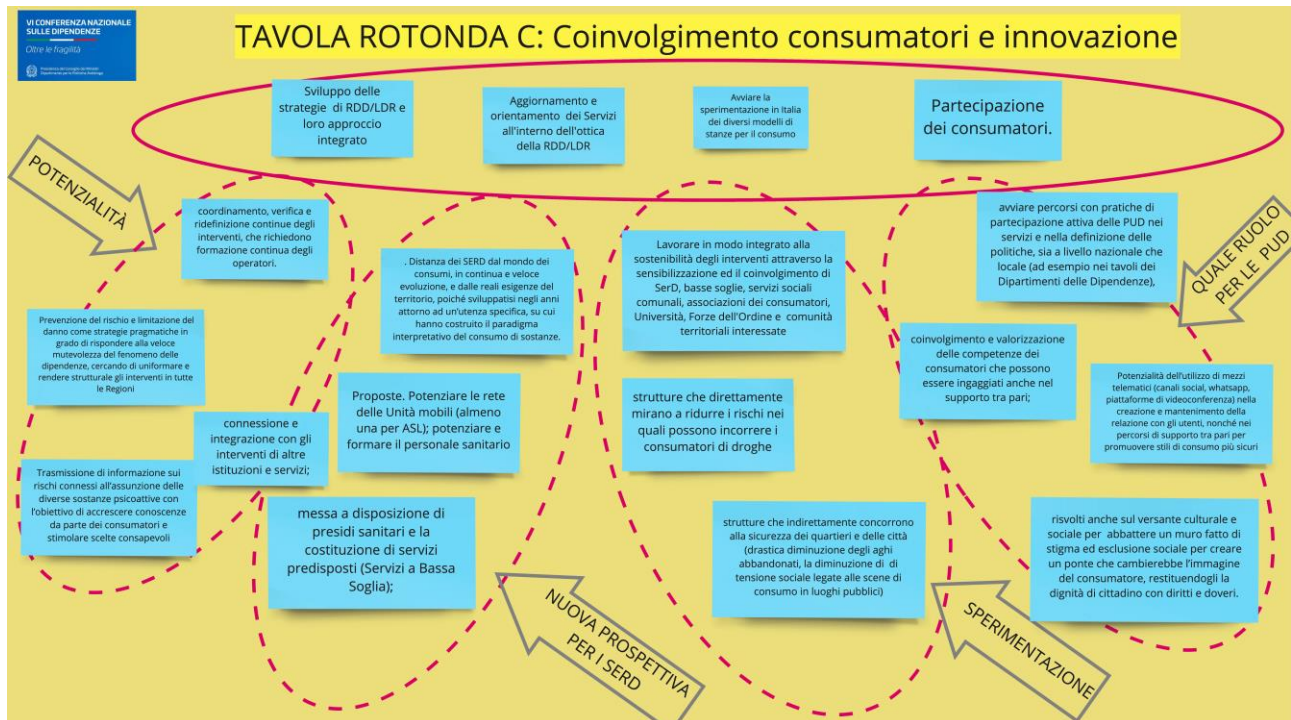
https://outlook.live.com/mail/0/id/AQQkADAwATE2ZjUxLTNkN2EtMDRlZQAtMDACLTAwCgAQAI2udOmTY%2B1IL1HZnqI%2FrU%3D/sxs/AQMkADAwATE2ZjUxLTNkN2EtMDRlZQAtMDACLTAwCgBGAAAD4OXwYr57pUG%2FUo_nzoOEu4AcAtM82rL7fy0Wpnnug6m3jEwAAAgEMAAAAtM82rL7fy0Wpnnug6m3jEwAFfpZlkwAAAAESABAAJVo3e2vGV02%2F%2FTz4VluTzA%3D%3D

https://outlook.live.com/mail/0/id/AQQkADAwATE2ZjUxLTNkN2EtMDRlZQAtMDACLTAwCgAQAI2udOmTY%2B1IL1HZnqI%2FrU%3D/sxs/AQMkADAwATE2ZjUxLTNkN2EtMDRlZQAtMDACLTAwCgBGAAAD4OXwYr57pUG%2FUo_nzoOEu4AcAtM82rL7fy0Wpnnug6m3jEwAAAgEMAAAAtM82rL7fy0Wpnnug6m3jEwAFfpZlkwAAAAESABAAVRIDnvMAUWgXvUNQHrr4g%3D%3D

<https://www.swissinfo.ch/ita/20-anni-di--stanza-del-buco--per-i-tossicodipendenti/5453174>

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.4.4 Sintesi Tavola Rotonda C - Coinvolgimento dei consumatori e innovazioni



La terza Tavola Rotonda ha raccolto interventi relativi non solo al tema del coinvolgimento degli utenti ma anche relativi al ruolo dell'innovazione. Innovazione intesa come messa in atto di pratiche che funzionano, che non devono essere necessariamente nuove quanto, piuttosto, in grado di rispondere in modo soddisfacente ai bisogni. Non si tratta, quindi, solo di introdurre degli elementi innovativi ma pratiche funzionanti che siano validate dal punto di vista scientifico.

Gli elementi trasversali emersi su questi temi sono:

- le strategie di riduzione del danno e limitazione dei rischi devono necessariamente avere un approccio integrato all'interno del sistema dei servizi che si occupano di dipendenze e di persone che consumano droghe;
- l'esigenza di aggiornamento e orientamento dei servizi all'interno dell'ottica della riduzione del danno e di limitazione dei rischi;
- l'avvio anche in Italia della sperimentazione dei diversi modelli di stanze per il consumo.
- la partecipazione dei consumatori.

I principali temi emersi durante gli interventi degli Esperti possono essere raggruppati in quattro macro-aree:

1. Potenzialità. Gli interventi devono prevedere un coordinamento, una verifica e una ridefinizione continue e l'esistenza di una formazione per gli operatori. La prevenzione del rischio e la limitazione del danno devono rappresentare delle strategie pragmatiche: in particolare, si sottolinea l'esigenza che queste siano in grado

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

di rispondere alla veloce mutevolezza del fenomeno delle dipendenze, cercando di uniformare e rendere strutturale gli interventi in tutte le Regioni, così che tutti i cittadini abbiano le stesse possibilità di accesso ai servizi.

Si evidenzia la necessità di connessione e integrazione con gli altri interventi di altre istituzioni e servizi e l'importanza della trasmissione di informazioni sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze dei consumatori e stimolare scelte consapevoli.

2. Nuova prospettiva per i Ser.D. Esiste una distanza dei Ser.D dal mondo dei consumi, che è in continua e veloce evoluzione, e dalle reali esigenze del territorio, poiché sviluppatasi negli anni attorno ad un'utenza specifica, su cui hanno costruito il paradigma interpretativo del consumo di sostanze. Si riscontra, pertanto, l'esigenza che la rete territoriale dei servizi si specializzi e dia risposte adeguate ai bisogni delle persone, rivalutando anche l'orizzonte e i paradigmi interpretativi rispetto al consumo di droghe.

Le proposte concrete che si riportano riguardano il potenziamento della rete delle unità mobili (almeno una per ogni Azienda Sanitaria Locale) e il potenziamento e la formazione del personale sanitario. Inoltre, si propone la messa a disposizione di presidi sanitari e la costituzione di servizi predisposti (servizi a bassa soglia) in tutte le realtà territoriali. La dimensione di questi servizi dovrà basarsi sulle diverse caratteristiche territoriali.

3. Sperimentazione. Le stanze del consumo, verso cui indirizzare una sperimentazione, sono strutture che mirano direttamente a ridurre rischi nei quali possono incorrere i consumatori di droghe ma, allo stesso tempo, sono strutture che indirettamente concorrono alla sicurezza dei quartieri e delle città (drastica diminuzione degli aghi abbandonati, diminuzione di tensione sociali legate alle scene di consumo in luoghi pubblici).

Per far sì che questa sperimentazione possa attuarsi occorre lavorare in modo integrato sulla sostenibilità dei progetti attraverso la sensibilizzazione ed il coinvolgimento non solo dei servizi deputati come i Ser. D, le basse soglie, i servizi sociali e le associazioni dei consumatori ma anche includendo le università, le forze dell'ordine, le comunità territoriali interessate, ossia tutti gli *stakeholder* del territorio che possono essere coinvolti in un'azione di sensibilizzazione e di promozione di questi servizi, la sola che può garantirne la sostenibilità.

4. Quale ruolo per le persone che usano droghe. Emerge la necessità di avviare percorsi con pratiche di partecipazione vera e attiva dei consumatori sia nei servizi sia nella definizione delle politiche a livello nazionale e a livello locale con una partecipazione diretta, ad esempio, nei Dipartimenti delle Dipendenze. Nell'ottica della promozione territoriale, si può ipotizzare un coinvolgimento a livello di programmazione territoriale e sociale che avvenga in maniera più o meno integrata nelle diverse Regioni. I consumatori possono essere coinvolti, e le loro competenze valorizzate, anche nel supporto alla pari. Inoltre si presentano le potenzialità dell'uso dei mezzi telematici (canali sociali, *WhatsApp*, piattaforme di videoconferenza) per la creazione e il mantenimento della relazione con gli utenti, nonché nei percorsi di supporto tra pari per promuovere stili di consumo più sicuri.

Il coinvolgimento degli utenti ha anche risvolti sul versante culturale e sociale, al fine di abbattere un muro fatto di stigma e di esclusione sociale e creare un ponte che cambierebbe l'immagine del consumatore restituendogli la dignità del cittadino con diritti e doveri.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico “Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee” in seconda giornata si è articolata in una prima restituzione sintetica, da parte del Coordinatore Dr.ssa Amato, delle evidenze emerse in prima giornata, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via chat dal pubblico iscritto al *webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via chat durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

Per quanto riguarda la Tavola Rotonda A, fondamentalmente, sono stati evidenziati: la necessità di linee guida nazionali alla cui produzione collaborino tutti i soggetti interessati, comprese le persone che utilizzano sostanze stupefacenti; la consapevolezza che gli interventi di riduzione del danno debbano essere degli interventi flessibili, in grado di adattarsi agli scenari di consumo che cambiano continuamente; un maggiore coinvolgimento dei pari e un'integrazione del lavoro di strada con quello dei servizi di cura e la necessità di sistemi informativi che siano dialoganti e condivisi.

Per quanto riguarda Tavola Rotonda B, gli elementi fondamentali sono stati individuati nell'accessibilità dei dati per tutti, in tempi rapidi e al servizio della rete territoriale, e una legislazione che consenta agli operatori di lavorare in sicurezza.

Infine, per Tavola Rotonda C è emerso: il coinvolgimento dei consumatori e la valorizzazione delle loro esperienze nel promuovere il supporto tra i pari; una formazione continua degli operatori, cosa valida non solo per la riduzione del danno ma in generale per tutti gli operatori della sanità; la formazione e l'implementazione di strutture che mirino a ridurre i rischi tra i consumatori, e l'avvio di sperimentazioni di stanze di consumo che consentano non soltanto un consumo più sicuro da parte delle persone che utilizzano sostanze ma anche una diminuzione della pressione sociale nelle aree particolarmente a rischio.

Grazie alle domande poste dal pubblico è emerso come sui temi menzionati sia riscontrabile un certo grado di accordo tra gli esperti e quanto vi sia un tema ulteriore che forse necessiterebbe di un tavolo a parte e una riflessione più strutturata: la riduzione del danno tra i giovani. Innanzitutto bisognerebbe capire che cosa si intende per giovani, ovvero se si intendano i minorenni oppure una fascia più ampia. Per quanto riguarda gli interventi di riduzione del danno tra giovani, le posizioni sono più articolate rispetto a quelle rilevate con riguardo agli stessi interventi sulla popolazione “adulta”. In quest'ottica, sarebbe opportuno l'avvio di un confronto che vada oltre i limiti temporali della conferenza.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.5.2 Domande e risposte

Perché nonostante la riduzione del danno sia all'interno dei LEA dal 2017, ancora il processo di implementazione e legiferazione da parte delle regioni non è stato avviato?

La Regione Piemonte può raccontare il processo e gli attori coinvolti nella costruzione della norma in materia di LEA e riduzione del danno?

Quali azioni per un'implementazione della riduzione del danno su scala nazionale? Come far sì che ogni azienda sanitaria locale si doti di unità mobili e servizi di riduzione del danno sulla base delle esigenze territoriali? Come coordinare tutti questi interventi?

Dr. Gaetano Manna

Direi che la prima e la terza domanda hanno una base comune. Come ho suggerito ieri, una delle possibili chiavi di lettura è proprio quella di saper comunicare una serie di aspetti che sono risultati di seconda scelta e non sono stati enfatizzati. Ritengo che in un ambito come il nostro l'informatizzazione, la commozione e la globalizzazione delle informazioni porta ad una esasperazione di alcuni punti che, se non affrontati, non vengono capiti e considerati importanti da una parte della società. Bisogna imparare anche ad appoggiarsi a chi sa fare questo mestiere e sa comunicare questi elementi. Nella nostra realtà, quello che ci ha consentito di fare un passo avanti è stata la capacità di comunicare che la riduzione del danno, oltre a essere uno strumento di cura, è anche uno strumento che controlla il territorio laddove applicato. Dove ci sono servizi di prima assistenza e unità mobili, questi controllano il territorio, anche sotto gli aspetti della sicurezza, della bellezza e della vivibilità. Come ricordato ieri dal dott. Claudio Cippitelli, oltre a questi elementi, gli interventi di riduzione del danno sono anche giusti. Io li considero nel novero degli elementi di base perché, oltre ad essere interventi giusti, permettono di ridurre le differenze, specialmente in questo momento di post-pandemia. Io penso che sia sicuramente importante che le aree locali possano dotarsi di unità mobili ma, se non rendiamo chiaro questo fatto anche ai nostri decisori politici e a una parte di popolazione, diventano degli atti formali, approvati ma non implementati.

Riguardo alla seconda domanda, la Regione Piemonte, come altre Regioni ha un approccio partecipativo che permette di costruire una cultura, un territorio e degli ambienti favorevoli. Noi abbiamo avviato i primi gruppi formali regionali nel 2005 con una certa continuità e con l'altro ingrediente importante rappresentato da contesti di lavoro partecipati e allargati a tutte le componenti che vivono le molteplici sfaccettature della riduzione del danno, non solo dal punto di vista degli operatori professionali, ma anche dal punto di vista degli utilizzatori di sostanze e di tutto quel variegato mondo che di fatto rappresenta la nostra realtà. Senza questi due elementi, tempo e partecipazione allargata, è difficile costruire dei provvedimenti e quindi anche delle azioni che possano durare nel tempo.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Perché in Italia il sistema di allerta non è "aperto" alla cittadinanza tutta? Le allerte che arrivano ai servizi iscritti al sistema impongono il segreto e la non diffusione...mentre in Paesi come Olanda le allerte vengono diffuse sui giornali *mainstream*. Diffondere le allerte non consentirebbe una maggiore informazione al pubblico e ai target e evitare così intossicazioni?

Sarebbe utile rendere visibile e comprensibile alla società civile lo SNAP?

Poter fornire analisi quantitative sarebbe utile per ridurre il rischio di overdose?

Dr.ssa Roberta Pacifici

Secondo me, questa problematica va affrontata come due differenti problematiche. Lo SNAP è un sistema di comunicazione e intercettazione di informazioni molto specialistico. Le notizie che noi riceviamo dal territorio sono relative ai sequestri di sostanze oppure a intossicazioni e decessi. Queste vengono elaborate e studiate e, prima di essere diramate, vengono confermate nei laboratori per sapere esattamente di quale sostanza si tratti, quale struttura chimica abbia e quali potenziali effetti possa avere sulla salute. Si tratta però di notizie molto tecniche. L'accesso alle informazioni si potrebbe anche allargare al pubblico generalista, ma chiaramente sfrondando le stesse da dettagli e aspetti tecnici. La struttura chimica o il derivato chimico che ne consegue, i sistemi che possono essere coinvolti dal consumo di questa sostanza e gli effetti che il pronto soccorso deve monitorare sono degli aspetti troppo tecnici per metterli a disposizione del pubblico generalista. Diversa cosa è creare uno strumento per il pubblico, che metta a disposizione informazioni più generiche. Sapere che si sta diffondendo una sostanza con una certa struttura chimica non è molto utile per il consumatore, mentre altre notizie riguardanti, per esempio, le intossicazioni che sono state registrate in un certo punto d'Italia o i decessi possono esserlo. Va fatta maggiore chiarezza su cosa vuol dire mettere informazioni a disposizione del pubblico generalista, e quindi anche dei consumatori. Questo può essere utile ma va studiata attentamente la tipologia di messaggi e la terminologia con cui vengono veicolati, in un'ottica di trasparenza e di condivisione, ma anche di utilità del dato. Io ho timore che, a volte, si finisce per mettere a disposizione dati che non sono utili, e che addirittura che possono anche essere fuorvianti e "pericolosi". Quindi va fatta una riflessione su questo, anche se si tratta di una decisione di ordine politico e non tecnico. I tecnici possono adeguarsi e creare dei luoghi dove introdurre delle informazioni con linguaggi adeguati.

Rispetto alle problematiche analitiche, nella mia breve illustrazione del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, ho sottolineato come uno dei punti di debolezza siano proprio le difficoltà che hanno i laboratori nell'identificare le sostanze, a causa della mancanza di standard: stiamo parlando di sostanze appena immesse sul mercato e, quindi, di sostanze sconosciute. Noi abbiamo attivato la distribuzione degli standard e delle metodologie analitiche a tutti i laboratori che fanno parte dei centri collaborativi. A loro affidiamo anche dei campioni sentinella per testare le loro capacità e le loro performance. Si tratta di un lavoro molto impegnativo ma anche molto importante, al quale partecipano tutti i laboratori d'Italia che si occupano di farmaco-tossicologia clinica e forense.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

In genere nei contesti del divertimento e in contesti di uso da strada vi sono popolazioni definite "hard-to-reach population". Lo stigma sui servizi o la non informazione dell'esistenza degli stessi, di fatto esclude molte persone dall'usufruire delle prestazioni. Gli operatori pari non potrebbero essere i "mediatori/informatori" perfetti per incentivare l'aggancio di queste popolazioni?

Dr. Giuseppe Di Pino

Partirei da una divisione fra peer support e operatore alla pari. Quest'ultimo è un consumatore ingaggiato nei servizi con il compito di facilitarne il funzionamento. Dobbiamo considerare che fra i gruppi di consumatori esistono codici culturali, norme informali del consumo e informazioni che vengono veicolate naturalmente poiché esiste naturalmente un peer support. Il peer operator, rispetto al peer support, è un po' la scoperta dell'America: c'è sempre stato e cerchiamo, come servizi, di colonizzare uno spazio che è naturale. Questa è la prima cosa da considerare, ricordando che la riduzione del danno investe molto più su processi di questo tipo che non sui servizi. Detto questo, certamente un sistema dei servizi è necessario e in questo sistema il peer operator serve a raggiungere le popolazioni difficili che sono distanti dai servizi perché non ritengono di averne bisogno, perché l'offerta dei servizi molto spesso non è adeguata ai bisogni di questi gruppi e soprattutto perché essi hanno spesso dei codici culturali, di linguaggio, di abbigliamento e regole che solo un peer operator può conoscere. Dobbiamo considerare che il peer operator non è un semplice mediatore culturale ma deve essere inserito dentro l'equipe perché possa sviluppare la capacità di progettare gli interventi assieme agli operatori professionali. Perché questa cosa funzioni, si deve produrre quel meticcio fra competenza professionale ed esperienza personale, con tutti i problemi che ne derivano rispetto all'identità del peer operator. A ferragosto ero fra gli ottanta operatori che sono intervenuti al rave di Valentano. Senza operatori pari, quell'intervento sarebbe stato completamente diverso. Chi lavora in certi contesti, soprattutto nei contesti dei free party e del divertimento, si rende perfettamente conto di quanto questi codici culturali, la capacità di conoscerli e soprattutto la possibilità per gli operatori pari di trasmettere autorevolezza, funzionino nell'avvicinare mondi e nel costruire ponti fra i mondi. A proposito di riduzione del danno fra i giovani, ricordo un intervento magistrale di Maria Teresa Torti a Genova nel 2004 in cui si parlava già di nuovi soggetti per nuovi stili di consumo. Questo tema rispetto ai giovani è particolarmente importante, sono anni che lo portiamo avanti e, soprattutto con queste popolazioni, il lavoro con i pari è fondamentale. Al rave di ferragosto, io, di 46 anni, come posso essere autorevole rispetto a un ragazzo di 17/18 anni, se non mi accompagno con un suo coetaneo, il quale trasmette la fiducia necessaria per favorire l'aggancio e la relazione? Questa è la funzione dell'operatore pari che non può essere esercitata in maniera passiva. Il peer operator deve avere le possibilità di empowerment all'interno dei gruppi, deve contribuire, partecipare e criticare con sguardo autorevole l'organizzazione dei servizi per orientarla ai bisogni della popolazione target.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Come è possibile valutare in senso di maggiore o minore efficacia il lavoro svolto da una unità di RdD laddove il suo lavoro venga inficiato da carenze strutturali nell'impianto dei servizi pubblici che non possano dare pronta risposta agli invii o che non comprendano appieno il valore e la funzione della RdD/LDR? Sarebbe necessaria una formazione in tal merito di tutti gli operatori sociosanitari, oltre a quella ovvia degli operatori dei servizi di RdD/LDR?

Come è possibile valutare da un punto di vista dei dati statistici l'importanza o la semplice esistenza di questi interventi?

C'è il rischio che un coordinamento verticistico, in seno ai dipartimenti, delle unità mobili e dei centri diurni, possa schiacciare sull'aspetto più tradizionalmente sanitario l'indirizzo delle attività di tali progetti?

Dr. Roberto Berselli

Io credo che l'efficacia degli interventi preventivi si valuti sempre sulla lunga distanza e quindi vi sia sicuramente il modo per poter dare una lettura oggettiva dell'efficacia di un intervento di riduzione del danno e di limitazione dei rischi su un territorio, al netto della reattività o della palese ostilità del sistema circostante. Esistono poi una serie di elementi quantitativi e non confutabili che danno ragione di un determinato intervento. Da ultimo non scarterei gli strumenti di rilevazione della qualità e della congruità del servizio che viene offerto e che vanno somministrati non solo agli utenti diretti dei nostri servizi ma anche al contesto: ai negozianti di un determinato quartiere, ai cittadini, eccetera. Sono tutti elementi di cui non dobbiamo avere paura perché io credo che noi lavoriamo molto meglio di quanto pensiamo e, in generale, gli interventi di riduzione del danno hanno una efficacia rilevabile sul territorio. La formazione congiunta è una tematica auspicabile e sempre utile che migliora la qualità dell'offerta dei servizi. Di norma, la formazione non è di per sé risolutiva. Benché, ad esempio, a Parma, io ricordo che la formazione congiunta dell'unità di strada con la polizia municipale evitò di vederci multati continuamente per il furgone dell'unità di strada. È chiaro che la formazione congiunta aiuta da questo punto di vista ma non è risolutiva.

Riguardo ai dati statistici, esistono tutta una serie di effetti concreti che possono essere valutati sulla popolazione target con alcuni parametri molto semplici: banalmente la riduzione delle overdosi, la riduzione delle infezioni, il miglioramento dell'aspettativa di vita nei soggetti più compromessi, la riduzione degli incidenti stradali. Insomma esistono molti elementi che possono statisticamente indicare l'efficacia della riduzione del danno.

Per quanto riguarda è l'ultima domanda, prima di tutto bisogna capire se la strada sarà quella dei dipartimenti per le dipendenze o dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche. Questo chiaramente fa la differenza o almeno questa è l'impressione che noi abbiamo dalle regioni che hanno scelto una strada piuttosto che l'altra. Credo che il tema non sia il coordinamento verticistico quanto la comprensione da parte dei vertici aziendali del sistema nel suo complesso che è, per sua natura, articolato e non è solo sanitario; questo vale in generale per le tossicodipendenze e ancora di più nella riduzione del danno.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Concordando nella necessità di sviluppare le politiche volte a disincentivare il consumo nella popolazione minorenni (ad esclusione di quelle che prevedono sanzioni penali e conseguente immissione del minore nel circuito giudiziario), perché vengono considerate controproducenti iniziative di RdR/RdD su questa categoria di consumatori?

Escludendo dal *drug checking* i minori, non pensa che si diminuiscono le possibilità di aggancio a eventuali situazioni problematiche?

Perché non prevedere lo stesso regime per le prestazioni di RdD anche per i minori?

Dr. Lorenzo Camoletto

Sicuramente il tema dei minori è un tema delicato e va trattato con attenzione. Tuttavia qualcosa che può dare vantaggio alla salute degli adulti non dovrebbe essere sottratto alla possibilità di essere utilizzato, per la stessa ragione, per i minori. Io credo che si debba fare una premessa: quando si parla di drug checking si tende a dire che esso aumenterà il consumo o che porterà a una collusione con l'idea che consumare sia una cosa positiva, ecc. Abbiamo delle evidenze che ci dicono il contrario e dobbiamo considerare che queste strategie di riduzione del danno vengono implementate per quelle popolazioni che, come già detto prima, sono difficilmente raggiungibili o comunque sommerse rispetto ai servizi. Non stiamo pensando di andare all'asilo nido e sponsorizzare l'uso di sostanze, stiamo pensando di relazionarci con delle persone, perché il drug checking è innanzitutto uno strumento relazionale. Alcune popolazioni possono essere avvicinate attraverso il drug checking e, se possono essere avvicinate, possono avere una relazione con noi e, se possono avere una relazione con noi, possono discutere con noi del loro consumo e di come ridurre i danni relativi a esso. Dal punto di vista pragmatico, se noi pensiamo ai risultati finali che potremo ottenere, io credo che non sia corretto escludere i minori da tutto il processo. Ci sono pubblicazioni che hanno preso in considerazione non solo il drug checking ma tutta la politica della riduzione del danno in relazione ai minori e hanno confermato che, poter raggiungere alcune popolazioni con gli strumenti non convenzionali, permette di capire che cosa sta avvenendo e anche di ridurre l'impatto negativo. Detto questo, ovviamente, i minori sono una categoria particolarmente fragile per tanti motivi e quindi occorre intervenire in un determinato modo. Dobbiamo immaginare una declinazione delle politiche della riduzione del danno (e il drug checking ne è parte integrante) che tenga conto della situazione dei minori, della loro età e della loro situazione psicofisica. Ma naturalmente è necessario tenerne conto al fine di poterle implementare e utilizzare anche con loro questo tipo di strategie. Sono molto d'accordo con quello che, in parte, emerge anche dalla domanda: sottrarci questa possibilità diminuirebbe in modo significativo la possibilità di aggancio a situazioni e problematiche che vanno anche oltre il consumo di sostanza. Quindi la mia risposta è sì, dovremmo poter immaginare la riduzione del danno in un modo coerente.

Detto questo, per quanto riguarda l'esperienza italiana (ma anche quella straniera), non ci troviamo di fronte ad una situazione in cui ci sono folle di minori che frequentano i posti dove interveniamo e che si presentano per avere il drug checking. Perciò possiamo e dobbiamo immaginare anche questa possibilità ma non siamo in una situazione in cui ci troviamo di fronte ad un fenomeno abnorme rispetto al quale possono emergere anche delle legittime riserve etiche, normative, ecc.

Per riassumere, sì, bisognerebbe pensare di farlo in un modo opportuno e no, attualmente non è un'emergenza rispetto all'esposizione delle persone che chiedono il checking.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Sarebbe utile organizzare una campagna di sensibilizzazione sull'importanza, e sull'utilizzo, del naloxone coinvolgendo i dipartimenti e i Ser.D e magari individuando delle giornate specifiche durante l'anno negli spazi degli stessi servizi e nelle zone più sensibili delle città?

Quali sono i "pro" che hanno fatto assumere la decisione politica di non comunicare i rischi ai consumatori rilevati attraverso *drug checking*?

Dr. Ernesto de Bernardis

La risposta in breve è sì. Per la risposta più lunga non posso esimermi dal fare una breve storia del naloxone. L'utilizzo del naloxone nella riduzione del danno e nella prevenzione dell'overdose è, in buona parte, un'invenzione italiana perché pochi anni dopo la sua sintesi chimica e la scoperta delle sue prerogative si iniziò ad utilizzarlo al Ser.D di Chivasso nel '91, consegnando le fiale di questo prodotto alle persone che facevano uso di eroina, insegnando loro le tecniche per la cura dell'overdose e, sempre in Italia, nel 1996, si ottenne che il naloxone fosse a disposizione di tutti in farmacia e potesse essere comprato senza avere la ricetta di un medico. Questa è una cosa unica dell'Italia e in altri Paesi non è ancora disponibile. Ci sono alcuni stati come gli Stati Uniti in cui si parla da tempo di questo ma in cui non è possibile acquistare direttamente le fiale di naloxone. Ad oggi, laddove sono disponibili in confezione singola, le fiale di naloxone costano poco meno di 5 euro. Il problema è che, in alcune farmacie, sono disponibili soltanto confezioni da cinque o da dieci fiale, per cui i costi lievitano. In molti servizi, sia servizi sanitari che servizi di prossimità e associazioni, è stata effettuata e ripetuta per vari anni la marcia del naloxone, in varie città che si sono impegnate nel promuovere questo tipo di intervento. Vorrei però dire che questo intervento non dovrebbe essere mitizzato, sicuramente il naloxone non è la risposta unica ai problemi della riduzione del danno né ai problemi delle persone che fanno uso di oppioidi. Se noi andiamo a vedere i dati di GeOverdose o del Ministero dell'Interno, ci rendiamo conto che gli eventi acuti da eroina o da altri oppioidi hanno una distribuzione geografica ben precisa e ci sono aree del territorio nazionale dove il problema non è legato alle overdosi da oppioidi ma è legato ad altre sostanze, prima di tutte la cocaina. In secondo luogo, se andiamo a guardare il dettaglio delle circostanze in cui avvengono i decessi, ci rendiamo conto che la maggioranza di essi sono avvenuti quando la persona era da sola e in un luogo chiuso come la sua cameretta, la casa, un capanno o l'interno della macchina parcheggiata. Dobbiamo quindi toglierci dalla mente che con il naloxone riusciamo a salvare tutti. Possiamo salvare solo le persone dipendenti da oppioidi che vanno in overdose da oppioidi e quindi questo esclude una fetta di persone che si fanno male con altre sostanze. Per esempio, nel mio territorio, l'eroina è praticamente sparita; c'è però stato un modesto quantitativo di cocaina quest'estate e sono morte cinque persone per problemi molto probabilmente derivanti dall'uso di cocaina. Queste persone non si sarebbero salvate con il naloxone ma con altri provvedimenti, ancora da immaginare. Inoltre, anche se il naloxone viene fornito alle persone che fanno uso di eroina, nel momento in cui questi fanno uso di eroina al chiuso e da soli, non gli serve a niente. Sarebbe più utile consegnare il naloxone nell'ambito della comunità cioè darlo il più ampiamente possibile. Si è parlato dei poliziotti, ma io direi anche in centri di aggregazione e nei luoghi dove c'è una certa propensione all'uso, così che possa essere a disposizione di tutti. Tuttavia, poiché l'utilizzo da soli e al chiuso è comunque prevalente, potrebbe essere più utile puntare sull'autocontrollo, sull'informazione e sull'auto-responsabilità del consumatore che potrebbe fare quello che il naloxone non può fare, dato che, chiaramente, qualcuno in overdose non può iniettarsi il naloxone.

Per quanto riguarda la seconda domanda vorrei rapidamente dire che le decisioni politiche spesso sono decisioni identitarie: nel momento in cui, a livello identitario, si è deciso che ogni droga è uguale, che la droga è droga, non ha senso andare ad analizzare le singole droghe perché sono tutte brutte e a tutte devi dire no. Perciò, nel momento in cui passa questa posizione identitaria non si possono fare le analisi. Non tutte le decisioni sono razionali ma servono a crearsi un'immagine da spendere con il proprio elettorato.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Sarebbe auspicabile la presenza di operatori pari che affianchino i tecnici nei servizi di *drug checking*?
Potrebbero avere una maggior capacità di relazionarsi con i consumatori?

Dr. Alessio Guidotti

Questa domanda si concentra sul ruolo dell'operatore pari, del peer support e del consumatore che è vicino al servizio, in particolare al servizio di drug checking. La risposta è sì, per una serie di motivi. Fra i consumatori, il drug checking non è adeguatamente conosciuto quindi esiste la possibilità di provare sfiducia nei confronti del servizio stesso. Questo vale un po' meno se immaginiamo persone in qualche modo vicine ai servizi di riduzione del danno e che hanno comprensione e conoscenza di essi, ma, quando non si è vicini ai servizi e non si è a conoscenza del loro funzionamento, ci possono essere molti timori da parte di chi consuma, in parte anche legittimi. Quando, nei primi anni '90, sono iniziati gli interventi di riduzione del danno attraverso la distribuzione di siringhe, in alcuni quartieri, le forze dell'ordine si appostavano nei luoghi di distribuzione del materiale sterile, immaginando che chi usufruiva dei servizi avesse della droga. Questa non era una leggenda metropolitana, succedeva veramente anni fa. È quindi legittimo pensare che ci possano essere dei timori e delle sfiducie da parte di chi non ha conoscenza dei servizi e del loro funzionamento. Ricollegandosi a quanto detto dal dott. Di Pino, la presenza del consumatore, (gioco un po' su questo termine) che fa da supporter al servizio, gioca un ruolo importante dal punto di vista della fiducia. Nel caso del drug checking ancora di più. Alla luce della situazione attuale dove non parliamo più di scene aperte del consumo, tranne che nei rave, ma dove il consumo funziona in una maniera diversa anche a livello di luoghi, il drug checking deve necessariamente avere un contatto all'interno dei consumatori che faccia da tramite e da supporter con gli altri consumatori, sia per una questione di "fiducia" nei confronti dei servizi stessi che per una questione logistica. Alcuni servizi di drug checking non hanno preso in giusta considerazione il significato di avere un'alleanza stretta con i destinatari dei loro servizi e oggi vivono una certa difficoltà a livello di relazioni. Oggi, le scene aperte del consumo che necessitavano delle unità di strada, non ci sono più. Quindi, entrare in contatto con il consumatore che ha necessità di questo servizio, immaginando un checking che va al di là della festa, è qualcosa di terribilmente più complicato. Mettere semplicemente un cartello non funziona perché, con il sistema di penalizzazione che abbiamo, c'è una certa diffidenza e un certo timore ad avvicinarsi. Quindi la strada del portare il drug checking ad essere il servizio che dovrebbe essere, in un'ottica di sanità pubblica, deve necessariamente aprire un discorso serio e concreto sulla questione del peer support e dell'operatore pari. In questo senso, il drug checking, oltre ad avere importanza dal punto di vista della salute e della tutela della salute, spero possa essere l'occasione per scardinare le resistenze verso gli operatori pari.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Quale è la funzione degli operatori pari? Il contributo che danno al servizio è utile?

Non c'è un conflitto fra il loro ruolo nei servizi e quello fra il gruppo di consumatori?

Come può essere strutturato il contributo dei *Peer* nei servizi? Esistono buone prassi? È conciliabile l'idea di una loro presenza strutturata nei servizi in un contesto che ne criminalizza e penalizza il consumo?

Dr. Sergio Bovi

Nel rispondere alle domande, mi ricolleggerò a quanto detto dal dottor Di Pino. Incomincio con il dire che la questione dei peer educator non è una questione nuova, è una questione che nasce insieme ai primi servizi residenziali e non residenziali, ricordo che gli stessi alcolisti anonimi basano il loro intervento sulla peer to peer. I peer educator sono persone che hanno vissuto o vivono esperienze di dipendenza e che, dopo un periodo di responsabilizzazione e a volte cura, hanno seguito specifici corsi di formazione e, a fronte di questi percorsi formativi e dalla conoscenza diretta dei problemi di dipendenza, possono con maggior facilità avvicinare le persone affette da dipendenza dato che ne condividono il patrimonio linguistico, valoriale e rituale. Sono percepiti come una fonte credibile e in grado di realizzare un'interazione faccia a faccia immediata ma soprattutto meno inibente e meno giudicante. Essi possono, infine, fornire un modello reale di possibilità, di responsabilità, di consapevolezza e di uscita dalla dipendenza. Peer educator, alla lettera, significa educazione tra pari ed è un metodo di intervento utilizzato nell'ambito della promozione della salute e quindi attinente al tema che stiamo trattando. In questo modo, si realizza un'attività di costruzione educativa che mira a potenziare quelle competenze che consentono di compiere delle scelte responsabili. La stessa OMS valuta che la partecipazione diretta, e con questa l'educazione alla pari, siano strategie efficaci per migliorare l'accesso delle popolazioni e per consentire alle comunità e alle fasce sociali marginalizzate di appropriarsi dei programmi che le riguardano. Gli enti fanno leva sul legame di similarità, di conoscenze e condivisione delle problematiche che rendono il peer educator un interlocutore credibile di cui ci si può fidare, elemento secondo me fondamentale. Per quanto riguarda la questione del conflitto, dal nostro punto di vista, non vi è conflitto. I peer educator hanno o dovrebbero avere una formazione specifica, sono affiancati e monitorati, dovrebbero partecipare alla co-progettazione degli interventi con i servizi e le equipe multidisciplinari coinvolte, dovrebbero avere il giusto riconoscimento e la giusta collocazione all'interno del servizio dei progetti e a tal fine, nella revisione degli standard dei servizi, vanno riconosciuti come parte integrante dei progetti e dell'equipe con la giusta contestualizzazione.

Per quanto riguarda l'ultima domanda, per la strutturazione dei servizi, dal nostro punto di vista, basterebbe guardare gli esempi dei servizi, come citato più volte ieri, messi in atto oramai da tempo in Svizzera, in Portogallo e in alcuni Paesi del nord del nord Europa. Riguardo invece al contesto che ne criminalizza e ne penalizza il consumo, come è stato detto ieri, occorre una revisione della normativa che tenga in considerazione di quello che la riduzione del danno fa nei confronti dell'utenza.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

È possibile pensare a interventi di riduzione del danno *online*, visto il mercato sempre più diffuso delle sostanze in questo "ambiente"?

Dr. Stefano Bertoletti

La risposta è sicuramente affermativa. Operando in uno dei portali più numerosi rispetto alla consulenza online sulle droghe (sostanze.info), con 5 milioni di persone l'anno che lo frequentano, posso dire che vi è già un intenso scambio di informazioni fra i pari anche sulla composizione chimica delle sostanze. Esiste dunque una domanda su questo piano ma in Italia non esiste ancora una sperimentazione che cerca di collegare la modalità, per esempio, di drug checking con la consulenza online. Tuttavia, sul piano delle indicazioni di riduzione del danno c'è un lavoro cospicuo che viene fatto su diversi siti. Online è possibile fare interventi sui criptomercati e c'è un cospicuo lavoro di monitoraggio e di influenza su quello che viene venduto in questi contesti. Come sappiamo, i criptomercati sono una fetta importante della vendita di sostanze di nuova generazione ma anche di vecchia. L'esperienza spagnola fatta da Energy control, che ha praticamente allargato il suo lavoro di drug checking sui criptomercati, è molto interessante e sono stati pubblicati diversi articoli in cui si sono evidenziate le analisi fatte tramite l'intervento diretto negli shop dei criptomercati. È stato ottenuto anche un effetto secondario interessante che è quello di aver allarmato riguardo alla presenza di Fentanili nei campioni eroina venduti nel Darknet (pari a circa l'8%, nel 2017). Ciò ha fatto sì che alcuni venditori fossero influenzati da queste analisi e costretti a cambiare la loro politica di mercato perché i consumatori, dopo aver visto le analisi fatte e i risultati, si spostavano altrove. Si parla di un intervento che sta molto sulla linea di confine e non è certo tipico del drug checking avere a che fare direttamente con i venditori. Tuttavia, esso risulta rilevante perché mostra come sia possibile fare un lavoro di influenza su questi mercati così difficilmente controllabili, anche in termini repressivi. Questa è l'unica esperienza che conosco sul piano del drug checking mentre ci sono molti interventi sul piano più ampio della riduzione del danno, molti dei quali fatti sui social. L'ambito online, nelle sue varie forme, è sicuramente un ambito applicativo importante della riduzione del danno anche se poco conosciuto.

Quale è la distinzione tra consumo e dipendenza?

Nelle terapie sostitutive non dovrebbe essere considerata anche l'autodeterminazione del soggetto così come la sua personale valutazione sull'impatto di tali terapie sulla qualità della vita e sulla sua salute?

Potrebbe dare un approfondimento sulle modalità più efficaci rispetto alla RdD nelle situazioni di Doppia diagnosi ed aumentata fragilità psico-sociale e sanitaria?

Dr. Marco Riglietta

Considero le prime due domande come un blocco unico relativo alla grandissima difficoltà di ragionare in un 'ottica clinica presente nel nostro settore, come se si trattasse di un settore assolutamente diverso e particolare rispetto agli altri. Per fare una battuta, tra consumo e dipendenza c'è la stessa differenza che c'è tra un consumatore di nutella e un diabetico. Il consumatore è una persona che decide coscientemente di utilizzare qualcosa, in questo caso stiamo parlando di sostanze illegali, mentre chi ha un disturbo da uso di sostanze, chi ha una dipendenza è una persona che ha una patologia. Non approfondisco le determinanti di questa patologia ma una differenza abissale tra le due terminologie e dobbiamo imparare a considerare le

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

situazioni diverse per quello che sono.

Per quanto riguarda le terapie sostitutive (termine che non mi piace), per quanto riguarda le terapie agoniste con farmaci oppioidi devono essere considerate alla stessa stregua di altre terapie. Nella professionalità di un medico rientra il fatto che vengano fatte prescrizioni sulla base delle conoscenze che il medico ha rispetto a una patologia e alla sua terapia dopodiché bisogna considerare il paziente con le sue caratteristiche, con le paure della terapia piuttosto che con le sue conoscenze della terapia e le sue reazioni alla terapia farmacologica. Dunque, l'atto prescrittivo non è un fatto meramente burocratico o asettico e scientifico ma presuppone una relazione col paziente e una contrattazione: questo vale per il metadone come per gli antipertensivi che un cardiologo dà a un paziente e sappiamo benissimo quanta aderenza al paziente ci sia nelle terapie prescritte da un cardiologo o da un diabetologo. Quindi l'autodeterminazione del paziente la do per scontato: è una contrattazione nella relazione fra il medico e il paziente rispetto a una terapia. Sulla terapia sostitutiva il paziente può decidere che non vuole i dosaggi che, secondo il medico, sarebbero adeguati sulla base della conoscenza scientifica per una serie di eventi come gli effetti collaterali che un paziente tollera e un altro paziente non tollera o può volere dosaggi più bassi semplicemente perché vuole continuare a consumare eroina e ad avere gli effetti che li metadone ovviamente non dà. L'autodeterminazione dei pazienti esiste sempre e ed è una cosa di cui il medico deve tenere conto nell'atto prescrittivo e nella relazione col paziente.

Riguardo alle modalità più efficaci degli interventi di riduzione del danno nelle situazioni di doppia diagnosi (altro termine che non mi piace) e ad aumentata fragilità psico-sociale e sanitaria, se noi abbiamo in mente quali sono le azioni di riduzione del danno che sono state ampiamente discusse e presentate nella giornata di ieri, le condizioni di comorbidità con altre patologie psichiatriche o internistiche e l'aumento di fragilità psico-sociale non cambia rispetto alle misure di riduzione del danno perché: avremo a che fare con persone più fragili, più complesse e probabilmente più difficilmente agganciabili, ma le misure della riduzione del danno rimangono quelle che sono e vanno applicate anche in questi contesti. Nella parte introduttiva è stata presentata una riflessione molto interessante in cui qualcuno citava i determinanti sociali del consumo problematico di sostanze. Questo è un elemento che deve essere considerato in ogni misura e in ogni contesto, in un paziente che ha una comorbidità psichiatrica perché è un paziente che, molto probabilmente, anche se non sembra, avrà una situazione sociale più complessa e più compromessa ma le misure del danno non cambiano.

Potrebbe essere utile inserire tra i servizi della *consumption room* il *drug checking*?

Gli interventi di RdD vanno sviluppati anche per il consumo di psicofarmaci?

Dr. Pino Di Pino

Questa domanda mi permette di toccare due caratteristiche fondamentali della riduzione del danno. La prima, per rispondere alla prima parte della domanda, è che la riduzione del danno è flessibile. Quando noi proponiamo le stanze del consumo, abbiamo in mente il modello portoghese, piuttosto che quello spagnolo, piuttosto che quello svedese, che sono tre modelli diversi fra loro, ma sappiamo che sono diversi fra loro perché ogni modello di riduzione del danno considerando il setting, cioè l'ambiente quindi, il contesto sociale e culturale nel quale si inseriscono sia i modelli di consumo sia gli interventi, deve avere le proprie specificità. Quindi, quando noi diciamo di sperimentare le stanze del consumo diciamo di pensare a qual è il modello di

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

stanze del consumo che meglio si adatta alla scena italiana.

La scena aperta di Prato avrà delle caratteristiche molto diverse dalla scena aperta di Perugia. Quindi, le sperimentazioni e i servizi sono necessariamente adattabili al contesto. Sempre per rimanere nell'ambito delle stanze del consumo dobbiamo considerare che l'EMCDDA dice che la riduzione del danno è una serie di combined interventions cioè di interventi combinati fra loro; ciascuno alimenta l'efficacia dell'altro, quindi certamente non è da escludere il fatto che il drug checking possa stare nelle stanze del consumo come anche possa essere erogato in un altro posto.

Consideriamo che ci sono alcune esperienze italiane che per risolvere il problema di monitorare il mercato dell'eroina di fronte al picco delle overdosi degli ultimi due tre anni, picco tra l'altro molto ridotto rispetto ai picchi per esempio del duemila del territorio da cui vi parlo io, si sono inventate l'analisi dei filtri e della parafernalia perché c'è un problema di consegna dei campioni ai laboratori d'analisi. Quindi certamente il drug checking è un una prestazione, è un dispositivo da offrire anche ai consumatori di sostanze che non sono sostanze da più parti (?) da parte e ai consumatori iniettivi. Rispetto invece alla riduzione del danno per il consumo di psicofarmaci, nel triangolo di Zimberg, che orienta la lettura della riduzione del danno e degli stili e dei modelli di consumo, gli angoli sono tre: il setting che è fondamentale, il contesto culturale (come la condizione economica, lo stato psicofisico e lo stato di salute generale) e la sostanza. Questo modello qui può essere applicato come intervento a qualsiasi droga, dall'alcol al tabacco.

Ci sono modelli di trattamento del tabagismo che seguono, ad esempio, il modello della regolazione, come quando i consumatori si mettono nel portatabacco i filtri contati per darsi delle regole e contenere il consumo. Allo stesso modo, questo modello, cioè il modello della riduzione del danno, che come riferito ieri Susanna Ronconi, è considerabile un modello di riduzione del danno di terza generazione che lavora sulle competenze e le abilità autoregolative dei consumatori, è un modello certamente che applicabile anche a chi usa gli psicofarmaci. Dobbiamo pensare che la riduzione del danno è una strategia molto complessa che molto spesso in questo paese abbiamo confuso con il programma di scambio di Siringhe i quali, sono una delle azioni di riduzione del danno tanto più se, come dicevo ieri, valutiamo la riduzione del danno come uno sguardo d'insieme sul fenomeno dei consumi. Quindi, si possono certamente sviluppare interventi di riduzione del danno sul consumo degli psicofarmaci, come sul consumo di alcool, sempre orientati a favorire la regolazione e quindi a permettere al consumatore di massimizzare i benefici e la ricerca di piacere che è quello che orienta il consumo e i suoi scopi e obiettivi minimizzando rischi e danni.

Sarebbe immaginabile dal punto di vista strutturale che il naloxone fosse distribuito da tutti i Ser.D, presenti sul territorio nazionale?

Riguardo ai LEA: In alcune regioni è in corso il tentativo di rendere omogeneo l'erogazione dei servizi in un'ottica d'inclusività e nello spirito di erogare servizi sempre più centrati e individualizzati. Purtroppo alcune amministrazioni operano scelte non integrate non solo verso la RdD o RdL ma anche verso il sostegno e la gestione dei programmi riabilitativi e di reinserimento di pazienti in trattamento. Come possiamo contribuire affinché queste "distanze" si accorcino?

Dr.ssa Mariasole Galassi (Dr. Pietro Canuzzi)

La domanda è piuttosto interessante. Cercherò di rispondere leggendo per comodità in quanto, la risposta è

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

stata redatta insieme al Dottor Canuzzi. Il piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga 2017-2020 indicava la necessità di promuovere e ampliare i programmi finalizzati alla disponibilità del naloxone. Specificamente, considerava l'opportunità di prevenire più efficacemente la mortalità legata alle overdose da oppiacei fornendo ad operatori non professionisti, opportunamente formati, la possibilità di riporre alla somministrazione di dosaggi farmaceutici autorizzati di medicinali contenenti naloxone in mancanza di personale medico; indicava inoltre l'opportunità di formazione sul naloxone per non professionisti quale prerequisito indispensabile per la realizzazione di programmi sicuri per il consumo a domicilio. Il naloxone è un antagonista competitivo degli oppioidi in grado di invertire rapidamente la depressione respiratoria indotta dalle eroina e da altri oppioidi, come ad esempio i derivati del fentanyl, oggi considerati come le nuove sostanze psicoattive più pericolose e letali. Il naloxone compete per lo spazio sui recettori oppioidi μ_2 rimuovendo temporaneamente gli oppioidi dai recettori e impedendo agli oppioidi stessi di riattaccarsi ai recettori. Il naloxone è utilizzato in tutto il mondo nell'emergenze mediche per invertire la depressione respiratoria causata da un'overdose da oppiacei. In Italia, è l'unico farmaco per via sistemica in fiale che può essere dispensato dalle farmacie insieme alla soluzione fisiologica senza prescrizione medica. Per le sue caratteristiche di specificità d'azione, il naloxone fiale è classificato tra i farmaci senza obbligo di prescrizione e può quindi essere dispensato senza che sia necessaria la presentazione di ricetta medica. Il take home naloxone ovvero, la distribuzione del naloxone ai consumatori alle loro reti amicali e parentali, sono programmi attivi dal 1991, sono presenti sul territorio italiano a macchia di leopardo e sono gestiti quasi esclusivamente dalle unità mobili in un'ottica di riduzione del danno. La disponibilità di una nuova formulazione di naloxone, la intra nasale, grazie alla sua più facile somministrazione rappresenta un'opportunità che altresì offre una nuova soluzione per la prevenzione e la gestione delle overdosi. L'obiettivo primario è quello di creare un network tra gli attori coinvolti nel meccanismo di prevenzione e gestione delle overdosi consolidando il ruolo di chi è già attivamente coinvolto nel processo e coinvolgendo nuove figure e modalità d'azione. Quindi, la distribuzione da parte dei Ser.D ai consumatori e alle loro reti amicali e parentali è auspicabile anche al fine di gettare le basi per creare nel nostro paese una rete nazionale di distribuzione di questo medicinale salvavita. Tale auspicabile rete, una volta progettata, deve essere sicuramente discussa e condivisa nelle sedi istituzionali preposte ovvero, la conferenza unificata.

Sarebbe utile pensare a delle campagne di prevenzione rispetto all'HIV e all'HCV organizzando attraverso le unità mobili –unità di strada- presenti nel territorio nelle zone più a rischio, più sensibili, delle giornate specifiche con test, distribuzione di materiale, *counseling*?

La riduzione del danno, che viene definita dall'EMCDDA come strategia in grado di raggiungere le c.d. *hard to reach populations*, non potrebbe essere una strategia di aggancio ai servizi anche per lo screening di HIV, HCV e altre malattie/infezioni?

Dr. Massimo Oldrini

Piuttosto che parlare di campagne che sono legate alle sensibilità e anche alla disponibilità di risorse economiche delle amministrazioni regionali e degli amministratori dei territori, penso che avrebbe più senso pensare proprio a come integrare nelle attività di riduzione del danno, svolte dalle unità mobili azioni specifiche, non solo il testing, ma anche azioni di informazione e formazione in quanto, come diceva pocanzi il Dott. Di Pino, la riduzione del danno consiste in un insieme di strategie.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Spesso, si pensa solo allo scambio di siringhe, ma anche le attività di testing, le attività di trasferimento di competenze e di saperi sono elementi importanti in questo contesto. Per fare questo, è necessario però un cambio di prospettiva; quindi, nei servizi e tra gli operatori che lavorano anche sulle unità di strada devono essere acquisite competenze ulteriori, devono sentirsi soprattutto autorizzati a trattare temi, per esempio, che hanno anche a che fare col sesso.

Io per molto tempo ho lavorato in unità mobili e spesso mi venivano riferite frasi come <ma come operatore io non me la sento di entrare nello specifico della sessualità di un consumatore>. Penso che questo sia un errore enorme.

Anche le questioni sessuali hanno un impatto. Per cui, per rispondere alla prima domanda, penso che possano essere create delle giornate, giornate che esistono già come l'European Testing Week, o le giornate sull'HIV e sull'epatite C che possono essere occasioni di lancio di campagne. Molto spesso, queste campagne sono sponsorizzate dalle aziende farmaceutiche quando invece, penso che ci vorrebbe un impegno costante e non legato a un giorno dell'anno. Rispetto alla seconda domanda, certamente questa strategia può essere utile all'insieme dei servizi delle persone che usano droghe in generale e non solo per condurre operazioni di screening. Dal nostro punto di vista, sarebbe fondamentale che, per esempio, l'azione di testing su HIV e HCV e anche altre infezioni, divenisse uno degli standard, degli hot points che vengono ricompresi per le valutazioni dei servizi dei Ser.D per esempio, e venissero inserite negli obiettivi aziendali delle ASL in quanto, ad oggi, non è così.

E penso che lo stesso debba valere per i servizi privati. Ad esempio, io sono a conoscenza delle prestazioni di uno SMI in Lombardia. Nello specifico, una persona ha a disposizione un tot. di euro l'anno per tutte le prestazioni che comprendono, ad esempio, il test dell'HIV.

Tuttavia, la persona in questione magari non vi fa mai riferimento in quanto, non c'è capienza economica per sostenere anche i colloqui e le relative relazioni associate al servizio. Reputo che tutto ciò debba essere completamente scardinato; gli obiettivi di testing devono essere inseriti sia nei processi di valutazione che di remunerazione. In Italia, ci sono esempi di esperienze di successo come Villa Marini ad esempio.

Quest'ultima, da tempo offre testing grazie all'aiuto di aziende. Inoltre, è possibile addirittura condurre campagne di microeliminazione dell'epatite C attraverso un'unità di strada; la persona fa il test rapido per l'HCV, risulta positiva viene immediatamente inviata a fare il test di conferma ematica (perché ci sono protocolli con centri clinici) e immediatamente viene avviato il trattamento con DAA.

Quindi, esistono esperienze di successo e di grande valore nel nostro paese, anche riconosciute dalle agenzie internazionali.

A questo proposito, in questo momento, l'EMCDDA proprio sta chiedendo anche ai governi che tutte le attività di testing fatte dalla società civile rientrino in sistemi di reporting e di data reporting europei in quanto questa, può essere considerata una strategia utile e fondamentale che può essere agita anche dalle unità mobili e da tutti i servizi di riduzione del danno.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Come fare in modo che l'impianto normativo e la struttura tradizionalmente rigida e immutabile dei servizi e delle politiche, dopo dieci anni di immobilismo si renda flessibile, dinamica e capace di andare alla stessa velocità dei cambiamenti rilevati dal sistema di servizi di RdD abituati invece ad una maggiore flessibilità e creatività?

Dr. Daniele Ferrocino

I tempi della politica, delle istituzioni e degli operatori sono abbastanza divergenti tuttavia, bisogna tener conto che anche le modalità e le tipologie di provvedimenti da prendere necessitano di tempi diversi. Potrebbe essere un bel problema se i decisori politici nazionali ogni settimana cambiassero i Lea o le normative di riferimento in quanto, si creerebbe una grande confusione all'interno del sistema.

Viceversa è normale che un operatore modifichi addirittura di giorno in giorno il proprio programma di lavoro o che l'unità di strada faccia la programmazione settimana per settimana, o mese per mese, dei luoghi, degli spazi e delle occasioni in cui muoversi. Sarebbe altrettanto problematico se queste decisioni venissero prese a distanza di anni da quando si devono realizzare.

È dunque chiaro che i diversi attori del sistema devono giocare forza operare secondo tempistiche diverse.

La politica e le istituzioni a livello nazionale devono fare delle leggi, devono emanare i Lea, devono fare dei piani nazionali, ma con un orizzonte temporale di tipo strutturale che va visto ed impostato in prospettive pluriennali. Anche le istituzioni di livello regionale, dovendo declinare a livello territoriale le indicazioni nazionali, operano in orizzonti temporali di medio periodo: con piani pluriennali e aggiustamenti e revisioni a cadenza periodica. I dipartimenti per le dipendenze, dovendo fare una programmazione a livello territoriale più di dettaglio, operano con piani la cui tempistica si articola sui mesi e non più sugli anni. Poi i singoli servizi, i singoli operatori, agiscono secondo tempistiche di brevissimo periodo, dell'ordine delle settimane con aggiustamenti giornalieri.

Di conseguenza, non mi preoccupa più di tanto il fatto che i tempi siano diversificati. I veri problemi nascono quando manca un flusso costante, coerente e stabile di comunicazioni fra tutti i livelli. Ciò succede di solito quando uno di questi livelli non fa adeguatamente la sua parte e, per esempio, non ascolta gli altri attori di livello superiore o di livello inferiore. Allora le problematiche di interazione e di interconnessione fra tutti gli attori coinvolti diventano insostenibili.

Concludendo, il problema non sono i tempi bensì, il collegamento tra i diversi attori e le diverse istituzioni. Per questo è essenziale pensare il tutto come un sistema che abbia come obiettivo fondamentale di garantire che questi collegamenti siano costanti, coerenti e congrui.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Riguardo ai LEA: In alcune regioni è in corso il tentativo di rendere omogeneo l'erogazione dei servizi in un'ottica di inclusività e nello spirito di erogare servizi sempre più centrati e individualizzati. Purtroppo alcune Amministrazioni operano scelte non integrate non solo verso la RRD o RDL ma anche verso il sostegno e la gestione dei programmi riabilitativi e di reinserimento di pazienti in trattamento. Come possiamo contribuire affinché queste "distanze" si accorcino?

Che spazio avrebbe la RdD-LdR se passasse l'idea che i Ser.D sono da incorporare all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale? Considerando la trasmissione dell'HIV per via prevalentemente sessuale, non sembra - ad oggi - che vengano svolti tanti test sull'HIV all'interno dei CSM. Oggi si è fatto continuo riferimento alla salute pubblica. Quanto quest'ottica (e quest'etica) è conciliabile con l'organizzazione (e la cultura) dell'attuale Salute Mentale che è, di fatto, un servizio che agisce sulla patologia psichiatrica?

È pensabile che i Ser.D, possano attivare, nel loro interfacciarsi quotidiano con i consumatori, interventi di *drug checking*?

Dr. Marco Riglietta

Vorrei iniziare rispondendo all'ultima domanda, riallacciandomi al precedente mio intervento. Dal mio punto di vista, gli interventi di riduzione del danno sono appannaggio e devono essere un atto di tutto il sistema delle dipendenze, ovviamente legato ai contesti in cui le singole strutture o i singoli presidi operano, e rispetto ai consumatori che intercettano. Quindi, è pensabile che i Ser.D facciano un intervento di drug checking intercettando una popolazione quanto mai variegata di consumatori.

La seconda domanda riguarda il livello organizzativo. Risponderò a questa parlando dei Dipartimenti di Salute Mentale, in quanto la mia esperienza riguarda proprio un Dipartimento delle Dipendenze che transita in un Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze. Rispetto a questo, ci sono sia aspetti negativi che aspetti positivi, ma non è questo il piano su cui devo rispondere a questa domanda. Credo che la tanto vituperata Legge 309/90, che per molti aspetti deve essere riformata, contenga alcuni aspetti, che riguardano le indicazioni rispetto ai Servizi per le Dipendenze e alle attività dei servizi per le dipendenze, abbastanza cruciali che non cambiano se l'attività si svolge all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale. Cito due elementi, come lo screening delle psicopatologie e delle malattie infettive. Quindi, all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale delle Dipendenze ovviamente occorre che siano soprattutto i Servizi per le Dipendenze consapevoli delle attività che devono fare, tra le quali ci sono tutte le azioni di riduzione del danno. Sulla base di questo, all'interno di Dipartimento di Salute Mentale ci può stare ed è un percorso da fare, una contaminazione al contrario, perché la salute mentale non è solo patologia psichiatrica quindi, quando parliamo di salute mentale parliamo di un ambito abbastanza ampio in cui devono entrare anche interventi, per esempio, di prevenzione. Da questo punto di vista, non trovo dei grossi rischi, a meno che il rischio non dipenda più dall'atteggiamento dei Servizi per le Dipendenze all'interno Dipartimento di Salute Mentale e forse ad una perdita di consapevolezza dell'intervento di salute pubblica che è poi l'ottica nella quale son stati creati i Servizi per le Dipendenze.

Riguardo i LEA, reputo che le distanze si accorcino là dove sono stati mantenuti i Dipartimenti delle Dipendenze. Parlo però dei Dipartimenti delle Dipendenze come erano all'inizio, e come rimangono ancora in alcune Regioni, ovvero dei Dipartimenti in cui tutti gli attori delle dipendenze interagiscono nella creazione di un percorso condiviso e congiunto: quindi, Dipartimenti in cui ci sono i servizi pubblici e privati, il privato sociale, e le strutture di prossimità. Un Dipartimento di questo genere, è un Dipartimento che ha anche aiutato a costruire un sistema complesso. Contrariamente, si incorre nel rischio, evidente in altre Regioni, di una frammentazione continua e costante, a causa della quale la prevenzione, gli interventi di riduzione del danno, i servizi di cura, ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali vanno in direzioni diverse.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Sarebbe importante avere un numero maggiore di postazioni che erogano *drug checking*?

Quali dati abbiamo riguardo all'uso controllato e all'autoregolazione?

Dr. Stefano Bertoletti

Rispetto alla prima domanda: è necessario pensare a un sistema di implementazione del drug checking che preveda la possibilità di utilizzare tipi diversi di strumenti tecnici e di dispositivi di intervento. Le unità mobili di sicuro sono un ambito molto importante per tutto il mondo dei party setting, ma anche per gli interventi di strada e nei contesti di consumo nelle città e le scene di consumo all'aria aperta. Però, credo anche che sia abbastanza importante pensare a costruire dei punti fissi in cui sia possibile per i consumatori poter fare analisi durante momenti più inseriti nella vita quotidiana e quindi, poter raggiungere il maggior numero di persone e dare una spinta e una modalità continuativa a questo tipo di intervento durante l'arco temporale della settimana, e al di là di contesti particolari. Quindi, reputo assolutamente importante avere un maggior numero di postazioni, di differenziarle per tipologia e costruire un sistema che riesca a raggiungere questo obiettivo. Credo che questa sia una priorità.

Rispetto invece all'autoregolazione, si tratta di un filone di ricerca che è nato, di fatto, negli anni settanta con la ricerca condotta da Norman Zinberg sui militari americani che tornavano dal Vietnam. Oltre a questo esempio, ci sono anche altre ricerche condotte alla fine degli anni '90 che hanno coinvolto autori come Decorte o Slock e lavori promossi dal Forum Droghe con Grazia Zuffa e Susanna Ronconi nel contesto italiano. Rispetto a questi ultimi, sono stati creati due volumi, uno riferito ad una ricerca svolta sulla cocaina e l'altro, che più in generale, riporta varie ricerche sull'autoregolazione. Reputo questo un filone importante perché di fatto mette in luce il fatto che l'itinerario prevalente dei consumatori non è quello dell'escalation, ma prevale invece un'oscillazione tra momenti di picco e di perdita di controllo e momenti di ripresa di controllo, e questo ovviamente comporta una serie di ricadute. Le ricadute in questione riguardano il sistema di servizi, la modulazione del contatto e dell'avvicinamento, ma anche la cura, in un modo più dinamico, flessibile, circolare e quindi anche più efficace e più attinente alla biografia di queste persone che sono la maggioranza. La criticità di questo ambito di ricerca sta nel fatto che è sicuramente poco finanziato, poco incluso nei filoni di finanziamento prevalenti sulla ricerca.

Credo che questa sia una criticità da sollevare e sottolineare e auspico che su questo vi possano essere maggiori incrementi negli anni futuri perché credo che sia un filone molto importante per tutto quello di cui stiamo discutendo in questi giorni e in generale rispetto a come la riduzione del danno può entrare davvero in una terza fase della sua storia e avvicinarsi e integrarsi con i percorsi di cura.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Quali le evidenze scientifiche che dimostrano che il *drug checking* non incentiva il consumo?

Quali le linee guida europee in tema di servizi di *drug checking*?

Come garantire dal punto di vista giuridico, penale, gli operatori che mettono in atto interventi di *drug checking*?

Sarebbe utile elaborare una cornice giuridica e normativa aggiornata, e precisa, per gli interventi di *drug checking*?

Dr. Lorenzo Camoletto

Ad oggi, esistono evidenze scientifiche che dimostrano come il drug checking non incentivi il consumo. A questo proposito, cito e rimando ai lavori di Fiona Measham, piuttosto che a quello che è uscito dalla rete già citata precedentemente. Sono due gli aspetti significativi su cui possiamo concentrarci che ci dicono quanto l'impatto del drug checking sia assolutamente al contrario di quanto si possa immaginare rispetto all'incentivo del consumo.

Uno che è stato confermato anche nell'esperienza italiana, ma che è consolidato nell'esperienza europea da molto tempo, è quello relativo alle persone che, accedendo al drug checking, hanno poi un referto difforme da quello che loro si aspettavano. E in questo caso abbiamo da metà, ma più di metà, delle persone che decidono e affermano di non voler più utilizzare questa sostanza.

Inoltre, abbiamo a disposizione un dato un po' più piccolo, ma altrettanto significativo, di persone che pur avendo il referto congruente rispetto a quello che loro si aspettavano, ma avendo poi avuto la possibilità del counseling rispetto ai rischi, decidono comunque di non consumare. Quindi, credo che queste siano le evidenze più forti. Detto questo, aggiungerei anche poi una tautologia; noi abbiamo la possibilità di lanciare diverse allerte di segnalare diverse sostanze, quattro sostanze no tre, quattro sostanze nuove anche soltanto in Italia con i limiti che ci sono adesso nell'applicazione del drug checking.

Di fatto, una situazione di questo tipo mette in condizione tutti i consumatori di essere allarmati su un prodotto che non conoscevano, che è arrivato lì sul mercato così e quindi di stare molto più attenti rispetto al consumo. Questo per quanto riguarda il primo il primo quesito, devo dire semplicemente rispetto anche alle cose che sono state dette prima, che si sta sviluppando con la parte tecnologica anche la possibilità di avere delle risposte anche quantitative o semi-quantitative anche nell'ambito delle sostanze più tradizionali e quindi questo, aumenterà sicuramente la moratoria o l'automoratoria rispetto all'uso quindi, esattamente il contrario.

Dal punto di vista delle linee europee in termini di servizi di drug checking, ci sono delle linee guida sempre pubblicate dalla rete Tedi nel 2011, ci sono anche altri documenti, ma soprattutto stanno per uscire quelle aggiornate chela rete TEDI in contatto con l'EMCDDA ha sviluppato e credo sia questione di giorni perché vengano pubblicate.

Rispetto alla terza domanda, per molto tempo, quando ancora il drug checking veniva chiamato pill testing questo è stato anche un elemento di autocensura per alcuni operatori anche del settore. In realtà, per come abbiamo visto e forse anche grazie alla tecnologia, sebbene sarebbe necessario e utile lo sviluppo di una normativa ad hoc come in altri Paesi è stato fatto in realtà, il tipo di rapporto che c'è fra l'operatore e la persona che porta la sostanza ad analizzare per quantità minima di sostanza, per tecnologie che ci permettono non soltanto di non entrare in possesso, ma nemmeno di restituire in quanto la tecnologia RAM di cui abbiam parlato prima per esempio, ma non è l'unica, è una tecnologia non distruttiva che agisce sulla

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

bustina che contiene la sostanza, senza che la sostanza entri in possesso dell'operatore o che in qualche modo l'operatore configuri una sorta di cessione gratuita nel restituirlo.

Per cui, sostanzialmente, per quanto riguarda le analisi che abbiamo anche chiesto di fare da alcuni giuristi, direi che l'operatore del drug checking è già pienamente garantito dal punto di vista giuridico e penale. Sarebbe assolutamente utile elaborare una cornice per togliere qualunque tipo di dubbio e insomma dare una configurazione più definitiva però, la metterei come una condizione auspicabile ma non strettamente necessaria rispetto ai limiti che attualmente il quadro civile, penale, eccetera propone per quanto riguarda l'implementazione del drug checking.

Aggiungo che la regione Piemonte che ha recepito sostanzialmente la riduzione del danno nei LEA, ha scritto nella sua normativa regionale anche il drug checking quindi insomma per certi versi, metto lì come una provocazione, sarebbe quasi più sarebbe quasi più rischioso dal punto di vista giuridico non implementarlo che non che non farlo perché non si risponderebbe ad un diritto che dovrebbe essere garantito alle persone.

Ci sono linee guida europee rispetto all'erogazione del *counselling* nella riduzione del danno/limitazione dei rischi?

Come può l'EMCDDA rendersi utile a sostenere e diffondere le attività implementate in Italia?

Dr.ssa Laura Amato

Rispetto alla prima domanda, non sono a conoscenza di linee guida europee; sono sicuramente presenti una serie di studi pubblicati circa l'erogazione del counselling negli interventi di riduzione del danno.

Per quanto riguarda la seconda domanda, credo che una collaborazione stretta con l'EMCDDA sarebbe molto utile e di grande aiuto su più livelli per tutti coloro che si occupano di riduzione del danno nel nostro paese. Per cui, dal mio punto di vista, una prima proposta che si può fare è quella di poter valutare, insieme ai colleghi dell'EMCDDA, la possibilità di una traduzione in italiano del Best Practice Portal il quale, comprende una serie di sintesi aggiornate su quelle che sono gli interventi più efficaci e utili anche relativamente alla riduzione del danno e non soltanto a questa.

Penso che sarebbe molto utile avere una condivisione in italiano del Best Practice Portal nella sua interezza, in quanto credo che possa dare una serie di informazioni utili a chi si occupa di dipendenze patologiche nel nostro paese e che magari può avere un po' più di problemi a confrontarsi con una lingua diversa dall'italiano. Inoltre, penso che una collaborazione con l'EMCDDA sarebbe molto utile al fine di fare una sintesi di quelle che sono le esperienze europee nei riguardi degli interventi di riduzione del danno nella loro completezza comprese le stanze dove poter assumere droga in maniera più sicura e rispetto al problema relativo agli interventi di riduzione del danno sui minori.

Sulla base di questo, il mio invito si estende sia al possibile intervento di un esperto dell'EMCDDA alla conferenza che si terrà a Genova, sia a stabilire una rete di contatti più stretta al fine di poter lavorare e sviluppare insieme delle politiche relative al trattamento delle persone inteso nella sua complessità, dalla prevenzione fino alla riduzione del danno delle persone che assumono sostanza. Personalmente, come tanti colleghi qui presenti che hanno collaborato con l'EMCDDA in questi anni, mi rendo disponibile a questo tipo di interazione e sottolineo l'invito alla traduzione in italiano del Best Practice Portal.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Quali evidenze esistono in tema di monitoraggio di NPS e sostanze pericolose

I laboratori hanno criticità nel reperimento degli standard per le NPS. Si può fare qualcosa per questa criticità?

Sarebbe utile facilitare l'accesso e la condivisione di dati tra i laboratori per i servizi di RdD per il monitoraggio delle sostanze in uso nei luoghi del divertimento e di consumo?

Dr.ssa Roberta Pacifici

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mette a disposizione gli standard delle nuove sostanze psicoattive a tutti i laboratori di farmaco-tossicologia clinica presenti sul territorio italiano e che partecipano al sistema nazionale di allerta; ossia a tutti quei laboratori, pubblici o privati accreditati, che partecipano alla rete.

Oltre agli standard, l'ISS mette anche a disposizione le metodologie analitiche utili alla determinazione di queste sostanze e fornisce la possibilità di aderire ad un programma di validazione esterna di qualità inviando dei campioni di sostanze psicoattive incognite che servono per monitorare e testare le performance dei laboratori.

Personalmente, ritengo importantissimo creare, supportare e ampliare la rete di questi laboratori pertanto, l'ISS invita ad iscriversi al sistema nazionale di allerta precoce per entrare a far parte del circuito dei laboratori che, anche con il nostro aiuto e la nostra assistenza, sono in grado di analizzare queste sostanze.

È evidente che, maggiore è la rete, maggiori sono i laboratori, e quindi la capacità di analizzare e di identificare, maggiore sarà anche la capacità di aiuto e di contrasto degli effetti avversi associati al consumo di queste sostanze.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

6.5.3 Riflessioni e proposte dal pubblico

Rispetto alla mappatura e alla ricostruzione del fenomeno dell'overdose con esito fausto o infausto: i progetti esistenti sui territori presentano difficoltà nella ricostruzione e nell'inquadramento di questo fenomeno (il tema del *drug checking* è cruciale).

Si è parlato poco di determinanti sociali come causa del mantenimento di un consumo poco consapevole e/o del peggioramento delle condizioni di salute del consumatore, e dell'importanza strategica, nei servizi di *outreach* di interventi come il sostegno psicologico, *empowerment*, consulenze atte alla risoluzione di problematiche relative alla condizione abitativa, lavorativa e di accesso alla esigibilità di diritti civili; aspetti in molti casi, nella mia esperienza, ben più gravosi per la salute dei beneficiari rispetto al consumo in sé.

C'è bisogno di collaborazione tra servizi di Riduzione del Danno e Forze dell'Ordine. Bisogna riprendere a fare formazione comune. Perché non dotare gli agenti delle volanti del naloxone?

Assicurare la disponibilità di materiale sterile per i servizi che lo forniscono: es. la recente crisi a livello nazionale di irreperibilità di siringhe da 1ML.

Proposta di legge del Buon Samaritano - Soccorrere una persona in overdose deve essere più facile: ci sono circostanze nelle quali una persona che chiama i soccorsi può incorrere a indagini da parte dell'Autorità Giudiziaria. Per esempio chi assiste a un'overdose e chiama i soccorsi spesso si trova a spiegare alle autorità perché stava con la vittima, dove e come si è procurata la sostanza e chi l'ha ceduta. Chiedo che quando vengono allertati prontamente i servizi di emergenza, le vittime di un'overdose da droghe o farmaci, ed i presenti che hanno chiamato i soccorsi e sono rimasti sul posto, non possano essere oggetto di indagine. Questa proposta di legge è conosciuta come "Legge del Buon Samaritano".

Per poter dare continuità ed efficacia agli interventi di riduzione del danno diventa necessario trasformarli da progetti temporanei a servizi stabili come previsto dai LEA

Rispetto al tema specifico degli strumenti di RdD (ad es. distribuzione di crack pipe o di filtri a carbone attivo): per consolidare le azioni urge un confronto per aggiornare gli strumenti, ad oggi, a parte la fornitura di siringhe e aghi monouso solo di alcune pezzature e preservativi da parte dei Ser.D, la fornitura di strumenti aggiornati ai bisogni dell'utenza sono a carico dei progetti (generalmente privato sociale) che si confrontano direttamente con i consumatori.

Occorrerebbe una depenalizzazione perché i consumatori siano incoraggiati ad usare i servizi di *drug checking*? (se portare con sé una sostanza è un reato, il consumatore si deve prendersi il rischio di portarla con sé).

Sarebbe interessante poter approfondire che tipo di accordi/reti istituzionali siano stati attivati nei Paesi europei per rendere possibile il *drug checking* dove sia ormai integrato nelle pratiche di RdD. Per implementarlo anche in Italia, sarebbe utile avere un'idea dei processi istituzionali che sono già stati efficaci in altri Paesi, tenendo conto ovviamente delle specifiche differenze legislative e di contesto politico-sociale.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Relazione Tecnica del Coordinatore

a cura di Laura Amato

Esperti partecipanti:

Roberto Berselli, Stefano Bertoletti, Sergio Bovi, Lorenzo Camoletto, Pietro Canuzzi, Corrado Celata, Claudio Cippitelli, Ernesto De Bernardis, Giuseppe Di Pino, Daniele Ferrocino, Mariasole Galassi, Alessio Guidotti, Peter Koler, Gaetano Manna, Roberta Pacifici, Marco Riglietta, Massimo Oldrini



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

7.1 Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Premessa

Il presente documento rappresenta una sintesi delle posizioni emerse durante il lavoro del tavolo, con enfasi sulle possibili soluzioni proposte piuttosto che sulle criticità emerse.

Quando si parla di riduzione del danno (RdD) ci si riferisce a politiche e programmi che mirano a ridurre i danni associati all'uso di droghe. Ciò che caratterizza tali programmi è il focus sulla prevenzione dei danni causati dall'uso di droga piuttosto che sulla prevenzione del consumo di droga in sé, perché nasce dal concetto pragmatico che non tutti i consumatori di droga (PUD) vogliono smettere di usare sostanze, almeno in certi momenti della loro vita. L'obiettivo principale della maggior parte degli approcci di RdD è quello di entrare in contatto con i consumatori nei loro ambienti naturali, senza ignorare o condannare i loro comportamenti a rischio, ma piuttosto lavorare con l'individuo o con il gruppo per minimizzare gli effetti dannosi di quel dato comportamento, valorizzando le competenze delle PUD.

Il principale stimolo allo sviluppo di politiche e programmi di riduzione del danno è dovuto al ruolo che l'uso di droghe per via iniettiva e la condivisione di aghi e siringhe hanno avuto nella diffusione dell'epidemia da HIV negli anni '80 e '90. Da allora, la RdD si configura come parte integrante della risposta politica al consumo di droghe in Europa, inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri. Con il modificarsi negli anni dei modelli di consumo, gli interventi di RdD, pur mantenendo l'approccio iniziale, si sono adattati a tali mutamenti.

Nella Strategia Europea sulle droghe (2021-2025), che gli Stati membri sono chiamati ad attuare, viene riaffermato che uno dei cinque obiettivi chiave è la riduzione misurabile di danni e rischi sociali e sanitari droga correlati. Come conseguenza, nella maggior parte degli stati membri sono ormai routinari programmi di scambio siringhe (NSP), in associazione o meno con programmi di trattamento con terapie agoniste (OAT) (Wiessing 2017) che hanno contribuito in modo determinante alla riduzione delle infezioni virali (HIV, HCV) e batteriche (TB), overdose, ma soprattutto della mortalità tra le PUD.

In Italia, le linee guida europee, per prime le raccomandazioni EMCDDA a mettere a sistema la riduzione del danno, sono disattese a livello nazionale e locale. Nonostante l'avvenuto inserimento dei servizi di RdD nell'aggiornamento dei LEA (DPCM febbraio 2016; GU 65 del 18/3/17: Capo IV- ART. 28 comma k e il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017) al momento solo il Piemonte ha ottemperato introducendola nella propria normativa (D.G.R. 12 aprile 2019, N.42 - 8767) e 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 che lo fanno in modo intermittente e infine altre che non attuano alcun intervento. Tra le tante attività realizzate destano un certo interesse alcuni provvedimenti (ad esempio Piemonte e Lazio) dove vengono descritti e formalizzati gli standard organizzativi e strutturali di diversi interventi di RdD e LdR, come ad esempio gli obiettivi/finalità degli interventi, i destinatari, le modalità di accesso, prestazioni, orari di apertura, tipologia di prestazioni, composizione equipe, presenza operatori, ecc.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Sintesi della discussione

La quantità e la qualità degli interventi di RdD sono molto eterogenei nei vari territori, anche perché vi è una mancanza di linee guida nazionali sugli interventi di tutela della salute delle PUD. Vi è un'assenza di finanziamenti stabili per le attività specifiche per esse sono troppo spesso ridotte a progetti annuali o biennali. Questo porta ad una poca omogeneità e co-programmazione tra servizi pubblici e del terzo settore, tra le regioni e gli enti locali. Le attività di RdD andrebbero viste anche come un approccio che, nel rispetto delle libertà individuali, sia comunque caratterizzato da una forte tensione al recupero, infatti il tipo di aggancio non sempre porta l'utenza a intraprendere percorsi riabilitativi anche perché manca un effettivo e reale coinvolgimento dei PUD che andrebbero coinvolti nella definizione dei programmi così come richiesto dall'art.4 della Dichiarazione OMS di Alma Ata del 1978. Si è fatta notare la poca attenzione ai risultati dei servizi più innovativi e anticonvenzionali e poca partecipazione alle reti europee ed internazionali relative alla RdD riconosciute come interlocutori dall'EMCDDA.

Possibili soluzioni emerse

Traduzione in italiano e divulgazione delle *best practice portal* sviluppato dall'EMCDDA al fine di un maggior raccordo fra il sistema nazionale di RdD e quello europeo che porti alla definizione di un piano nazionale che recepisca le raccomandazioni UE e di una consulta che ne valuti applicazione ed impatto.

Necessità di linee guida nazionali alla cui produzione collaborino tutti i soggetti interessati comprese ovviamente le PUD. Promuovere e sostenere la realizzazione di occasioni formative e di aggiornamento per la conoscenza e lo scambio di esperienze (e dei relativi fondamenti teorico-metodologici) anche per aumentare la consapevolezza che gli interventi di RdD devono essere flessibili per adattarsi a nuovi modelli di consumo ed a nuovi contesti. Un atto della Conferenza Stato Regioni si rende necessario ad assicurare che tutte le Regioni recepiscono la normativa in materia di RdD come LEA. Nella progettazione e messa in atto degli interventi c'è bisogno di un maggior coinvolgimento dell'utenza coinvolta negli interventi stessi. Si auspica una maggiore integrazione del lavoro di strada con quello dei servizi di cura e si auspica, l'introduzione, oltre agli standard nazionali di funzionamento e di qualità di sistemi di valutazione degli esiti.

Sarebbe estremamente importante al fine di tutelare la salute dei PUD incrementare le attività di *testing*, così come raccomandato anche da ECDC, EMCDDA e UNAIDS, possibilmente estendendo l'offerta di test HIV, HCV e IST anche al di fuori del contesto sanitario, ad esempio su unità mobili, così come sperimentato con buoni risultati anche in Italia in un progetto coordinato dallo Spallanzani. Inoltre dovrebbe essere garantita alla popolazione a rischio per patologia/condizione l'offerta di vaccinazioni specifiche.

Per quanto attiene al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) si auspica un maggior coinvolgimento degli operatori attivi sui territori per migliorare la capacità di intercettazione delle nuove sostanze psicoattive (NPS) e favorire la diffusione massima delle allerte. Si auspica la creazione e divulgazione di uno o più siti/app - a cura delle Autorità sanitarie e/o Società scientifiche e/o Associazioni - sul modello olandese (<https://www.drugsredalert.nl/>). Sarebbe utile il finanziamento e l'implementazione di programmi di analisi delle sostanze simile a quanto avviene in Olanda con il sistema DIMS (<https://www.trimbos.nl/docs/cd3e9e11-9555-4f8c-b851-1806dfb47fd7.pdf>) da attuarsi con strumenti idonei da parte dei servizi pubblici e del terzo settore in collaborazione con i PUD e le loro organizzazioni e la diffusione massima degli allerta su tutte le piattaforme adeguate. Sarebbe anche utile il finanziamento e l'implementazione di programmi volti a migliorare le capacità analitiche dei laboratori dei servizi pubblici e del terzo settore per il riconoscimento delle NPS.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

In tema di SNAP è stato presentato il modello di *drug checking* attualmente implementato in Regione Piemonte e da quest'ultima inserito nella normativa regionale, che dettaglia le prestazioni da considerarsi RdD, recependo le indicazioni del legislatore nazionale in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il *drug checking* è uno strumento implementato sul territorio nazionale e europeo da alcuni decenni (rete TEDI Network che condivide i dati con l'EMCDDA) per cui esistono numerose prove di efficacia, sia a livello internazionale che nazionale. Dati del Progetto Neuttravel dimostrano che la metà delle persone che ricevono un referto diverso dall'atteso, decide di non consumare la sostanza. Nel quadro normativo attuale è possibile l'implementazione del servizio di *drug checking* ma bisognerebbe costruire un apparato legislativo che consenta agli operatori di lavorare in sicurezza con l'istituzione di protocolli che consentano una raccolta, conservazione e invio sicuro di campioni di sostanze illegali ai laboratori di tossicologia forense, senza dover infrangere il segreto professionale comunicando i dati delle persone. Sarebbe inoltre opportuna una azione di ricerca delle possibili fonti di finanziamento per aggiungere tali analisi alla routine dei laboratori forensi.

Rispetto all'adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia a specifiche esigenze territoriali, andrebbe esplorata la possibilità di aprire al pubblico e agli operatori sanitari i dati sugli eventi acuti da sostanze raccolti dal sistema sanitario e dal Ministero dell'Interno, ISTAT, DCSA, man mano che si rendono disponibili, integrandoli con le informazioni utili per orientare l'attività di prevenzione e cura sul campo.

Durante la discussione è emersa la proposta di avviare la sperimentazione dei diversi modelli di stanze di consumo per consentire valutazioni rigorose della loro efficacia e sicurezza al fine di tutelare la salute dei consumatori ma anche di garantire alla popolazione generale una diminuzione del degrado urbano e della microcriminalità. Tale proposta non ha visto concordi tutto il panel di esperti.

Per quanto attiene all'utilizzo del naloxone, lo spray nasale rappresenta soprattutto per la facilità di intervento un fatto positivo, ma resta critico il costo del prodotto. È un ostacolo all'applicazione del modello italiano di *Take Home Naloxone* (cioè la consegna alle PUD del naloxone per intervenire prontamente in caso di overdose), la tabellazione dello spray nasale come farmaco ricettabile, a differenza della soluzione iniettabile che è farmaco acquistabile senza ricetta.

Sono emerse sensibilità diverse relativamente alle politiche di RdD da attuare nei confronti dei minori, per cui si sottolinea la necessità di rimandare ad un tavolo specifico una discussione sugli interventi da programmare per le PUD minorenni. In attesa di ulteriori approfondimenti sul dilemma emerso, una parte degli esperti presenti ha sottolineato l'importanza di una non esclusione a priori questo target dai servizi di RdD.

In merito al tema del coinvolgimento delle PUD, tutti gli esperti intervenuti ne hanno condiviso l'importanza a tutti i livelli, dalla creazione e progettazione di servizi specialistici, alla elaborazione e valutazione dei risultati, fino al riconoscimento di una rappresentanza delle PUD nella Legge laddove si norma la convocazione della Conferenza triennale sulle droghe. La questione del coinvolgimento attivo dei consumatori è certamente un argomento di fondamentale importanza in un'ottica di superamento dello stigma, dell'isolamento sociale e culturale delle PUD che, può fattivamente favorire *l'empowerment* e i processi di cura di sé. Nelle pratiche e negli interventi di RdD questo modello si è da sempre accompagnato alla figura del *peer operator*. In questo senso, nella discussione, alcuni interventi hanno sottolineato che l'attuale legge sulle droghe che dispone sanzioni penali e amministrative a carico delle PUD non favorisce la relazione di cura del sistema dei servizi.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Evidenze disponibili su efficacia e sicurezza degli interventi di RdD

Somministrazione di farmaci agonisti o parzialmente agonisti a mantenimento: forti evidenze della loro efficacia nel ridurre la mortalità tra i consumatori di oppiacei (Bargagli 2007, Mathers 2013), il numero di nuove infezioni da HIV e nel ridurre i comportamenti a rischio di infezione (Bargagli 2007, Gowing 2011, Mathers 2013, Mattick 2009, MacArthur 2012, WHO Guidelines 2009)

Programmi di scambio di siringhe: si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di contrarre un'infezione da HCV e da HIV (Aspinall 2014, Platt 2017)

Distribuzione di materiale sterile per uso via iniettiva: efficacia nel ridurre i comportamenti a rischio tra le persone che fanno uso di droghe per via parenterale; in particolare è stata mostrata una significativa riduzione nell'uso di siringhe e aghi non sterili e/o condivisi con altri, e un aumento nei comportamenti iniettivi più sicuri (utilizzo di tamponi disinfettanti, viedi accesso etc.) (Kennedy 2017, Sawangjit 2016)

Stanze del consumo: sono diffuse da oltre venti anni in vari paesi, tra cui vari paesi europei (Olanda, Belgio, Germania, Norvegia, Danimarca, Svizzera), dove le sostanze illegali possono essere consumate sotto la supervisione di personale sociosanitario adeguatamente formato. Questi servizi hanno la finalità di ridurre i rischi di infezione di patologie droga correlate, prevenire le morti per overdose, e favorire l'aggancio dei consumatori di sostanze con i servizi di trattamento per le dipendenze e altri servizi sanitari e sociali. Una revisione della letteratura ha analizzato il ruolo delle stanze del consumo nel migliorare l'accesso ai servizi sanitari, considerando anche l'impatto sull'opinione pubblica, per le persone che fanno uso di droga per via iniettiva mostrando un'associazione positiva tra utilizzo di stanze del consumo e ingresso a centri di trattamento per le dipendenze e una riduzione del numero di persone che usano droghe per via iniettiva in posti pubblici, una riduzione nel numero di siringhe gettate in strada, indipendentemente dalla presenza di polizia sul territorio o dalle condizioni atmosferiche (Kennedy 2017)

Una revisione sistematica narrativa condotta su 21 studi di tipo qualitativo, per oltre 800 partecipanti ha dimostrato che le stanze del consumo, congiuntamente con interventi di scambio siringhe e interventi di informazione tra pari, sono efficaci nel dare uno spazio di tregua dalla strada e dalla cosiddetta "open drug scene", aumentano le competenze dei consumatori in merito ad un uso meno dannoso, modificano in senso positivo gli ambienti di esplicito consumo, facilitano l'accesso ai servizi di cura (McNeil 2014)

Interventi mirati nei contesti del divertimento volti a promuovere un consumo consapevole: sembrano essere efficaci di alcol e / o la prevenzione dell'incidentalità droga-correlata sembrano essere efficaci (Calafat 2009, Ker 2008)

Somministrazione di naloxone: per via inalatoria è probabilmente efficace nella prevenzione della mortalità per overdose, soprattutto quando la somministrazione di naloxone intramuscolare non è possibile o non raccomandabile (Robinson 2014). La distribuzione di fiale di naloxone, il cosiddetto *take home naloxone*, è efficace nel ridurre il rischio di mortalità per overdose tra i consumatori di oppiacei (EMCDDA 2015).

Bibliografia

Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Feb;43(1):235-48. doi: 10.1093/ije/dyt243.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Bargagli A, Davoli M, Minozzi S, Vecchi S, Perucci C. (2007). A Systematic Review of Observational Studies on Treatment of Opioid Dependence. Geneva, Switzerland, background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of Opioid Dependence, 17-21 September. https://www.who.int/substance_abuse/activities/observational_studies_treatment.pdf

Calafat A, Juan M, Duch MA. Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*. 2009;21(4):387-413. English, Spanish. PMID: 20011993.

EMCDDA (2015), Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness>

EMCDDA (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges doi: 10.2810/29497

Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.

Kennedy M. C., Karamouzian M., Kerr T. (2017), Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review, *Curr HIV/AIDS Rep*, September 2017, DOI 10.1007/s11904-017-0363-y

Ker, K. and Chinnock, P. (2008), 'Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries' (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. (2012), Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e5945.

Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013 Feb 1;91(2):102-23. doi: 10.2471/BLT.12.108282.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009

McNeil R, Small W. 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Soc Sci Med*. 2014 Apr;106:151-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.051. Epub 2014 Feb 4.

Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 18;9(9):CD012021. doi: 10.1002/14651858

Robinson A, Wermeling DP. Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *Am J Health Syst Pharm*. 2014 Dec 15;71(24):2129-35. doi: 10.2146/ajhp130798

Sawangjit R, Khan TM, Chaiyakunapruk N. Effectiveness of pharmacy-based needle/syringe exchange programme for people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.

Addiction. 2017 Feb;112(2):236-247. doi: 10.1111/add.13593

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d esperienze nazionali ed europee

WHO (2009), 'The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence', World Health Organization.

Wiessing L, Ferri M, Běláčková V, Carrieri P, Friedman SR, Folch C et al. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduct J.* 2017 Apr 22;14(1):19. doi: 10.1186/s12954-017-0141-6

World Health Organization 2017 - Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Le statistiche



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

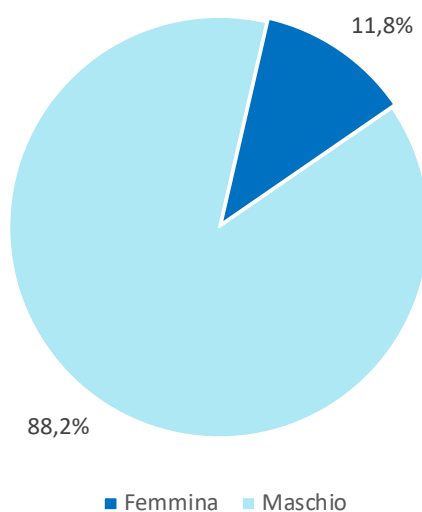
Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

8.1 Gli Esperti

Al Tavolo Tecnico "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee" hanno partecipato 17 Esperti, per l'88% di genere maschile e per il restante 12% di genere femminile.

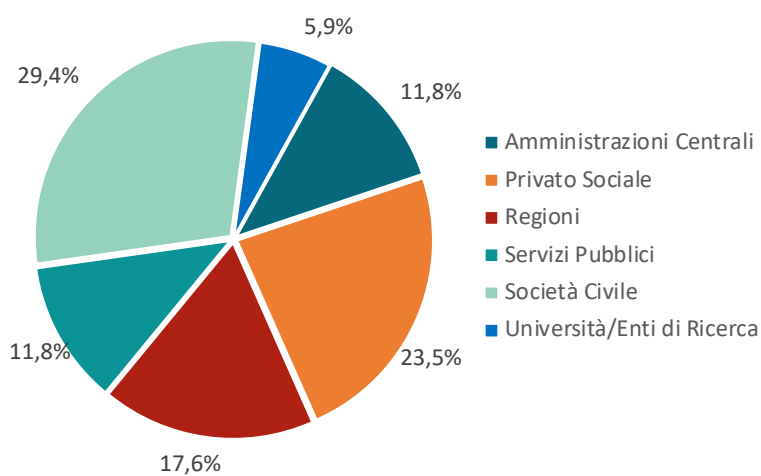
Il 30% degli Esperti è rappresentante della Società Civile, il 24% appartiene al Privato Sociale, il 18% è espresso dalle Regioni. Seguono con il 12% le Amministrazioni Centrali e i Servizi Pubblici, mentre il restante 6% appartiene al mondo Università e Ricerca.

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza



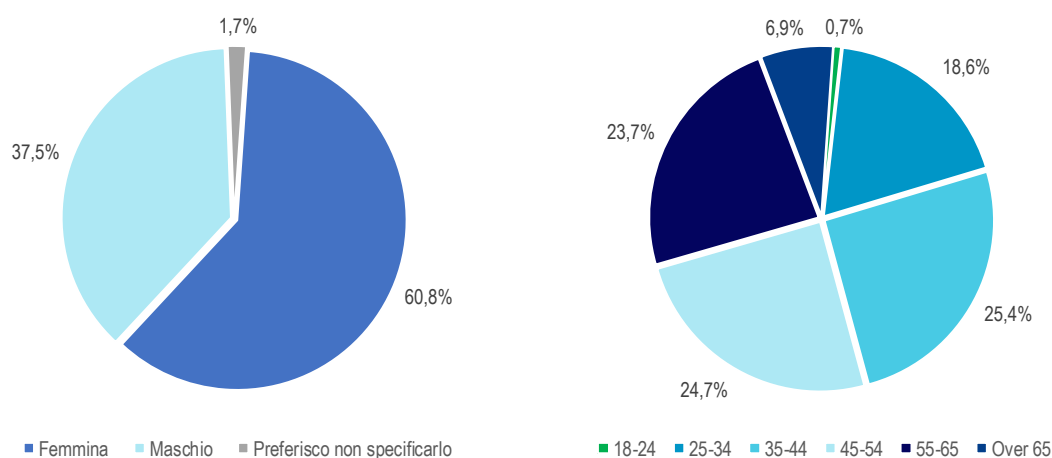
Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

8.2 Il pubblico iscritto

Dei 303 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee" il 61% è di genere femminile, il 38% di genere maschile e il restante 2% preferisce non indicare il proprio genere. Le fasce di età maggiormente rappresentate sono quelle dai 35 ai 44 anni (25%), dai 45-54enni (25%) e dai 55-65 anni (24%). Meno rappresentate nel campione degli iscritti risultano le fasce degli over 65 anni (7%) e i più giovani (18-24 anni: 1%).

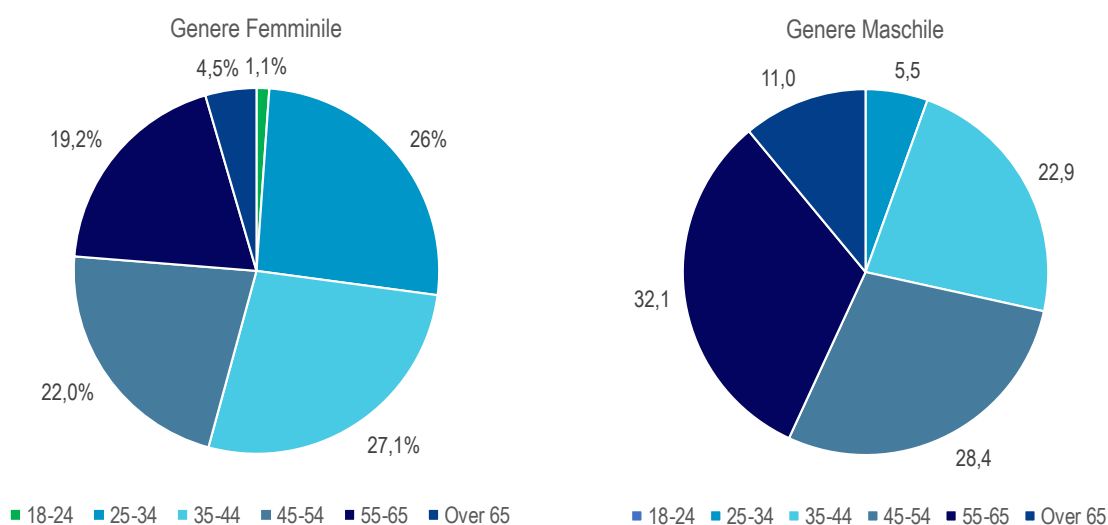
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 53% ha un'età tra i 25 e i 44 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 32% è nella fascia di età 55-65 anni, il 28% ha tra i 45 e i 54 anni, il 23% è 35-44enne e l'11% è over 65.

Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età

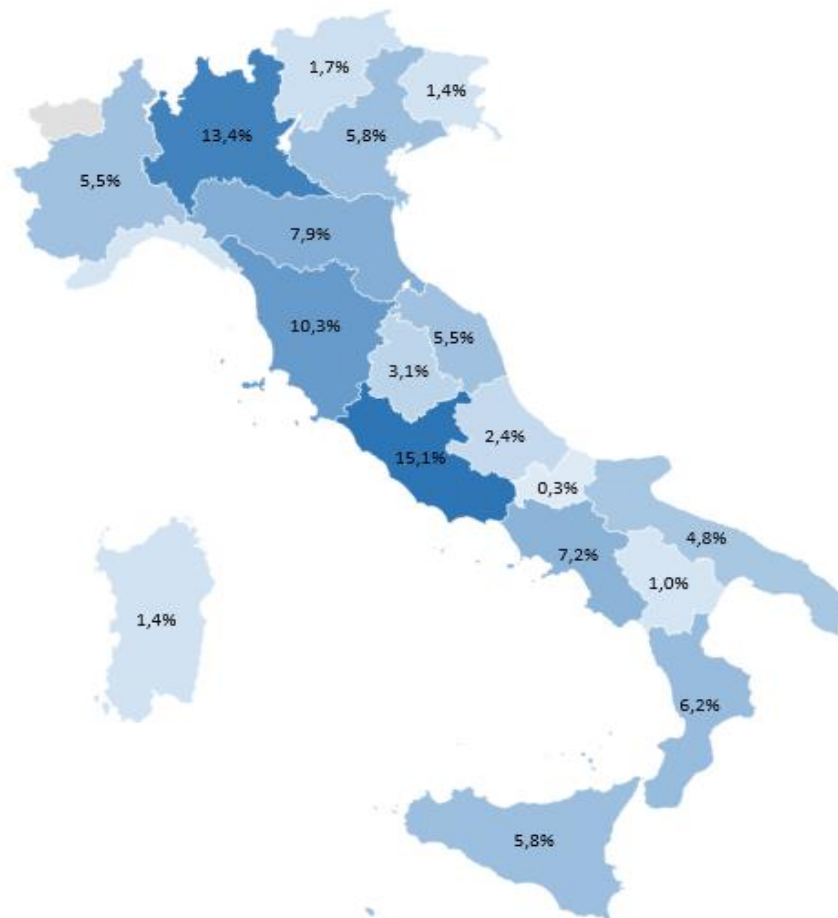


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo Tecnico "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee" mostra un'ampia partecipazione dalle regioni Lazio (15%), Lombardia (13%) e Toscana (10%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza

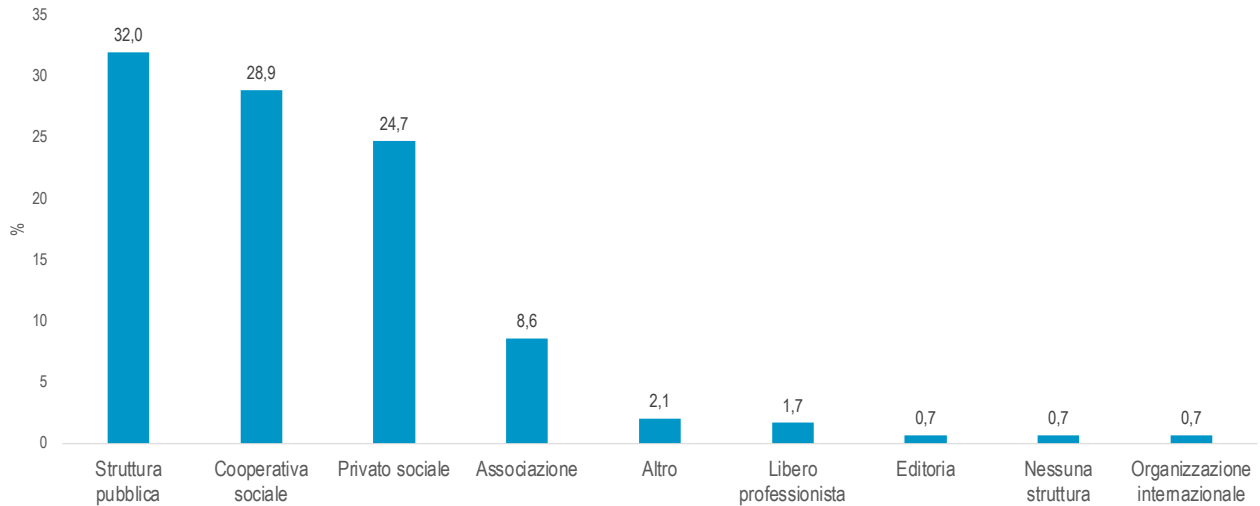


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti da strutture pubbliche (32%) nonché dalle Cooperative sociali (29%) e dal Privato Sociale (25%). Seguono gli appartenenti alle Associazioni (9%).

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

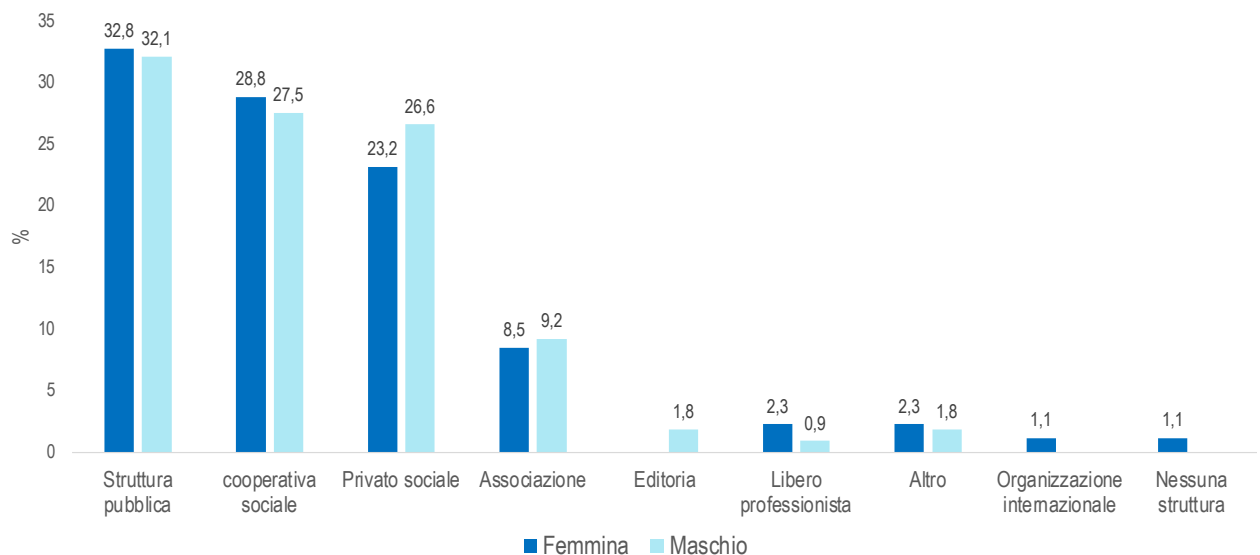
Figura 8.2.4 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra una partecipazione maschile più alta tra le strutture pubbliche e negli enti di cooperazione sociale, e una percentuale di iscritti di genere femminile più elevata nel Privato Sociale e nelle Associazioni.

Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere

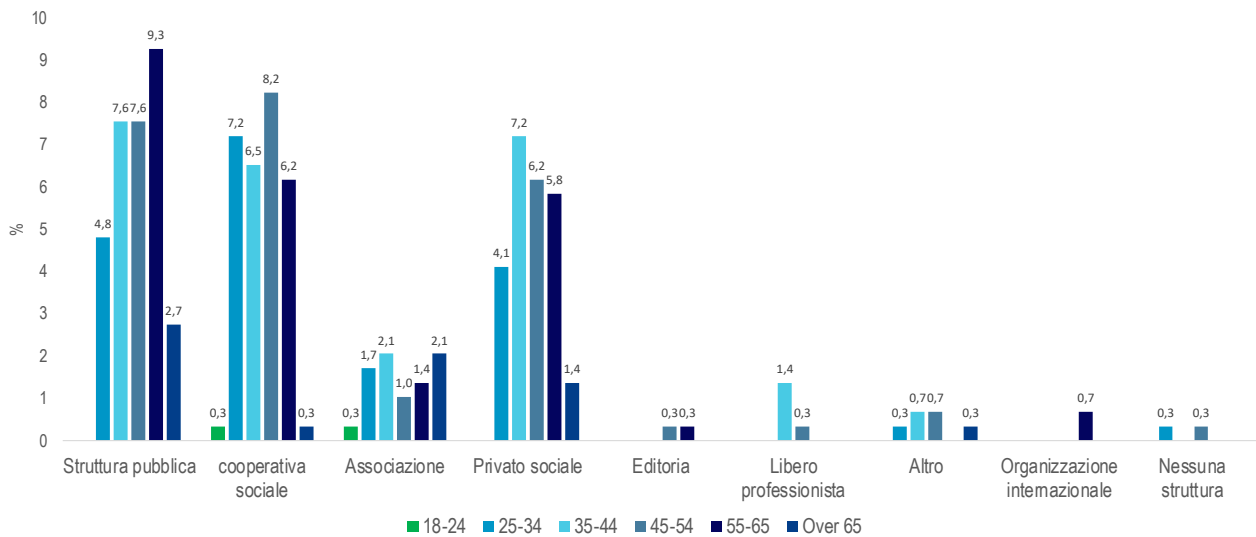


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Tra gli iscritti appartenenti alle strutture pubbliche la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni, nella cooperazione sociale sono soprattutto 45-54enni. Gli iscritti del Privato Sociale sono soprattutto 35-44enni, mentre nelle associazioni sono più rappresentate le fasce di età più giovani e over 65.

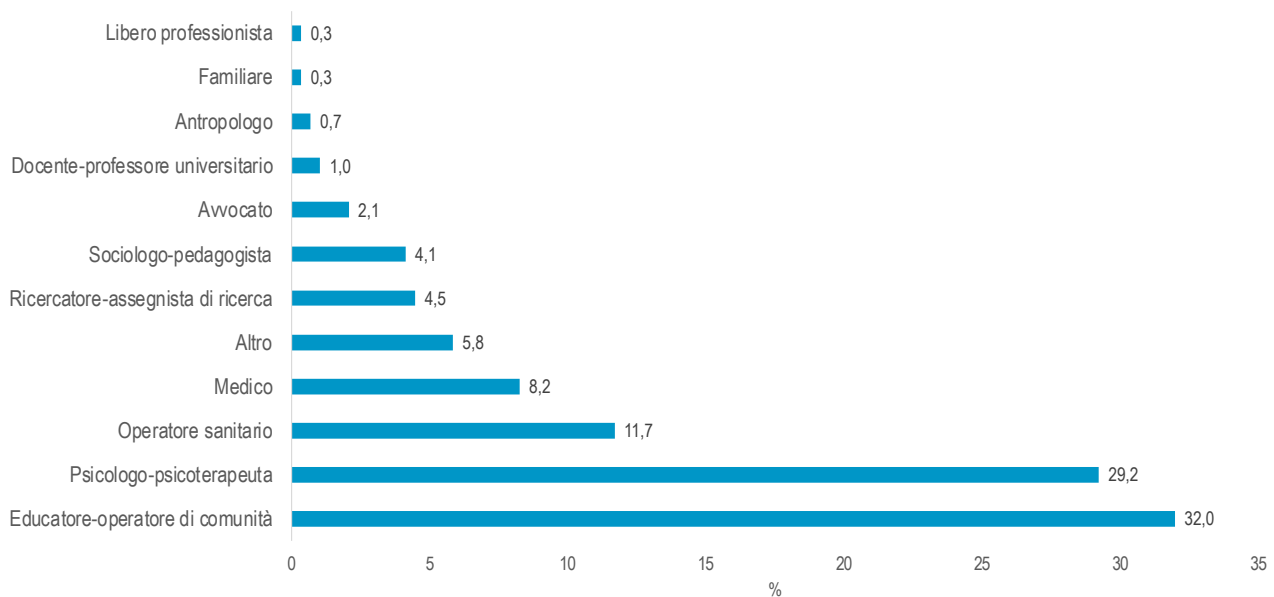
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati mostrano un'ampia partecipazione di educatori/operatori di comunità (32%), psicologi/psicoterapeuti (29%), seguiti da operatori sanitari (12%) e medici (8%).

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Appendice



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi d
esperienze nazionali ed europee

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.1 Dr. Giuseppe Di Pino - Consolidare la Riduzione del Danno in Italia è necessario

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

PINO DI PINO – ITARdD Network Italiano per la Riduzione del Danno

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

LINEE GUIDA 2000

- **RdD a MACCHIA DI LEOPARDO IN ITALIA** come conferma la mappatura ITARDD, CNCA FD per le relazioni al parlamento
- **RdD in carcere**
- **Peer Support**
- **Sieroconversioni e accesso alle cure HCV**

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

LA RDD È COMUNQUE CRESCIUTA IN QUESTI ANNI NELLA PRATICA DEI GRUPPI E SVILUPPANDO UNA BUONA SERIE DI PRATICHE CHE NON SONO STATE INDICATE ALLORA

- Spazi Intermedi
- Drug checking
- RdD e CT

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

3



CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

INNOVAZIONE e RICERCA

C'è un'innata tensione a rompere i confini delle pratiche.

Le osservazioni dei gruppi di lavoro di strada, la continua rete di scambio con le persone che usano droghe e con il contesto, sono la prima forma di ricerca.

Da questa posizione scaturisce il materiale (stagnole o crackpipe) per le persone che inalano.

LAVORO DI NEGOZIAZIONE COL CONTESTO

SCELTE E INNOVAZIONI PRAGMATICHE CHE FANNO INCONTRARE INTERESSI

Questa tensione deve essere sostenuta e organizzata.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

RdD come STRATEGIA

*"La riduzione del danno, pur investendo tutto il sistema dei servizi, affida un ruolo più modesto ai servizi di cura, mentre confida maggiormente in processi di autoregolazione ed autoderminazione dei consumatori»
Buning E.*

- VENTAGLIO E GERARCHIA DEGLI OBIETTIVI DELLE POLITICHE (e dei servizi)
- Building Bridges
- PUD Attori competenti
- Convivere con i consumi (Francoforte 1992)
- Governare le scene e le città

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

5



CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

PROPOSTE – RICHIESTE

- Linee Guida aggiornate
- LEA applicati in tutte le regioni RdD ESIGIBILE
- ATTO D'INDIRIZZO CONFERENZA STATO REGIONI
- DECRIMINALIZZAZIONE e RIFORMA per superare approccio penale che fomenta lo stigma e allontana mondi (società e servizi da una parte – PUD dall'altra)

*"Dato che il primo e più ovvio danno correlato al consumo di alcune droghe è la criminalizzazione, la strategia di riduzione del danno pone la domanda: le leggi vengono varate per contenere i danni causati dal consumo, oppure esprimono il sistema di valori dominanti?"
(Pat O'Hare, 1994)*

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



CONSOLIDARE LA RIDUZIONE DEL DANNO È NECESSARIO

Che fare 20 anni dopo?

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

segreteria.itardd@gmail.com
giuseppe.dipino@gmail.com

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.2 Dr. Gaetano Manna - Interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR). Elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi.

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Gaetano MANNA

Comitato Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Gli interventi di RdD/LdR si caratterizzano per:

- il loro marcato pragmatismo
- il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte
- la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi.

Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Sono costituiti da prestazioni e interventi volti a:

- contenere l'aggravamento del quadro clinico;
- prevenire l'insorgenza di patologie correlate, soprattutto di tipo infettivo;
- contrastare la marginalità sociale e rispondere a bisogni emergenziali;
- favorire processi di miglioramento delle condizioni sociali e legali delle persone....
- Informare, sensibilizzare e accompagnare alla presa in carico dei servizi

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Gli interventi di Riduzione del Danno e prevenzione delle patologie correlate si attuano tramite:

- servizi ambulatoriali;
- strutture semiresidenziali a bassa soglia (drop-in, servizi diurni e notturni);
- Unità mobili

Diverse sono le Regioni e PA che nel corso degli anni hanno realizzato e finanziato una rete di attività progettuali di RdD e LdR (ad esempio Lombardia, Piemonte, Umbria, Lazio, ecc.) anche se, ad oggi, solo il Piemonte, con la D.G.R. 12 Aprile 2019, n. 42-8767, ha recepito e approvato gli indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA per i Servizi di Attività di RdD e di LdR....

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

3



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Regioni come il Piemonte e il Lazio hanno definito e approvato con atti formali documenti necessari per strutturare LG o definizioni di standard in ambito nazionale.

Piemonte – D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009, art. 11

Lazio – DD n. G13807 19/11/2020

“I Servizi di prima accoglienza” –

Attività: contattano, accolgono ed accompagnano, per un determinato periodo di tempo, persone con dipendenza patologica. Si occupano di persone non selezionate, anche in fase di tossicodipendenza attiva e/o sottoposti a trattamenti farmacologici, sia soddisfacendo esigenze primarie rispetto a stati di bisogno emergenziali, sia contribuendo a prevenire o ridurre i rischi di marginalità sociale nella prospettiva di un successivo impegno riabilitativo.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

I Servizi di prima accoglienza sono strutture ad integrazione socio sanitaria e comprendono:

- A) accoglienza e orientamento non residenziale (Ambulatoriale);
- B) drop-in;
- C) unità di strada.

In entrambe i provvedimenti, per i diversi servizi di RdD e LdR sono presenti:

- una definizione della tipologia di servizio;
- l'individuazione dei destinatari specifici;
- i requisiti d'accesso;
- le prestazioni erogate (di base e accessorie)
- gli orari di apertura;
- la composizione équipe;

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

5



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Dobbiamo però chiederci perché dal 2017 ad oggi solamente una Regione ha recepito i LEA della RdD e LdR?

Tanti sono i pregiudizi alimentati da ideologismi o semplicemente da ignoranza, sia nel contesto esterno che all'interno stesso dei Servizi.

Come mai interventi così importanti, concreti e trasversali, finalizzati ad intercettare soggetti "fragili", e che sovente non approdano nei servizi classici, sono oggetto di politiche di "esclusione e/o marginalizzazione"?

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Tra le tante risposte che potrebbero concorrere a migliorare questa visione generale ve ne sono alcune tendenti a implementare le "chiavi di lettura" del fenomeno RdD/LdR: ad esempio saper comunicare che questo tipo di interventi permettono un maggiore controllo del territorio, rendendolo

- più sicuro,
- più bello,
- più vivibile.

Questi elementi sono di fondamentale importanza per cercare di far comprendere al "mondo esterno" l'importanza di questi interventi.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

7



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Sovente il personale che opera interventi di RdD/LdR viene considerato di "serie B" dagli stessi colleghi che operano negli ambulatori o nelle CT.

Anche in questo caso l'informazione e la comunicazione delle specifiche competenze che devono avere gli operatori che operano in contesti tutt'altro che "facili" è elemento essenziale per far comprendere l'elevato livello di competenze e la straordinaria flessibilità di interventi che operatori esperti sono chiamati a utilizzare nei confronti di una platea vasta ed eterogenea di persone.

L'attuazione dei LEA della RdD potrebbe aiutare i servizi a coinvolgere altri operatori con la finalità di far conoscere questo articolato e complesso sistema di interventi.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

8

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Interventi di RdD e LdR

Elementi per la strutturazione di LG nazionali e definizioni di standard in ambito nazionale. Un quadro di sintesi

Una delle criticità più importanti risiede nel fatto che non si hanno database tra loro dialoganti, inseriti in rete e a disposizione di tutti.

Questo non è un problema ma IL PROBLEMA!

Avere dati parziali e frammentati non permette:

- a noi di formulare proposte basate su evidenze concrete e generalizzate;
- a chi deve destinare risorse umane e fondi di acquisire consapevolezza di un mondo così complesso e articolato.

Far comprendere infine ai soggetti destinatari di queste informazioni che gli interventi di RdD/LdR sono interventi di SALUTE PUBBLICA!

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.3 Dr. Marco Riglietta - Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Marco Riglietta FeDerSerD

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un'ottica di salute pubblica

Premessa: Interventi, programmi, politiche che *cercano di ridurre i danni di salute, sociali ed economici correlati all'uso di sostanze negli individui, nella comunità e nella società.*

- la loro traduzione è frammentata, non standardizzata e ideologica.
- patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze.
- **deve essere una risposta esigibile da tutto il sistema finanziato dal SSN**
- deve avere pari dignità di altre interventi
- deve avvalersi della collaborazione fra pubblico e privato in termini di finanziamento e di regole
- deve avvalersi di una strategia politica illuminata e una componente tecnica non soggetta agli umori della politica.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un ottica di salute pubblica

Key words

- Gli interventi di Riduzione del danno vanno considerati anche per il consumo di alcol e tabacco
- Il potenziamento dell'attività **va considerato in un'ottica di tutela della salute dei consumatori di sostanze e di tutela della salute pubblica.**
- La **“combinazione di interventi”** non può riguardare esclusivamente le unità mobili e i drop-in ma **tutto il sistema che si occupa dei consumatori di sostanze** comprendendo i servizi ambulatoriali, le strutture residenziali e semiresidenziali.
- E' indispensabile il coordinamento all'interno del dipartimento delle dipendenze e il **coinvolgimento delle aziende sanitarie pubbliche (standard qualitativi sanitari ospedalieri)**
- Obiettivi primari rimangono la riduzione della mortalità e della morbilità
- Obiettivi secondari, ma altrettanto fondamentali, riguardano l'intercettazione precoce e i possibili interventi di salute pubblica in un ottica preventiva (esempio vaccinazione COVID 19)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

3



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un ottica di salute pubblica

- Farmaci agonisti degli oppiacei: deve portare ad una copertura $\geq 70\%$ della popolazione “opioid high risk users” e comunque superiore al 90% dei pazienti che accedono al sistema di cura. Deve essere garantito l'accesso immediato eliminando le liste d'attesa dev'essere garantita anche nei contesti della grave marginalità (unità mobili, drop in)
- Il counselling vanno previsti standard specifici sull'informazione data relativamente ai potenziali rischi, in relazione al contesto, alla modalità di consumo e alle tipologie di sostanze utilizzate (alcol e tabacco incluso).
- Naloxone spray nasale e leaflet con istruzioni ed indicazioni vanno garantite a tutti i consumatori di oppiacei, ai pazienti in terapia con farmaci oppioidi, ai familiari, ai care giver e ai pari. L'azione dev'essere sviluppata nei contesti informali e negli ambulatori SerD. Va garantita ai pazienti che abbandonano le strutture residenziali e dev'essere fornito ai pazienti al momento della liberazione dalle carceri

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un ottica di salute pubblica

- I programmi di distribuzione/siringhe sterili vanno mirati ai consumatori per via endovenosa sia di oppiacei che di stimolanti. **Obiettivo 300 siringhe sterili/anno/per PWID**. Gli iniettori di stimolanti dovrebbero avere facile accesso a grandi volumi di attrezzature sterili per l'iniezione e ai mezzi di protezione sessuale. **Politiche di scambio di siringhe una a una, dovrebbero essere evitati a causa all'alta frequenza di iniezione di stimolanti.**
- Screening per HIV, epatiti, TBC e IST per tutti i consumatori di sostanze (droghe ed alcol). Lo screening dev'essere proposto almeno annualmente da tutto il sistema.
- La vaccinazioni per HAV e HBV va proposta a tutti i consumatori di sostanze che non siano già protetti. Nei contesti di cura e nei contesti della marginalità vanno potenziate le "vaccinazioni per le popolazioni a rischio per patologia o condizione" (antiinfluenzale, antipneumococcica etc.)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

5



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un ottica di salute pubblica

- **Dispositivi "diagnostici"**. Devono essere disponibili dispositivi diagnostici quali etilometri, analizzatori di sostanze salivari, kit per l'analisi delle sostanze al fine di ridurre i rischi per i consumatori. L'analisi delle sostanze o dei liquidi biologici deve assolutamente prevedere la ricerca di fentanili.
- Nei contesti del divertimento vanno sviluppate strategie quali "l'autista designato" che vanno implementati dandone continuità. Secondo la letteratura l'impatto sull'incidentalità stradale aumenta con il prolungamento delle azioni. (pochi interventi lunghi piuttosto che molti a spot)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Indicazioni prioritarie per gli interventi di riduzione del danno in un ottica di salute pubblica

Carceri:

- Il trattamento con farmaci agonisti devono essere garantite a tutti i detenuti consumatori di oppioidi.
- il trattamento con agonista non va mai ridotto per detenuti in situazione di detenzione non definitiva e l'eventuale riduzione del dosaggio può essere considerata un'opzione solo per pene definitive lunghe.
- la terapia con agonisti **non dev'essere elemento di valutazione negativa per l'accesso ad altri trattamenti.**
- In ogni caso va scoraggiata la riduzione del dosaggio e la concomitante prescrizione di benzodiazepine.
- Va garantita la terapia sostitutiva con nicotina a carico del SSN.
- Alla liberazione va sempre fornito un kit specifico per tipologia di consumatore. (ago sterile, naloxone, fentanyl strip per l'analisi della sostanze, cannuccia da inalazione)

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.4 Dr. Corrado Celata - Prevenzione Selettiva e Indicata, Riduzione dei Rischi e del Danno, Aggancio, Prima Accoglienza, Presa in Carico e Trattamento – Programmi regionali e Protocolli locali. Il percorso lombardo

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Corrado Celata – Regione Lombardia

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica



Prevenzione Selettiva e Indicata, Riduzione dei Rischi e del Danno, Prima Accoglienza, Presa in carico e Trattamento

Programmi regionali e Protocolli locali. Il percorso lombardo

- ...
- 2013 – Elaborazione in linea con le indicazioni internazionali (EMCDDA, WHO, UE) del Documento Tecnico *“Programmi e interventi di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/ dipendenza da sostanze. Definizioni, obiettivi, azioni “*
- 2018 – *Gruppo di lavoro regionale per orientare la messa a sistema di un modello di intervento integrato fra ambito sociale e sociosanitario nell'area delle dipendenze e della marginalità*
 - previsto l'avvio nella programmazione regionale e territoriale (ATS/Comuni) di interventi e programmi gestiti in partnership fra SSR-Enti locali-Accreditati
 - Prende forma il *“Progetto Rogoredo: l'unione fa la forza”*
- 2020 – Regole SSR: Il Progetto-programma Parchi
- ...

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Prevenzione Selettiva e Indicata, Riduzione dei Rischi e del Danno,
Prima Accoglienza, Presa in carico e Trattamento

Programmi regionali e Protocolli locali. Il percorso lombardo



	Prevenzione ambientale	Prevenzione universale	Prevenzione selettiva	Prevenzione indicata	Valutazione e riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreativo di sostanze	Valutazione e riduzione dei danni/danni connessi all'abuso/dipendenza da sostanze
Definizione						
Caratteristiche principali						
Destinatari						
Obiettivi						
Azioni						
Caratteristiche persone coinvolte						
Esempi di esperienze in Lombardia						

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.5 Dr. Massimo Oldrini - La tutela della salute di persone che usano droghe: Un diritto negato.

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

**Potenziamento delle modalità di intervento in ottica
preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di
esperienze nazionali ed europee**

18 - 19 ottobre
Online

Nome Massimo Oldrini

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

Molti documenti ufficiali italiani evidenziano come la salute di chi consuma non sia oggetto di attenzione, nonostante le agenzie internazionali indichino le PUD come una key population tra le maggiormente vulnerabili.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Cosa ci dice la relazione al Parlamento 2021 sulla questione malattie infettive

Elementi chiave

Nel corso del 2020 i SerD hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti, dei quali 15.671 sono nuovi utenti (12%) e 109.757 risultano già in carico dagli anni precedenti (88%). Il 79% degli utenti totali è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 6,1.

Malattie infettive

Nel 2020 sono stati testati 38.892 assistiti per HIV, pari al 31% del totale dei soggetti in trattamento: l'1,5% del totale è risultato positivo, un dato in crescita rispetto all'anno precedente.

Il 23% del totale degli utenti in trattamento è stato testato per HBV, con una percentuale di positività pari allo 0,5% dell'utenza totale in trattamento.

27.084 soggetti tossicodipendenti sono stati testati per HCV e 11.091 sono risultati positivi, pari rispettivamente a 22% e 8,8% del totale degli utenti in trattamento.

Tra gli utenti che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva (soggetti a più alto rischio di malattie infettive), la percentuale dei testati aumenta al 27% per l'HBV e al 26% per l'HCV.

3

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Cosa ci dice la relazione al Parlamento 2021 sulla questione malattie infettive

Elementi chiave

Nel corso del 2020 i SerD hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti, dei quali 15.671 sono nuovi utenti (12%) e 109.757 risultano già in carico dagli anni precedenti (88%). Il 79% degli utenti totali è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 6,1.

Malattie infettive

Dal 2012 al 2019 (ultimo anno disponibile) fra i consumatori per via iniettiva si è osservato un incremento della percentuale di infezioni sessualmente trasmissibili (circa quattro volte e mezzo). Le infezioni prevalentemente diagnosticate sono di tipo virale (61%).

Nel 2019 (ultimo dato disponibile) il 4% delle nuove diagnosi di HIV (dato in aumento) e il 12% di quelle per AIDS hanno riguardato consumatori per via iniettiva (IDU).

Per oltre un quarto dei soggetti la diagnosi di AIDS è tardiva (entro 6 mesi dal primo test HIV positivo), dato in calo rispetto al 2018.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

Cosa ci dicono altri documenti ufficiali sulla salute delle PUD

Analisi e ricerche indicano:

- un eccesso di **mortalità per malattie epatiche**, in particolare in chi fa uso iniettivo di droghe; <https://www.iss.it/documents/20126/0/COA.pdf/83256a61-57a2-9abc-cd4e-5bfdbdbf9afd?t=1606490648406>
- un eccesso di **mortalità per diabete o malattie del sistema circolatorio** in chi fa uso di droghe; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3557_listaFile_itemName_0_file.pdf
- una percentuale molto alta di PUD che arriva alla **diagnosi di AIDS entro i 6 mesi dalla diagnosi di HIV**, indice di un ritardato accesso al test; <https://www.iss.it/documents/20126/0/COA.pdf/83256a61-57a2-9abc-cd4e-5bfdbdbf9afd?t=1606490648406>
- la forte correlazione tra l'uso di droghe e un **ritardato Linkage to Care**.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_200_8_file.pdf

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

5



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

Cosa ci dicono le agenzie internazionali

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Cosa ci dicono i documenti di EMCDDA

Relazione europea sulla droga: Tendenze e sviluppi. 2021

MALATTIE INFETTIVE CORRELATE AL CONSUMO DI DROGHE | **Per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'HIV e dell'HCV è necessario intensificare il trattamento e la prevenzione**



Le persone che assumono droghe per via parenterale **presentano un rischio più elevato di contrarre infezioni** come quella dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e dal virus dell'epatite C (HCV) attraverso la condivisione dei materiali per l'assunzione delle droghe. **L'Unione europea e i suoi Stati membri sostengono gli obiettivi di sviluppo sostenibile per il 2030 volti a porre fine all'epidemia di HIV/AIDS e a combattere l'epatite virale. Migliorare l'accesso a trattamenti e test integrati per HIV, HBV e HCV nell'ambito dei servizi di trattamento e riduzione dei danni** delle tossicodipendenze è un elemento importante per conseguire gli impegni "Fast-Track" in materia di HIV/AIDS e la continuità nei traguardi di cura dell'HCV che sostengono gli obiettivi per il 2030 ma in Europa continua a essere una sfida.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_IT_02_.pdf

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Infectious diseases > Notifications > AIDS

Permanent link to this table: www.emcdda.europa.eu/data/stats2021#displayTable:INF-104-2

[Download as Excel file \(.xlsx\)](#)

EMCDDA
Statistical
Bulletin
2021

Search:

Country	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Austria	6	1	10	10	18	21	14	28	13	14
Belgium *	:	0	1	0	1	7	3	1	4	3
Bulgaria	18	20	17	14	11	26	20	30	17	10
Croatia	0	0	2	0	1	0	0	1	1	1
Cyprus	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Czechia *	4	4	2	4	3	2	3	2	1	4
Denmark	0	0	1	1	0	1	5	4	4	4
Estonia	9	11	3	16	4	6	9	15	20	14
Finland	0	3	1	1	0	0	2	4	0	3
France *	16	19	12	19	31	30	42	45	62	60
Germany	4	18	13	18	21	26	31	42	41	36
Greece	9	12	19	25	31	45	41	22	9	3
Hungary	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0
Ireland *	0	2	1	0	0	0	1	3	10	6
Italy *	70	78	89	89	101	114	179	180	195	229

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Il trattamento e i test integrati per HIV, HBV e HCV nell'ambito dei servizi di trattamento e riduzione dei danni delle tossicodipendenze sono fondamentali per conseguire una continuità nei traguardi di cura per chi assume droghe per via parenterale.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_IT_02_.pdf

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

9



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!



I am an injecting drug user.
I face these issues.

PEOPLE WHO INJECT DRUGS

It is estimated that worldwide there are nearly 12.7 million people who inject drugs (1). Approximately 1.7 million, or 13%, are also living with HIV. Injecting drug use is found in nearly every country. Typically, when heroin injection reaches a new community, there is an exponential increase in HIV transmission (2).

People who inject drugs continue to face punitive legal environments, a variety of human rights abuses and have poor access to services; these and other factors combine to exacerbate their risks of acquiring HIV.



<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/Peoplewhoinjectdrugs>

10

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Seven recommended key interventions

Key intervention components

Injection equipment: Provision of, and legal access to, clean drug injection equipment, including sufficient supply of sterile needles and syringes free of charge, as part of a combined multi-component approach, implemented through harm-reduction, counselling and treatment programmes.

Vaccination: Hepatitis A and B, tetanus, influenza vaccines, and, in particular for HIV-positive individuals, pneumococcal vaccine.

Drug dependence treatment: Opioid substitution treatment and other effective forms of drug dependence treatment.

Testing: Voluntary and confidential testing with informed consent for HIV, HCV (HBV for unvaccinated) and other infections including TB should be routinely offered and linked to referral to treatment.

Infectious disease treatment: Antiviral treatment based on clinical indications for those who are HIV, HBV or HCV infected. Anti-tuberculosis treatment for active TB cases. TB prophylactic therapy should be considered for latent TB cases. Treatment for other infectious diseases should be offered as clinically indicated.

Health promotion: Health promotion focused on safer injecting behaviour; sexual health, including condom use; and disease prevention, testing and treatment.

Targeted delivery of services: Services should be combined and organised and delivered according to user needs and local conditions; this includes the provision of services through outreach and fixed site settings offering drug treatment, harm reduction, counselling and testing, and referrals to general primary health and specialist medical services.

Indicazioni ECDC
e EMCDDA



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



La tutela della salute di persone che usano droghe: un diritto negato!

Per poter rispondere alle esigenze di salute di chi consuma, è però fondamentale e necessario nel nostro paese avere un nuovo approccio al tema droghe, scevro da posizioni ideologiche e moraliste, non criminalizzante e stigmatizzante ma fortemente **basato sulle evidenze scientifiche**.

Le PUD devono essere coinvolte nei processi e riconosciute come portatrici di saperi e diritti, come indicato da tutte le agenzie internazionali (OMS, UNAIDS, UNODC).

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

12

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

È urgente

- **Aumentare l'attività di testing** HIV, HBV e HCV nei servizi, prevedendo l'esecuzione di almeno un test annuo a cliente.
- Avviare attività di testing HIV e HCV **anche in outreach** al di fuori del contesto sanitario (SERD/SMI) in cooperazione con la società civile, anche in ragione del recente Decreto del MdS del 17 marzo 2021.



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

È urgente

- **Riconoscere la validità scientifica dell'approccio di Riduzione del Danno** e definire delle linee guida nazionali.
- Rendere disponibili **materiali sterili per consumo iniettivo e condom** attraverso una maggiore diffusione di progetti di RDD o, dove per ragioni logistiche e/o di costo efficacia ciò non sia realizzabile, prevederne la disponibilità in spazi dedicati all'interno dei servizi formali di cura.
- Avviare sperimentazioni scientifiche, in aree e contesti caratterizzati da consumo ad elevato rischio, di **drug consumption rooms e drug checking**.
- Introdurre interventi ed azioni di RDD e tutela della salute negli **istituti penitenziari**.

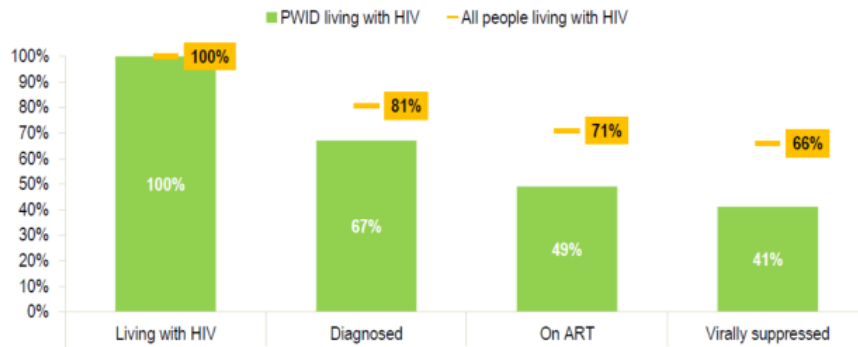
Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



La tutela della salute di persone che usano droghe: **un diritto negato!**

È urgente perché

Figure 16. Comparison of the continuum of HIV care for PWID against the national continuum for all people living with HIV, Europe and Central Asia, reported in 2020³⁰



<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-continuum-of-care-dublin-declaration-2021.pdf>

15

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.6 Dr. Lorenzo Camoletto - *Drug checking*: conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Lorenzo Camoletto

Ministero della Sanità
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle Dipendenze

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Drug Checking

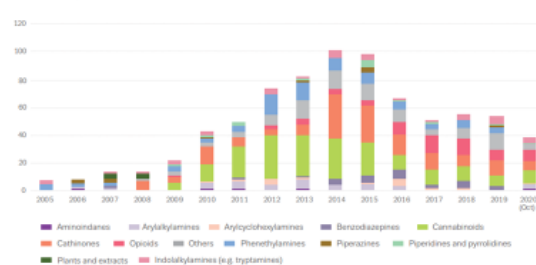
conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

Aggiornato dalla EU Early Warning System | Dicembre 2020

Analisi del Contesto:

- “la crescente complessità del mercato della droga pone sfide normative e comporta rischi per la salute [...] spesso non c'è un monitoraggio adeguato” (EMCDDA, 2019)
- Nel 2019 sono state identificate dall'Early Warning System 57 nuove molecole, (EMCDDA, 2020)
- I laboratori di produzione di NPS stiano aumentando sul territorio europeo (EMCDDA; 2020)
- Il lockdown a seguito della pandemia COVID-19 ha poi influito sul mercato delle NPS e sui pattern di consumo...

FIGURE 1
Numbers and categories of new psychoactive substances reported to the EU Early Warning System for the first time, 2005-2020 (up to 31 October)



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Drug Checking

conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

Cos'è:

Un servizio professionale di analisi chimica delle sostanze proposto con modalità e tecnologie analitiche diverse e in diversi scenari attraverso unità mobili o punti fissi. Uno strumento che, insieme al counselling associato, genera conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi.



<https://www.neuttravel.net/drug-checking>

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

3



Drug Checking

conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

Obiettivi:

Monitorare i mercati illegali delle sostanze a livello territoriale e accrescere la conoscenza sugli stessi identificando rapidamente ed efficacemente la comparsa di sostanze pericolose e/o di nuove sostanze psicoattive e i loro pattern di uso e quindi:

- Rinforzare il Sistema Nazionale di Allerta precoce, allargando il numero dei punti di monitoraggio diretto delle sostanze circolanti con il coinvolgimento diretto e progressivo dei consumatori.
- Prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute correlate all'uso di sostanze sconosciute nella qualità e quantità informando le persone che le usano e il sistema integrato dei servizi.
- Facilitare e implementare l'accesso al sistema dei servizi alle persone che usano sostanze e che non si rivolgono ai presidi territoriali...

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Drug Checking

conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

In Europa:

- 1991 L'Olanda implementa il Drug Information and Monitoring System (DIMS) (Brunt et al., 2016)
- 2011 in "Nightlife, Empowerment and Well-Being Implementation project – NEWIP" (UE Programma Salute, 2011-2013), nasce TEDI (Trans European Drug Information project).
- LAB57 di Bologna
- BAONPS "Be aware Be Aware On Night Pleasure Safety" - JDRU/AG/DRUG (19/10/2015 – 19/11/2017). www.neuttravel.net
- D.G.R. 29-4074 del 17 ottobre 2016 la Regione Piemonte recepisce il Drug checking nel DPCM 12 gennaio 2017, ART.28, comma 1 lett. K – interventi di riduzione del danno



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

5



Drug Checking

conoscenza, relazione, prevenzione e riduzione dei rischi

"Complemented by other activities implemented in nightlife settings, such as chill-out rooms, the provision of factual and trustworthy information, counselling, good ventilation and other precautionary safety measures, **drug checking** can serve as an extension of prevention and harm reduction interventions, **potentially saving lives.**" (*Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges* - T. Brunt EMCDDA 2017).

I report dei servizi di drug checking europei riportano che: la maggior parte delle persone che riceve un responso diverso dalle attese decide di non assumerla.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.7 Dr. Ernesto de Bernardis - *Open data*: aprire i dati per comprendere, progettare, prevenire, curare

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

dott. Ernesto de Bernardis
Medico farmacologo – responsabile SerT Lentini e Augusta
Consigliere nazionale SITD

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: QUALI? COME? DOVE? QUANDO?



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: QUALI? COME? DOVE? QUANDO?



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

3



OPEN DATA – OPEN ACCESS



Si parla sempre più spesso di Open Data, ma cosa sono in realtà? Ecco un articolo di approfondimento sui dati aperti, sul loro riutilizzo e sulle licenze indispensabili per la loro pubblicazione.

18 Settembre 2020

Oltre ad avere un valore intrinseco (il costo di produzione dell'attività correlata), i dati, quando vengono resi disponibili, creano un valore ulteriore. In particolare, in termini di:

- Trasparenza e controllo democratico;
- Partecipazione;
- Miglioramento o creazione di prodotti e servizi privati;
- Innovazione;
- Miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici;
- Miglioramento dell'efficacia dei servizi pubblici;
- Misurazione dell'impatto delle politiche pubbliche;
- Estrazione di nuova conoscenza dalla combinazione di diverse fonti di dati e dall'identificazione di regolarità che emergono dall'analisi di grandi masse di dati;
- Creazione di valore economico.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: QUALI?

QUALI?

- In Italia SNAP Sistema Nazionale Allerta Precoce
- Una rete coordinata (Dipartimento Politiche Antidroga tramite Istituto Superiore di Sanità)
- Sostanze NUOVE o ADULTERATE
- CHI VIENE INFORMATO? ->

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

5



OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: QUALI?

QUALI?

- In Italia SNAP Sistema Nazionale Allerta Precoce
- Una rete coordinata (Dipartimento Politiche Antidroga tramite Istituto Superiore di Sanità)
- Sostanze NUOVE o ADULTERATE
- CHI VIENE INFORMATO? ->

Alla c.a.
Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione
Ministero della Salute - Direzione Generale dei Dispositivi Medici, del Servizio Farmaceutico e della Sicurezza delle Cure
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Assessorati Regionali alla Sanità
Assessorati Regionali alle Politiche Sociali
Referenti regionali per le Tossicodipendenze
Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
Servizi per le tossicodipendenze
Comunità terapeutiche
Unità mobili Croce Rossa Italiana
Unità di Emergenza Urgenza

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

6

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: QUALI?

QUALI?

- In Italia SNAP Sistema Nazionale Allerta Precoce
- Una rete coordinata (Dipartimento Politiche Antidroga tramite Istituto Superiore di Sanità)
- Sostanze NUOVE o ADULTERATE
- CHI VIENE INFORMATO? ->



09/09/2021

Prot. S.N.A.P. 38/21

AD USO INTERNO DEI CENTRI COLLABORATIVI DEL S.N.A.P.
VIETATE LA DIVULGAZIONE E LA PUBBLICAZIONE SU WEB

Alla c.a.
Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione
Ministero della Salute - Direzione Generale dei Dispositivi Medici, del Servizio Farmaceutico e della Sicurezza delle Cure
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Assessorati Regionali alla Sanità
Assessorati Regionali alle Politiche Sociali
Referenti regionali per le Tossicodipendenze
Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
Servizi per le tossicodipendenze
Comunità terapeutiche
Unità mobili Croce Rossa Italiana
Unità di Emergenza Urgenza



OPEN DATA – OPEN ACCESS

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=14099

Una piccola recente storia racconta bene come siano strutturate la comunicazione e le politiche dal Dipartimento di Serpelloni. Che ha istituito con grande clamore il portale del [Progetto Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe](#) (anche questo realizzato dal Dipartimento di Verona), dove gli operatori (sanità, polizia) e gli stessi consumatori di sostanze possono segnalare la presenza "su piazza" di sostanze nuove e/o pericolose. Notizie che vengono elaborate dal Dpa che poi a sua volta manda un'allerta agli operatori sanitari. Ma non ai giornalisti, e neppure a associazioni (come anche la Lila) che fanno prevenzione e riduzione del danno sul territorio (con mandato istituzionale). E nelle allerte è specificato per prima cosa che sono "vietate la pubblicazione e le divulgazione sul web": infatti non circolano, mai.

Accade così che un'associazione di operatori di strada di Bologna, parte del [Coordinamento regionale delle Unità di strada dell'Emilia Romagna](#), si trovi per le mani una strana sostanza, segnalata dai consumatori, che decida di farla analizzare (all'estero: in Italia non si può) e che scopra che diverse persone si stanno facendo male a causa della methoxetamina. L'associazione fa a sua volta una segnalazione nei propri canali, diretta a colleghi e consumatori: state alla larga da quella finta ketamina. Salvo poi scoprire che da oltre un anno era nota al Dipartimento di Serpelloni. Che l'aveva anche fatta inserire nella tabella delle sostanze proibite. Da almeno un anno la sostanza era in circolazione, provocando una lunga serie di accessi al pronto soccorso, anche da parte di minorenni, ma l'allerta del Dipartimento di Serpelloni ([che si legge qui](#)) è riuscita ad arrivare un paio d'anni dopo le prime segnalazioni e persino dopo quella dell'associazione di strada. Ovviamente con divieto di divulgazione. Con buona pace della salute dei consumatori.

Filomena Aron
Ufficio Stampa Lila

25 MARZO 2011

© QS Edizioni - Riproduzione riservata

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS



On. Rizzo-Nervo

Nel nostro Paese, unico in Europa, è proibito dare informazioni e pubblicità riguardo alla diffusione e alla pericolosità delle sostanze stupefacenti se non agli operatori sanitari e a quelli delle forze dell'ordine, quindi, è impossibile informare, con campagne dedicate, persone e ragazzi che possono venire in contatto senza conoscerne la pericolosità, quindi non possono venire in contatto della pericolosità.

XVIII LEGISLATURA
Resoconto stenografico dell'Assemblea
Seduta n. 47 di mercoledì 19 settembre 2018
PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE MARIA EDERA SPADONI

Min. Grillo

Per ciò che concerne il divieto di fare informazione e pubblicità, anche via web, riguardo alla diffusione e alla pericolosità di tali sostanze, devo precisare che esso trova fondamento nell'opinione finora prevalente fra i tecnici e i ricercatori del settore per cui la condivisione di tali informazioni con i consumatori potrebbe avere, specie tra i giovani, un effetto incentivante. Diversi studi hanno tuttavia cercato di sperimentare nuove strategie di prevenzione attraverso l'uso di nuovi canali di comunicazione interattivi usati soprattutto dai giovani, i quali, però, allo stato attuale, non consentono di trarre definitive conclusioni circa l'efficacia di questi eventuali nuovi strumenti.

Concludo, confidando di avere dato assicurazione che, indipendentemente dalla formale attivazione del sistema di allerta, il nostro quadro regolatorio offre una molteplicità di strumenti, orientati alla massima applicazione del principio di precauzione e, pertanto, in grado di assicurare un elevato livello di prevenzione. Ciò non esclude, tuttavia, che tale sistema possa e, anzi, debba essere sottoposto a un ulteriore rafforzamento. A tal riguardo, desidero dare notizia che le ipotesi di perfezionamento del sistema sono già allo studio del competente dipartimento per le politiche antidroga.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

9



OPEN DATA – OPEN ACCESS

THE RELATION OF INTERNET SEARCHING TO
CLUB DRUG KNOWLEDGE AND ATTITUDES

Psychology and Health
June 2003, Vol. 18, No. 3, pp. 387-401

NOEL T. BREWER*

Department of Psychology, Rutgers University, 152 Frelinghuysen Road,
Piscataway, NJ 08854, USA

(Received 10 February 2002; in final form 4 November 2002)

Club Drug Attitudes

Higher club drug knowledge was accompanied by more permissive attitudes towards the drugs. Searching for club drug information during the study led to stronger beliefs that the drugs would help the user be more at ease socially. Searching also caused those who had never used drugs to be more likely to believe the drugs would be beneficial. Participants' attitudes toward future club drug use were unaffected by their search during the experiment, a finding that is consistent with the fact that searching did not actually engender positive attitudes towards the drugs. (Strictly speaking, searching made attitudes less negative). Nonetheless, the decreases in negative regard for the drugs could have a delayed effect such that searching may influence behavior toward increased use when in high-stakes situations such as being offered drugs by friends. The findings suggest that concern should shift from the presence of inaccurate information to how Internet use changes attitudes. This conclusion is bolstered by the finding of

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

10

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS

Informa Clin & Informa Healthcare
Copyright © 2019 Informa Healthcare USA, Inc.
ISBN: 1082-4064 print / 1744-5019 online
DOI: 10.1080/10824064.2019.1619857

informa
healthcare

Harm Reduction

Avoiding Counterproductive Results: An Experimental Pretest of a Harm Reduction Intervention on Attitude Toward Party Drugs Among Users and Nonusers

JILL R. D. WHITTINGHAM,¹ ROBERT A. C. RUITER,¹
LINDA BOLIER,² LEX LEMMERS,²
NINETTE VAN HASSELT,² AND GERJO KOK

¹Maastricht University, The Netherlands
²Traubos Institute, The Netherlands

General Discussion

As in Experiment 1, the second experiment did not show any counterproductive effects of exposing young people to health education material that provided information about how to minimize the potential hazards associated with drug use rather than solely discouraging the use of drugs on the personal acceptance of party drug use – not for an unknown drug (GHB) and not for a well-known drug (ecstasy). These findings thus once more confirm that harm reduction materials do not likely result into more acceptance of undesired or risky behaviors.

11

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



OPEN DATA – OPEN ACCESS



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Substance Abuse Treatment

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jsat



Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis

Tayla J. Degan*, Peter J. Kelly, Laura D. Robinson, Frank P. Deane

Illawarra Institute for Mental Health, School of Psychology, University of Wollongong, Australia



Discussion and conclusion: The current study found that low to moderate health literacy levels were common for those attending residential substance abuse treatment. Participants with lower health literacy tended to have poorer quality of life and mental health. Future research should examine strategies to improve health literacy amongst people attending alcohol and other drug treatment. It may also be useful for service providers to consider ways to minimise the impact of low health literacy on the health needs and outcomes of this vulnerable population.

12

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS

Acute Intoxications and Fatalities From Illicit Fentanyl and Analogues: An Update

Silvana Pichini, PhD* Bianca Sciacca, PhD* Paolo Baratta, PhD* Roberto Pacifici, PhD* and Francesco Paolo Bernardi, PhD, MD†

CONCLUSIONS

Nowadays, illicit fentanyl and its analogues are a highly dangerous threat to public health, especially because of the small doses required to result in lethal exposure. Several recent epidemics have occurred, particularly in the United States and Europe, causing acute intoxications and hundreds of deaths. At the origin of this harmful public health, threat is the organized crime selling to unsuspecting users illicitly manufactured fentanyl and fentanyl analogues, either on the street or in the dark market. These compounds are presented as a different variety of products often disguised as heroin, other drugs of abuse, or counterfeit pharmaceuticals. New analogues are constantly being produced to bypass laws and the authorities' controls so that unaware consumers can easily purchase them. Because little is known about these substances and it is rather difficult to obtain a comprehensive and updated list of all fentanyl analogues, their properties and drug metabolites, it is highly recommended to develop and validate analytical methods for the detection of parent drugs and eventual metabolites. It is critical to better inform the population about the high overdose risks presented by synthetic opioid consumption, to prevent the risks of purchasing products that are adulterated by fentanyls or masked products wrongly believed to be heroin or other substances, and to improve monitoring and control of the increasingly important phenomenon of fentanyl use/abuse.

13

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



OPEN DATA – OPEN ACCESS



Messaggi sulla droga

DOC in pillole Cosa sono i cannabinoidi sintetici?

14

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS

Con l'app Red Alert sul tuo smartphone...



Riceverai immediatamente una notifica in caso di Red Alert



Scopri come e dove puoi far testare i farmaci



Ottieni i tuoi consigli per limitare i rischi dei farmaci



15

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4



OPEN DATA – OPEN ACCESS

Domanda sul tuo consumo di droga?

Se hai una domanda sul tuo consumo di droga o su quello di qualcun altro, contatta la linea di informazioni sui farmaci. Vuoi saperne di più sui test antidroga o sull'allarme rosso? Si prega di contattare il Drug Information and Monitoring System del Trimbos Institute.



16

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



OPEN DATA – OPEN ACCESS



OLANDA
SVIZZERA
BELGIO
AUSTRIA
SLOVENIA
...

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

17



OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- In Italia i dati delle morti da droghe sono pubblicati dal Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga
- Ultimi dati sul 2020
- Morti: 5 pagine su 376
- COME VENGONO FORNITI? ->

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

18

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- In Italia i dati delle morti da droghe sono pubblicati dal Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga
- Ultimi dati sul 2020
- Morti: 5 pagine su 376
- COME VENGONO FORNITI? ->

Decessi andamento quinquennale per fasce di età

Fasce di età	2016		2017		2018		2019		2020	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
< 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 + 19	1	4	4	6	3	4	2	6	2	9
20 + 24	4	9	5	13	5	15	4	16	7	19
25 + 29	2	16	4	24	4	21	10	26	6	16
30 + 34	5	34	7	27	6	42	11	24	6	34
35 + 39	7	46	9	44	8	53	5	47	3	37
≥ 40	8	132	12	142	23	152	19	204	17	152
Totale	27	241	41	256	49	287	51	323	41	267
	268		297		336		374		308	

138. Il dato si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe o al caso per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di droghe, quali i decessi conseguenti a incidenti in auto per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni o a interazioni connesso a patologie preesistenti. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami anatomo-patologici e tossicologici.

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- In Italia i dati delle morti da droghe sono pubblicati dal Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga
- Ultimi dati sul 2020
- Morti: 5 pagine su 376
- COME VENGONO FORNITI? ->

Decessi distinti per tipo di sostanza causa decesso - andamento decennale

Tipo di sostanza	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amfetamina	-	-	5	3	2	-	1	1	3	2
Barbiturici	2	1	1	-	2	1	1	-	1	2
Benzodiazepine	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Buprenorfina	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Cocaina "Crack"	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Cocaina	29	41	30	23	38	30	53	64	64	69
Eraina	175	164	148	147	105	100	149	156	168	136
Fentanil	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Furanilfentanil	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Hashish	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Non precisate	140	177	150	132	150	116	74	93	136	61
Ketamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
L.S.D.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
M.D.M.A. Amfetamina	1	2	-	-	1	1	2	-	-	-
Mefedrone	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Metadone	15	8	13	10	3	9	13	17	16	15
Metamfetamina	1	-	-	-	-	-	-	2	1	1
Morfina	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Ocfentanil	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Opioidi	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Psicofarmaci	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
U47700	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Totale	365	355	349	313	308	269	297	336	374	308

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

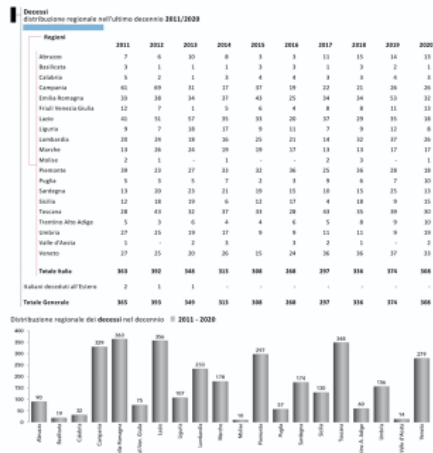


OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- In Italia i dati delle morti da droghe sono pubblicati dal Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga
- Ultimi dati sul 2020
- Morti: 5 pagine su 376
- COME VENGONO FORNITI? ->



21



OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- Sito GeOverdose della SITD Società Italiana Tossicodipendenze
- Dati rilevati dai media online e cartacei – quindi PARZIALI
- Però TEMPESTIVI
- Geolocalizzazione, circostanze, età, sesso, sostanza presunta, ambiente + articolo pubblicato



22

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

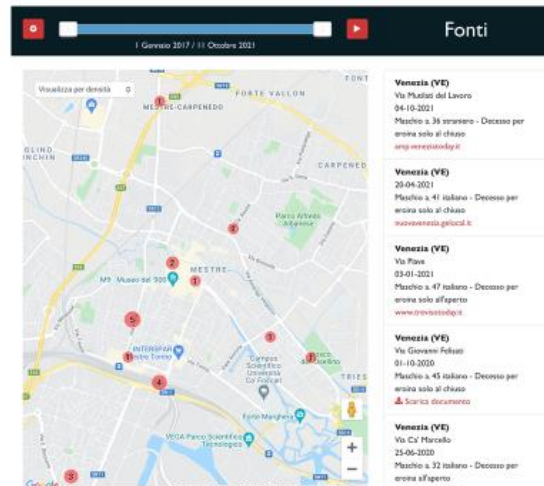
VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- Sito GeOverdose della SITD Società Italiana Tossicodipendenze
- Dati rilevati dai media online e cartacei – quindi PARZIALI
- Però TEMPESTIVI
- Geolocalizzazione, circostanze, età, sesso, sostanza presunta, ambiente + articolo pubblicato



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

23

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- Sito GeOverdose della SITD Società Italiana Tossicodipendenze
- Dati rilevati dai media online e cartacei – quindi PARZIALI
- Però TEMPESTIVI
- Geolocalizzazione, circostanze, età, sesso, sostanza presunta, ambiente + articolo pubblicato



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 4

24

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

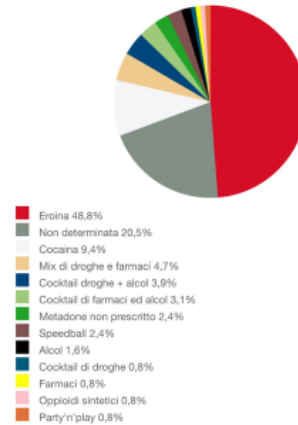
OPEN DATA – OPEN ACCESS

DANNI DA DROGHE: COME? DOVE? QUANDO?

COME? DOVE? QUANDO?

- Sito GeOverdose della SITD Società Italiana Tossicodipendenze
- Dati rilevati dai media online e cartacei – quindi PARZIALI
- Però TEMPESTIVI
- Geolocalizzazione, circostanze, età, sesso, sostanza presunta, ambiente + articolo pubblicato

Sostanze



OPEN DATA – OPEN ACCESS

COSA CHIEDIAMO ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE?

Aprire i dati del sistema di allerta precoce

- Renderli pubblici in maniera ragionata (collaborazione tra istituzioni, società scientifiche, associazioni di utenti)
- Indirizzarli ai consumatori di sostanze, alla popolazione a rischio, alla popolazione generale, con verifica degli esiti
- Aprire al drug-checking e renderlo disponibile anche ai servizi sanitari e di prossimità (evitare imputazioni di detenzione, cessione, garantire anonimato di chi fornisce la sostanza)

Aprire i dati sui decessi da droghe

- Renderli disponibili in maniera tempestiva includendo età, sesso, luogo, data, sostanza, circostanze – rispettando la riservatezza.
- Collaborare con le istituzioni sanitarie, associazioni e società scientifiche, per l'analisi dei dati, la previsione delle tendenze, la progettazione degli interventi di prevenzione e di cura.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

27

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.8 Dr. Stefano Bertoletti -Evoluzione del *drug checking* nei servizi RdD in Italia

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Stefano Bertoletti

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

esperienze italiane di DC realizzate dai servizi di RDD:

Una pratica ancora agli albori nei servizi di RDD italiani che pur essendo sviluppati e operativi con dispositivi adeguati a contesti diversi non hanno potuto mettere in pratica il servizio di DC come è successo in altri paesi europei (Svizzera, Olanda, Austria, Spagna, Portogallo ..)

Problemi legali sulla gestione di campioni di sostanze illegali e autorizzativi per i laboratori di analisi

Partydrogenprävention in Zürich
Mobiles Drug Checking



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



esperienze italiane di DC realizzate dai servizi di RDD:

Grazie ad esperienze pilota come BAONPS o Progetto PAS si stanno sviluppando esperienze che utilizzano tecniche diverse di DC all'interno di un dispositivo multiregionale già sperimentato

Party setting prevalenti ma non solo l'esigenza di DC è fortemente sentita tra i servizi di RDD che si occupano di contesti di consumo di eroina e cocaina

Oppioidi di nuova e vecchia generazione, soprattutto fentanyl e derivati ma anche cocaina e adulteranti pericolosi (levamisolo) e recentemente crack

Fanno emergere domande nuove da parte dei consumatori a cui è necessario poter rispondere



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



esperienze italiane di DC realizzate dai servizi di RDD:

L'integrazione tra le diverse tecniche

Questo tipo di esigenze legate allo sviluppo dei trend di consumo ha portato diversi gruppi di RDD a compiere investimenti per dotarsi di strumenti diversi per compiere **analisi "on site"**

Reagenti colorimetrici, Thin Layer Chromatography(TLC), strumenti RAMAN e tecnologie ad infrarossi

A queste si aggiungono esperienze (Toscana, Veneto) che hanno analizzato strumenti e parafrenalia usati dai consumatori per compiere un'analisi di tipo qualitativo (siringhe utilizzate, filtri usati per iniezioni etc)

Nell'esperienza toscana i **filtri consegnati dai consumatori agli operatori sono stati analizzati dal laboratorio U.O. SOS Tossicologia Clinica e Antidoping Azienda USL Toscana centro, mediante "gascromatografia, con rilevazione di massa", dopo una semplice estrazione con metanolo.** confrontando gli spettri di massa con quelli della libreria NIST.

63 campioni di eroina e cocaina in due mesi (2018/19)

Questo tipo di analisi non pone nessun problema di autorizzazione (operatori/laboratori)

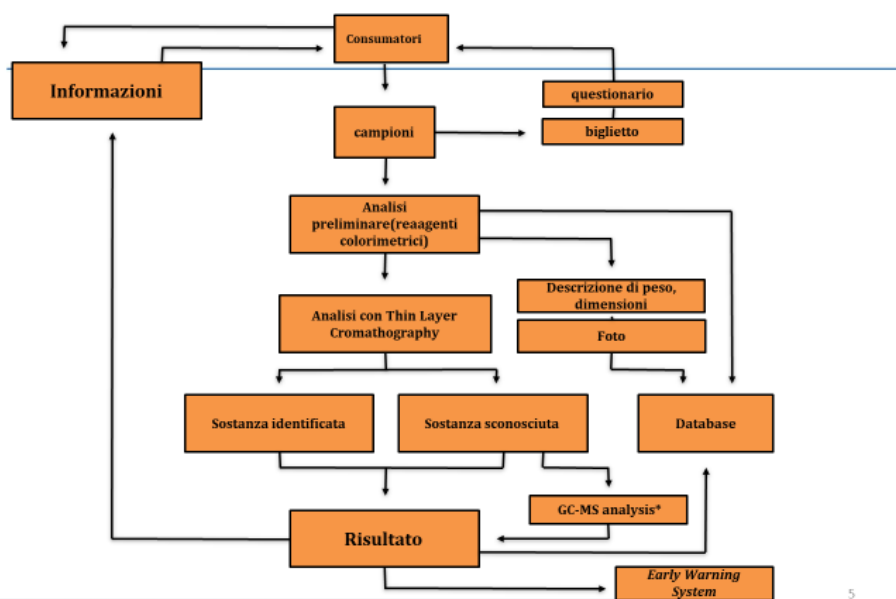
Risulta applicabile a diverse tipologie di servizi consentendo un'azione di monitoraggio regolare sulle sostanze di un territorio specifico. Il limite sta nel ritardo delle risposte al consumatore

le pratiche e i setting di DC sono diverse e integrabili tra loro comprendono le analisi compiute da **unità mobili e da centri fissi oltre alle analisi indirette sugli strumenti usati per il consumo.**



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

5



esperienze italiane di DC realizzate dai servizi di RDD:

DC : un sistema che implementa ed integra le politiche di salute pubblica

Ruolo dei consumatori fondamentale

Superare le paure di incorrere in meccanismi repressivi e di controllo

Nei party setting europei il servizio di DC viene considerato una parte della sicurezza degli eventi

Il DC consente di avvicinare e di fornire consulenza ad un ampio gruppo di consumatori difficili da contattare altrimenti

con il DC è possibile attivare e sostenere una domanda di consulenza e di attenzione verso la propria salute.

Le risposte dei consumatori sono incoraggianti ,

Lo confermano gli esiti degli interventi di pre-post counseling associati al DC. Nei Party Settings molti dei risultati delle analisi che mostrano sostanze non conosciute portano i consumatori a non assumere la sostanza.

Nei contesti di consumo storici l'introduzione di pratiche di DC ha portato alla richiesta di nuove domande di consulenza sugli effetti non previsti nell'uso di certe sostanze .

L'interesse di ISS, del sistema di allerta rapido, e del coordinamento interregionale : avvio di una progettazione coinvolgendo i gruppi di RDD ci offre speranza di avviare una sperimentazione nazionale integrata

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.9 Dr. Alessio Guidotti - Niente su di noi senza di noi: restituire alle persone che usano droghe il ruolo di protagonisti nella definizione delle politiche e dei servizi: la vera innovazione possibile

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Nome Cognome relatore

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

Sottotitolo

...art.IV dichiarazione OMS di Alma-Ata, 1978

«Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.»

particolare attenzione deve essere riservata in ogni ambito (servizi, ricerca ecc) alle specifiche esigenze delle donne che usano droghe e spesso così come portano particolari competenze hanno bisogni specifici troppo poco considerati

...
...

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

INPUD- Euronpud

CND (Commission on Narcotic Drugs) sia con l'UNGASS, l'Assemblea Straordinaria delle Nazioni Unite.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

Stanford patient Education Research center

Il paziente esperto (expert patient)
Lorig, Holman 2003
medicina proattiva

30 anni di ricerca Scuola di medicina di Palo Alto sviluppa testa e VALUTA programmi di self management

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile
Come evidenziavano le ricerche e la valutazioni della scuola di Palo Alto si coniugano, nel self-patient management , in una maniera straordinaria

supporto del paziente/beneficiario dei servizi a

→ cittadinanza

→ fiducia in se stessi

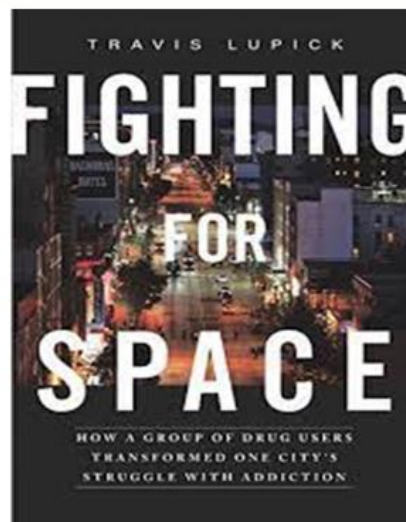
se sviluppassimo questo argomento andremmo ad "incrociare" aspetti terapeutici che sono insiti in quelle pratiche che restituiscono potere al cittadino, dignità all'individuo

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

la storia di VANDU e di come un gruppo di persone che usano droghe ha trasformato un contesto sociale è talmente straordinaria che ne è stato fatto un libro



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

manifesto per la cannabis libera è stato scritto da consumatori di cannabis e poi sottoposto a on Mantero



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

presenta un lavoro di ricerca, offre riferimenti teorici ma soprattutto offre un modello operativo per avviare percorsi di partecipazione attiva partendo dai servizi e arrivando ad un advocacy territoriale Tutto il testo è molto pragmatico affatto ideologico



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

modificare l'articolo 1 comma 15 della legge 309 /90 (SLIDE) aggiungendo dopo " della cura della tossicodipendenza " le seguenti parole " ed inoltre le associazioni costituite da persone che usano droghe in qualità di beneficiari dei servizi e/o diretti interessati delle politiche anche se non beneficiari dei servizi stessi.

sostituire in tutto il testo della 309/90 la parola " tossicodipendenti" con " persone che usano droghe" o " persone che hanno un uso problematico" ove ci si riferisce alle specifiche condizioni di consumo che presenta appunto tratti di problematicità

sia costituita una commissione, con presenza di PUD di genere femminile, e persone LGBTQ che valuti la necessità di specifiche attenzioni alla questione del genere e che tutelino queste persone già vittime di uno stigma morale molto pesante e anche la ricerca, fino ad oggi, non è stata sufficientemente attenta alle specifiche di genere.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

Inoltre sia riservato alle donne e alle persone LGBTQ che usano droghe specifiche attenzioni anche nei servizi di alta e bassa soglia in grado di rispondere alle loro peculiari necessità

costituire un osservatorio nazionale che promuova e valuti il coinvolgimento delle PUD nella programmazione e nella definizione dei servizi e delle politiche e che abbia come indicatori il numero di pari presenti nei servizi anche come esperti nei vari progetti e servizi di alta e bassa soglia

che sia disposta a livello Regionale la presenza delle PUD nelle commissioni per la definizione dei LEA e che questa presenza tenga in considerazione le specifiche esigenze nonché la ricchezza esperienziale delle donne che vivono il consumo di sostanze

sia inserito l'operatore pari nell'organico dell'equipe sia nei LEA che nei requisiti per l'accreditamento come avvenne in Piemonte nell'atto di intesa stato Regioni del 1999

Che vengano istituiti corsi di formazione riconosciuti sia dagli enti del pubblico che del privato per permettere la reale presenza dei PUD nei servizi.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



Niente su di noi senza di noi : la vera innovazione possibile

Per quanto mi riguarda , non conosco nessun processo che liberi di più- che dia un senso più profondo di liberazione e crei libertà- del crollo o l'abbattimento di un pregiudizio

Peter Handke



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

9.10 Dr. Claudio Cippitelli - *Drug Consumption Rooms*. Avvio sperimentazione in Italia

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 4

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica della riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

18 - 19 ottobre
Online

Claudio Cippitelli

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

le drug consumption rooms (DCR)

Motivi di una scelta di civiltà

In Europa, le politiche di riduzione del danno (rdd) si basano su una vasta gamma di servizi che prevedono, tra le altre cose, le unità di strada, i drop in, le accoglienze diurne e notturne, i servizi di cura pubblici (in Italia i Ser.D.) e, in diversi paesi, le stanze per il consumo di droghe in sicurezza.

le drug consumption rooms (DCR), sono strutture controllate per il consumo in sicurezza di sostanze psicotrope illegali, supervisionate da personale qualificato.

Tale scelta è stata motivata, tra le altre cose, dal diffondersi a partire dagli anni '80 del virus dell'immunodeficienza umana (Hiv) e della conseguente sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids) e rispondevano al bisogno di ridurre la morbilità e la mortalità tra i consumatori, fornendo ambienti igienici e sicuri; ulteriore obiettivo è ridurre il consumo in pubblico, favorendo la conoscenza dei servizi dedicati tra i consumatori, anche tra quelli mai entrati in contatto con le strutture sociosanitarie.

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee



le drug consumption rooms (DCR)

obiettivi

Tali presidi mirano sia a ridurre i rischi nei quali possono incorrere i consumatori di droghe, sia alla sicurezza dei quartieri e delle città. Il primo obiettivo è evitare la trasmissione di malattie attraverso iniezioni in condizioni di precarietà igienica, prevenire le overdose e avviare o mantenere i rapporti tra persone che usano droghe (da ora PUD) e i servizi sociosanitari. Il secondo obiettivo, la salvaguardia della territorio, avviene attraverso la drastica diminuzione degli aghi abbandonati in modo non corretto e la diminuzione di motivi di tensione sociale legate alle scene di consumo in luoghi pubblici.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

3



le drug consumption rooms (DCR)

Le scene del consumo autorganizzate



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

4