

REAZIONI ED ATTEGGIAMENTI DEI TOSSICODIPENDENTI ITALIANI RESIDENTI A LONDRA

Gianni Dianin

East London 1 City Drug Services - The Specialist Drug Unit

SOMMARIO

In Gran Bretagna l'avvento dell'epidemia da HIV/AIDS ha indotto una sostanziale revisione delle politiche sulla tossicodipendenza. Fin dalla prima metà degli anni '80 le Autorità Sanitarie e di Salute Pubblica si resero conto che l'arresto dell'infezione da HIV era prioritario rispetto alla lotta alla tossicodipendenza.

Questa considerazione, che rivoluzionò l'ordine delle priorità nell'intervento contro l'abuso di sostanze, venne chiamata Riduzione del Danno.

Attualmente centinaia di tossicodipendenti e/o sieropositivi italiani giunti a Londra per motivi diversi, hanno colto l'opportunità di usufruire dei servizi di Riduzione del Danno prima che tale strategia d'intervento venisse ufficialmente adottata in Italia.

Una strategia nuova talvolta può portare dei risvolti nuovi ed inaspettati nei rapporti tra gli utenti e gli operatori e, naturalmente, dei vantaggi e degli svantaggi come qualsiasi strategia. In questo contesto, che rispecchia in un certo senso la situazione congiunturale italiana, verranno descritti ed analizzati l'esperienza fatta con i suddetti utenti, nonché le loro reazioni ed atteggiamenti.

CENNI STORICI

Nel 1988 un numero inaspettato di Italiani con problemi relativi all'HIV ed all'uso di eroina cominciò a presentarsi ai vari servizi londinesi richiedendo assistenza.

La Chiesa Italiana di Londra aveva espresso preoccupazione per il numero crescente di tossicodipendenti che cercavano sostegno morale e materiale, poiché non riusciva più ad accontentare tutti i giovani che avevano bisogno di cure, assistenza e supporto.

I Servizi londinesi non riuscivano ad attrarre gli Italiani sia per problemi di lingua, sia per il sospetto e cinismo che gli Italiani dimostravano verso i Servizi Socio-Sanitari che, in base alla loro esperienza in Italia, ritenevano punitivi, inadeguati, ed orientati esclusivamente all'astinenza.

Nel 1989 venne predisposta una giornata di studio su come organizzare le iniziative di riduzione del danno indirizzate a questi soggetti.

Il convegno si concluse con due proposte:

- 1) condurre una ricerca epidemiologica/etnologica su questa popolazione;
- 2) creare un network di operatori che si ponesse come coordinamento strategico per le iniziative socio-sanitarie di riduzione del danno: l'Anglo-Italian HIV/Drugs Network.

Un Centro del Privato Sociale che impiegava già un operatore che parlava l'italiano ebbe l'incarico di fungere da base per la ricerca. Si pensò che questo Centro potesse costituire un buon punto di partenza, data l'esperienza nell'ambito della riduzione del danno ed anche perché avrebbe potuto offrire assistenza agli Italiani nella loro lingua.

Secondo il modello della "Action Research", lo studio inoltre fu usato come primo momento di contatto degli italiani che non usavano i centri londinesi. Ai partecipanti venivano offerte informazioni sui servizi e sulla prevenzione dell' HIV e dell' epatite. Costoro venivano contattati tramite intervistatori Italiani che erano già in contatto coi Servizi ed erano stabilizzati a mantenimento metadonico, e che erano bene informati sulla situazione degli Italiani.

Inoltre gli intervistatori ricevevano supervisione settimanale da uno psicologo, e fungevano anche da "opinion leader" essendo già a conoscenza del sistema socio-sanitario locale.

La ricerca produsse risultati sconcertanti per quanto riguardava il numero di tossicodipendenti (almeno 1000), la prevalenza di HIV (30%), i comportamenti a rischio, le precarie condizioni socio-economiche, e soprattutto il tasso bassissimo di contatti con i servizi. L'80% dei sieropositivi non era nemmeno registrato con un medico di base.

Un fatto interessante ma non inaspettato era che la maggioranza degli intervistati non utilizzava i servizi perché temeva l'arresto, o di essere deportati in Italia dove molti avevano dei carichi pendenti, o perché non erano abbastanza motivati a disintossicarsi.

Di norma, utilizzavano i Servizi esclusivamente come ultima risorsa, quando non avevano come altra alternativa la comunità, oppure di rischiare la vita o la prigione per procurarsi la dose. In sostanza, contattare un servizio implicava l'aver "toccato il fondo", il massimo grado di disgregazione psico-sociale, il sentirsi sconfitti. Tuttavia, anche se toccare il fondo talvolta può costituire un incentivo a divenire

drug-free, il tasso di utenza sarebbe rimasto sempre basso, e la prevenzione dei comportamenti a rischio non avrebbe potuto essere attuata. Allo stesso modo, usando una metafora medica, è più efficace curare una malattia agli stadi iniziali che in fase avanzata.

LA SECONDA FASE (GLI ITALIANI COME “GRUPPO BERSAGLIO”)

La ricerca propose delle iniziative che consentissero di accrescere il tasso di aggancio dell'utenza e di mantenere l'aggancio nel tempo una volta avvenuto.

L'obiettivo primario era di offrire l'opportunità ai TD non ancora in contatto con i Servizi tradizionali di informarsi su come prevenire l'infezione da HIV, e quindi i mezzi per diminuire i comportamenti a rischio. Il modello inglese parte dal presupposto che la maggioranza dei consumatori di droga possono e vogliono rimanere sani il più possibile, e che fornendo loro i mezzi adeguati si possono creare le condizioni che favoriscono la riduzione del danno.

Essenzialmente, bisogna operare una distinzione tra l'aspetto psicoattivo della droga in sé, il suo consumo per l'effetto prodotto, ed i danni derivati dall'uso di droga, e cioè i problemi legali, sociali, abitativi, di salute pubblica, ecc.

In altre parole una persona non diventa sieropositiva perché assume eroina, ma perché usa la siringa di un sieropositivo, o perché in carcere una siringa viene condivisa da molti detenuti, o perché i modi di trasmissione dell'HIV sono sconosciuti, e cioè per situazioni che sono correlate all'uso di droga ma non necessariamente causate da essa. Si tratta perciò di adottare delle misure pragmatiche che tralascino l'aspetto morale del consumo personale di droga, ed è necessario essere preparati a lavorare su obiettivi intermedi con coloro i quali non sono ancora pronti a mantenere uno stato di astinenza.

Alla luce di queste considerazioni si cominciarono ad istituire dei servizi (il CADA, l'Angel Project, ecc.) a cui gli Italiani potessero accedere facilmente e dove potessero usufruire delle strutture di supporto esistenti.

IL CADA (AZIONE TERRITORIALE SULL'ABUSO DI DROGA)

Il CADA è un Centro sul territorio finanziato dalla Regione ma indipendente da essa, cioè gestito a livello di privato sociale. È un centro di bassa soglia che offre un Drop-in, un Needle Exchange, il Counselling, le Terapie Metadoniche, la Medicina Complementare. Offre inoltre sessioni mediche, legali, e per i problemi abitativi ai clienti che lo richiedono e, lavorando in un ambiente multi-culturale,

cerca di organizzare dei servizi a “bersaglio” per popolazioni di minoranza o con esigenze speciali.

Ad esempio, oltre al servizio per gli italiani, c'è un servizio per le donne ed uno per gli afro-caraibici.

Il CADA era già abbastanza conosciuto dagli Italiani poiché un operatore era italiano ed inoltre il ricercatore aveva già contattato molti tossicodipendenti non ancora in contatto con i Servizi.

Di conseguenza, nell'anno successivo alla ricerca il numero di utenti italiani era raddoppiato, passando da 60 a 120.

La maggioranza di questi utenti usufruiva del “needle exchange” (Scambio Siringhe) e del Drop-In, che frequentemente si trasformavano in un gruppo di discussione. Il Needle Exchange in particolare era uno spazio confidenziale ed anonimo nel quale all'utente venivano offerte non solo le siringhe nuove in cambio di quelle usate, ma veniva offerta anche l'opportunità di discutere pratiche di iniezione, pratiche sessuali, le proprie esigenze e i propri dubbi rispetto ai Servizi. L'utente in questo contesto poteva trovare un momento di contatto con i Servizi che soddisfacesse i suoi tempi e le sue esigenze. Non sarebbe stato efficace distribuire le siringhe se questo atto poi non fosse stato percepito in un contesto di educazione sanitaria con l'obiettivo di ridurre i comportamenti a rischio. Si può infatti constatare che nonostante la vendita di siringhe sia libera in Italia, questo non ha di per sé determinato una riduzione dell'incidenza di HIV.

Allo Scambio Siringhe non viene richiesto il nome, esclusivamente le iniziali, l'età, il gruppo etnico ed il numero di siringhe fornite e restituite. Ciò nonostante, gli utenti italiani, sospettosi dei servizi, inizialmente ritenevano opportuno dare un nome falso.

L'obiettivo del Needle Exchange e dei Servizi a Bassa Soglia, è inoltre di iniziare e mantenere un rapporto di reciproca fiducia tra gli utenti ed operatori.

Gli Italiani si ambientarono bene con gli altri utenti e con gli operatori, anche se alcuni utenti inglesi si sentivano un po' esclusi e temevano che il CADA dedicatesse troppo tempo a questi nuovi utenti. Questo era dovuto al fatto che, mentre gli Inglesi venivano al CADA solo per usufruire di un dato servizio, gli italiani in molti casi vi passavano tutto il pomeriggio, uscendo brevemente per comprare la dose di droga o per andare a prendere il metadone dal farmacista. Per molti infatti il CADA era un centro sociale.

Gli operatori comunque, erano soddisfatti degli utenti italiani nonostante il loro atteggiamento sospettoso, perché dimostravano di essere molto riconoscenti ed esprimevano la loro gratitudine in vari modi: pulendo il Drop-In, preparando il tè od il caffè per tutti, restituendo tutte le siringhe, o prendendo più siringhe e preservativi per darle ai loro amici. Nonostante solo 1 su 4 riuscisse ad entrare nel pro-

gramma metadonico a causa del numero chiuso, si potevano esplorare molti altri aspetti del problema, quali la casa, le finanze, l'HIV ecc.

È interessante notare che al CADA, dopo il lavoro iniziale di mappatura e diffusione di informazioni durante la ricerca/azione, non ci fu bisogno di organizzare un servizio specifico di outreach, poiché si realizzò che molti Italiani venivano a sapere da amici del CADA e venivano a curiosare sapendo che non era necessario né fornire il nome, né disintossicarsi, a meno che non fosse una loro scelta.

I PROBLEMI

Istituire un Servizio sulla base dei bisogni dell'utente può portare ottimi risultati in termini quantitativi e qualitativi, e cioè, aumentare il tasso di utenza e diffusione delle pratiche e dei mezzi per la riduzione dei comportamenti a rischio. Vi sono tuttavia anche degli aspetti problematici da affrontare.

Vi è il rischio che il Drop-In venga utilizzato come luogo di pre-vendita di Crack ed Eroina o per ricreare una situazione di piazza di gruppetti loschi che parlano sottovoce.

La vendita nel Centro è proibita ma può avvenire nelle sue vicinanze.

Chiaramente c'è il pericolo di collusioni, ed è difficile istituire e far rispettare delle regole che tengano conto di tutte le situazioni. Le situazioni problematiche devono essere esaminate caso per caso, a seconda del rapporto che si è costruito con l'utente o con un gruppo di essi. È dunque indispensabile trovare un equilibrio tra l'efficacia del Centro Accoglienza aperto ed i possibili problemi. (Almeno due operatori dovrebbero gestire il Drop-In con 15/20 utenti).

Il Centro può proibire l'entrata agli utenti che ripetutamente assumono comportamenti che possono essere dannosi per gli altri utenti, nonostante il fatto che frequentemente un atteggiamento di sfida sia causato da motivi profondi, quali il bisogno di attenzione, di esprimere rabbia, il bisogno distruttivo di sabotare l'oggetto buono ecc.

Questi atti non devono venire considerati degli attacchi personali, ma un mezzo di comunicare. In molti casi sono gli utenti "cattivi" ad avere più bisogno di assistenza proprio perché non trovano il modo per esprimere il bisogno d'aiuto senza dover mettere in discussione tutta la loro personalità e le loro difese. È compito dell'Operatore contenere la rabbia e la frammentazione cercando di modificarla in positivo. Per fare ciò l'Operatore ha chiaramente bisogno della propria rete di supporto, supervisione e/o terapia. La violenza verso gli Operatori è infrequente, ed in tre anni solo due persone sono state violente verbalmente verso il Centro e l'Operatore. Entrambi i casi sono stati risolti con una discussione.

Talvolta il Drop-In è molto affollato e non vi è il tempo per altri tipi di interventi.

In un'agenzia come il CADA il numero di utenti che possono essere assistiti è limitato. La gestione dell'orario di apertura può risolvere parzialmente questo problema, ma il Drop-In deve essere utilizzato soprattutto in modo costruttivo. Può essere opportuno, per esempio, richiedere all'utente che non ha bisogno di alcun servizio, o che è troppo intossicato, di non presentarsi al Drop-In. Questo non tanto perché vi sia una regola contro gli utenti troppo intossicati, ma perché spesso gli altri utenti, meno intossicati, protestano. Inoltre l'Operatore che deve gestire 10 persone può facilmente esaurire le sue risorse dopo alcune ore di lavoro.

Altri problemi possono insorgere se l'utente: si inietta in bagno, vende siringhe, vende metadone, è violento fisicamente, verbalmente, o psicologicamente.

È probabile che occasionalmente una minoranza di utenti abusi del Drop-In per motivi vari e personali.

Degli Italiani, solo i nuovi utenti abusavano della buona fede degli Operatori. Generalmente, il livello di comportamenti abusivi o distruttivi è proporzionale al livello di popolarità del luogo, al livello di supporto tra il team di Operatori, alla capacità degli Operatori di creare negli utenti un senso di appartenenza, ed anche alle comodità offerte del luogo stesso (per esempio al CADA c'erano giornali, radio, bevande fredde e calde, giochi per i figli/e, e si poteva fare l'agopuntura in gruppo, usare il telefono, ecc.). In ogni caso non si dovrebbe chiudere un servizio perché occasionalmente qualcuno vende il metadone o si inietta in bagno. In linea di massima un Centro non diventa caotico, incontrollabile e controproducente esclusivamente per colpa dell'utente. L'utente dovrebbe anzi essere considerato come colui che comunica al team cosa non va per mezzo di discussioni od anche di comportamenti caotici e distruttivi.

Altre difficoltà sono insite nel rapporto stesso con l'utente, e nella difficoltà di porre dei limiti professionali a questo rapporto (Boundaries).

Gli Italiani, a confronto con gli Inglesi che davano per scontate le disposizioni amichevoli degli Operatori (ad esempio l'uso del 'Lei' non esiste in inglese), pensavano di aver instaurato un rapporto di amicizia con l'Operatore, cioè credevano che l'Operatore facesse loro un favore personale, che loro poi si sforzavano di ricambiare con inviti e regali, od offrendo all'Operatore la priorità nell'acquisto, a prezzo ridottissimo, di merce appena rubata, ecc. Un'ulteriore difficoltà nel rapporto con gli Italiani era che risultava difficile durante il colloquio iniziale capire quali erano i loro bisogni reali, perché costoro pensavano che per ottenere più assistenza fosse necessario dire che volevano smettere di assumere sostanze, anche se volevano solamente una siringa. La progettazione di un intervento specifico risultava così impossibile e si dovettero perciò informare gli utenti che non dovevano necessariamente

smettere di assumere sostanze ed andare in Comunità Terapeutica per ricevere assistenza per i loro problemi.

Con il passare del tempo il Centro non poté più dare ospitalità a tutti gli Italiani, dovette ampliare il network ed estendere l'utenza italiana ad altri centri.

Si organizzarono delle giornate Italiane anche al Nord e all'Ovest di Londra. Si conoscevano già i luoghi dove intervenire per mezzo della mappatura dei luoghi di ritrovo e di residenza eseguita l'anno precedente.

L'ANGEL PROJECT (UN SERVIZIO CENTRATO SULL'UTENTE)

In questo Centro fu istituita una giornata in cui gli Italiani potevano parlare con un Operatore che parlava l'italiano e che facilitava un gruppo informale di sostegno. Il gruppo era aperto, nel senso che l'accesso era libero tra le 2 e le 5. Vennero stampati dei volantini in italiano nei quali erano descritti i servizi offerti: Medico, Counselling, Disintossicazione, Drop-In, Distribuzione e Raccolta Siringhe, Preservativi, Agopuntura, Aromaterapia, Servizio legale, abitativo, finanziario, occupazionale, ed accesso ai Servizi Residenziali di Riabilitazione ed Ospedalieri.

L'Angel Project venne scelto perché godeva di una posizione strategica in quanto era situato nelle vicinanze del luogo in cui gli Italiani si riunivano per la compravendita di crack ed eroina. Inoltre l'Angel Project aveva già un gruppo di Operatori di Strada in quell'area ed aveva perciò familiarità con quella situazione.

Dopo alcune settimane gli italiani costituivano già il 10% dei nuovi utenti.

L'utenza italiana era molto gradita agli operatori, che spesso si sforzavano di comunicare in italiano, o di familiarizzare con un gruppo di persone che li incuriosiva. Lo stesso sentimento era condiviso dall'utenza, che appariva soddisfatta del servizio offerto. Infatti, erano gli stessi utenti che spargevano la voce e che introducevano nuovi utenti.

Un pomeriggio alla settimana però non era sufficiente; gli italiani generavano più lavoro del previsto in quanto cominciarono ad usare il Drop-In anche durante gli altri giorni.

Come il Cada, l'Angel lavorava in collaborazione con i Medici di Base locali. Gli utenti in terapia metadonica dovevano scalare settimanalmente e sottoporsi ad un esame delle urine atto a rivelare l'uso di sostanze non-prescritte.

Il venerdì successivo al gruppo, l'operatore consegnava all'utente una lettera per il medico che indicava la quantità di metadone da prescrivere e forniva alcune informazioni sull'andamento del programma. In questo modo il medico condivideva la responsabilità con un centro specializzato che offriva anche supporto psicologico al paziente. Le dosi iniziali variavano da un massimo di 80 ml. ad un minimo di 15

ml. La durata del programma dipendeva dai bisogni dell'utente, ed i tempi e le modalità venivano discussi e valutati prima di iniziare la terapia. Per molti dei sieropositivi non viene stabilito un limite di tempo.

Talvolta il metadone viene venduto al mercato nero e ciò appare inevitabile. Per contenere questo problema gli utenti erano tenuti a bere il metadone in presenza dell'operatore o ricevevano la dose giornalmente dal farmacista.

Problemi di abuso del servizio ed eventuali ricadute venivano discussi in gruppo od individualmente e solitamente non comportavano l'espulsione dal programma. Nel caso il programma fallisse, si poteva ripetere e rivederne i termini.

Un altro problema è quello della confidenza tra operatori, e tra operatori e clienti.

È infatti probabile che in una stessa giornata l'operatore si trovi a lavorare con una persona a cui è stato rubato il Metadone, e con il colpevole. In molti casi all'operatore viene richiesto di diventare un giudice o un paciere, e di condannare i cattivi e premiare i buoni. È invece indispensabile che l'operatore resti imparziale (ma non sia distaccato o freddo), per evitare che si senta manipolato. È infatti una caratteristica delle dinamiche stesse del gruppo il polarizzarsi, il creare dei capri espiatori, e il cercare di guadagnarsi la simpatia dell'operatore pensando di ottenere un servizio migliore. L'operatore dovrebbe cercare di non coinvolgersi personalmente, e questo dipende dal sistema di supporto instaurato all'interno del servizio stesso ed anche dalla personalità e formazione dell'operatore.

MAINLINERS

Alcuni mesi dopo si pensò di creare un servizio per italiani nel sud-ovest di Londra. Mainliners è un progetto molto interessante in quanto si basa su un presupposto di coalizione tra Operatori e utenti. In pratica l'utente viene stimolato ad organizzare da sé il proprio supporto, e l'Operatore esplica esclusivamente la funzione di facilitatore. L'utente funge inoltre da volontario dell'organizzazione.

Si pensò che tale centro potesse servire da trampolino di lancio per organizzare un gruppo di auto-aiuto tra italiani.

Due volontari sieropositivi cominciarono a lavorare assieme ad un operatore offrendo un gruppo di auto-aiuto ogni lunedì dalle 2 alle 5. In pratica, questo servizio era più per i sieropositivi che per i consumatori di droga, quindi si presentavano una serie di tematiche d'intervento diverse. L'idea era di addestrare l'utente stesso a diffondere le pratiche della riduzione del danno e ad organizzare strutture di supporto basate sui propri bisogni.

Questo tipo di organizzazione presuppone che l'utente non abbia bisogno che

l'operatore telefoni al posto suo per trovargli/le la casa o il metadone, ma che egli/ella sia in grado di gestire il servizio da sé. Gli Italiani inizialmente sembrava non capissero che potevano usare il telefono, anche perché molti non parlavano l'inglese correntemente, ma in seguito cominciarono a farlo. I due volontari potevano dare l'esempio e comunicare le loro conoscenze ai compagni. Per ottenere buoni risultati con questo intervento la popolazione "bersaglio" deve essere relativamente stabile da un punto di vista psico-sociale, poiché non funzionerebbe nel caso l'utenza avesse bisogno di supporto immediato o di un intervento in momento di crisi.

Un progetto che scaturì da uno dei volontari era l'organizzazione di una cooperativa con fini occupazionali. Si pensò che l'utenza dovesse valorizzare le proprie abilità lavorative (idraulici, imbianchini, muratori ecc.).

Talvolta sorgono dei problemi quando il volontario cerca di fare lo psicanalista con il suo pari, creando tensione nel gruppo. È quindi necessario che ci siano degli operatori qualificati nel background che fungano da facilitatori e da chiarificatori quando la situazione si ingarbuglia.

CONCLUSIONE

Dalle esperienze descritte finora, che rappresentano solo alcuni esempi dell'ampio lavoro che si sta attualmente sviluppando con gli Italiani a Londra, si può concludere che una volta superate le prime difficoltà, gli Italiani si sono integrati facilmente nei servizi di riduzione del danno, e che la maggioranza ha utilizzato i servizi in modo costruttivo. I servizi sono riusciti ad agganciare gli utenti anche se è stato indispensabile il "training" perché comprendessero il tipo d'intervento nella sua totalità.

In genere le difficoltà possono essere divise in tre categorie:

- a) strutturali
 - b) interrelazionali
 - c) sistemiche
-
- a) I problemi strutturali riguardano l'organizzazione del supporto e della supervisione del personale, i problemi dovuti alla scarsa chiarezza degli obiettivi del servizio e dei suoi limiti, o alla rigidità del modello, oppure dipendono dal fatto che il modello è gerarchico e non centrato sull'utente.
 - b) I problemi di ordine interrelazionale riguardano i limiti del rapporto professionale, che possono creare gelosie e manipolazioni dell'operatore e abuso del servizio, correlati anche al "burn-out".
 - c) I problemi sistemici riguardano la capacità di limitare l'utenza ad un nume-

ro adeguato, e quindi la possibilità di impiegare dei servizi complementari (Networking), e i limiti insiti nella politica sociale del momento con i suoi risvolti legali, economici e istituzionali.

In generale, per minimizzare l'impatto di queste difficoltà intrinseche è indispensabile mantenere una politica flessibile basata sui bisogni dell'utenza.

La riduzione del danno deve essere vista come un processo dinamico piuttosto che come un prodotto finito da vendere all'utente. Non è una strategia statica, ma un mezzo per aumentare la capacità dei servizi di diminuire i problemi relativi al consumo di droga e di contenere l'infezione da HIV.

Bibliografia

1. Dianin G., Lipsedge M., Duckworth E. (1993), *A preliminary survey of Italian intravenous heroin users in London*. ADDICTION Vol.88, Number 11, Pag.1565-1572. London
2. Dianin G. (1994), *The British Model*.