

INTERVENTO DI STRADA NELLA STRATEGIA DI RIDUZIONE DEL DANNO: L'ESPERIENZA DEL VOLONTARIATO

Vittorio Agnoletto, Paolo La Marca, Chiara Lesmo, Paolo Passarello

Lega Italiana per la Lotta contro L'AIDS (L.I.L.A.) - Milano

INTRODUZIONE

Le particolari caratteristiche epidemiologiche dell'infezione da HIV nel nostro paese impongono come assolutamente prioritari interventi di politica sanitaria finalizzati alla riduzione del danno tra i tossicodipendenti.

La prevalenza di infezione è in questo gruppo drammaticamente elevata, senza contare il ruolo di "ponte" svolto nei confronti della popolazione generale tramite la via sessuale.

È infatti a seguito di rapporti non protetti con partner tossicodipendenti attivi o ex-tossicodipendenti che la maggior parte dei malati di AIDS contagiati per via eterosessuale è entrato in contatto col virus (cfr COA 1992). In Italia su 32.452 casi di AIDS notificati al 30 Settembre 95, ben il 59,4 % riguarda la popolazione tossicodipendente.

Alcuni paesi del nord-Europa hanno risposto immediatamente all'emergenza attuando interventi di carattere pragmatico: siringhe pulite in cambio di siringhe sporche, programmi di contatto dei tossicodipendenti, massima disponibilità di programmi di mantenimento a base di sostanze sostitutive (es. metadone), distribuzione di profilattici ed informazione sulle possibilità di praticare "sesso sicuro". In altri paesi, purtroppo, agli interventi pragmatici si è opposta un tipo di cultura socio-sanitaria che considera il tossicodipendente come un malato che ha una sola possibilità di guarigione e cioè la remissione dei comportamenti devianti e quindi l'astinenza dall'uso di sostanze stupefacenti.

Secondo questa filosofia non vi è alcun motivo per intervenire durante gli anni di dipendenza dalla sostanza stupefacente, per migliorare la qualità della vita e per ridurre al minimo i danni legati al suo uso.

Questo tipo di cultura si scontra con gli innegabili vantaggi di una politica di riduzione del danno, sia per il tossicodipendente che per la popolazione generale,

che si sono registrati in molti paesi anglosassoni e con i risultati di molte ricerche scientifiche.

Ad esempio i programmi di scambio della siringa possono ridurre la contaminazione ambientale (es. siringhe sporche abbandonate nelle strade o nei parchi pubblici), sempre che sia mantenuto alto il tasso di scambio (ovverosia, il numero di siringhe sporche restituite dovrebbe sempre più avvicinarsi al numero di siringhe sterili distribuite). Altri interventi possono ridurre i reati finalizzati a procurarsi la sostanza o favorire il reinserimento sociale dei tossicodipendenti stessi.

C'è da dire che la programmazione di strategie atte a prevenire le patologie correlate alla tossicodipendenza non esclude la messa in atto di interventi volti al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti stessi.

È opportuno tenere a mente che non esiste una sola arma preventiva efficace per eccellenza. L'informazione, i programmi di educazione, i farmaci sostitutivi, gli interventi di contatto sulla strada, il "counselling", i programmi di scambio di siringa possono risultare utili in specifiche situazioni, ma nessuno di questi da solo può essere considerato risolutore.

Occorre accompagnare sempre una valutazione scientifica per rendere questi progetti credibili a noi stessi e per renderli credibili di fronte alle autorità sanitarie ed alla opinione pubblica.

Negli ultimi anni in Italia sono cambiate alcune condizioni:

- Sono stati predisposti da poco tempo degli strumenti legislativi da parte delle autorità sanitarie che prevedono il finanziamento di progetti di prevenzione mirata tra la popolazione tossicodipendente in tutto il territorio nazionale.
- Gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze si rendono sempre più conto della necessità di mettere a punto politiche di riduzione del danno nel mondo della tossicodipendenza partendo dal presupposto che l'obiettivo della liberazione dalla sostanza stupefacente è solo uno degli obiettivi e che ne possono esistere altri significativi (estremamente importanti a questo proposito sono i risultati della Conferenza Nazionale sulla droga svoltasi a Palermo dal 24 al 26 giugno 1993).

A questo punto ci sono tutte quelle condizioni necessarie affinché questi progetti vengano attivati sul territorio nazionale. Tre sono le condizioni che devono accompagnare tali iniziative:

- devono essere chiari gli obiettivi e le finalità in quanto non è sufficiente "operare" in strada per realizzare una efficace politica di prevenzione tra i tossicodipendenti;
- lo svolgersi delle esperienze deve rispecchiare un preciso percorso metodologico, verificabile anche e soprattutto "in itinere", che possa prendere in

considerazione ed affrontare i molteplici aspetti del lavoro che si vengono via via a presentare fase per fase;

- si deve effettuare da subito un lavoro di ricerca e costruzione del consenso alle strategie di RDD sia nei confronti dei potenziali “attori”, istituzionali e non, presenti sul territorio, sia verso la popolazione generale.

OBIETTIVI E FINALITA’

Il punto di partenza è un dato incontestabile anche se di difficile quantizzazione: un gran numero di tossicodipendenti per via iniettiva (eroinomani e non solo) non ricorrono ai Servizi.

Ciò chiaramente per vari motivi, uno dei quali è quello di un gran numero di persone che non percepiscono se stesse come “portatrici di un problema” e perciò non entrano in contatto con i Servizi.

Se questo è il punto di partenza è facile definire il punto di arrivo: la necessità di creare quelle condizioni indispensabili per prendere contatto con i tossicodipendenti, per realizzare interventi educativi nelle strade e per incoraggiare i soggetti ad usufruire dei servizi.

Il fattore tempo diventa un elemento fondamentale per limitare la diffusione del virus e per questo occorre mettere a punto delle strategie che permettano un contatto con il tossicodipendente attivo.

La caratteristica peculiare di queste strategie è la ricerca di una relazione significativa, mediante linguaggi e strumenti specifici, fra gli operatori “di strada” e le persone ancora in fase di attiva assunzione della sostanza.

L’obiettivo prioritario è quello di sviluppare un’azione di prevenzione della diffusione del virus HIV tra la popolazione tossicodipendente.

Ciò comporta l’attuazione di strategie che, prendendo atto della convivenza protratta anche per lunghi periodi con la sostanza, mirino a modificare il comportamento tossicomane così da evitarne gli effetti più deleteri, quali la morte per overdose e l’infezione da HIV o da altri agenti patogeni.

È in questo terreno di frontiera, infatti, che la prevenzione dell’AIDS intreccia la tossicodipendenza, venendosi a stabilire, come dice l’OMS fin dal 1986, una scala di rischi da evitare e quindi di obiettivi da raggiungere: “... in ogni Paese la più alta priorità va data alla prevenzione dell’infezione da HIV tra i tossicodipendenti ... le politiche finalizzate alla riduzione dell’uso di droghe non possono permettersi di pregiudicare le misure da prendere contro questi rischi”.

Sono questi gli obiettivi da cui non si deve prescindere, in ottemperanza anche alle normative vigenti contenute nella L. 162/90 miranti alla tutela della salute psi-

cofisica dei cittadini tossicodipendenti e allo sviluppo di iniziative per il contenimento dell'infezione da virus HIV all'interno di codesto gruppo di popolazione.

Ci si propone lo specifico obiettivo di contattare quella parte di tossicodipendenti che non afferisce ai Servizi, il cosiddetto "sommerso", considerato peraltro estremamente consistente e maggiormente a rischio poichè ai margini del circuito informativo e di intervento.

Si opera, quindi, con la finalità di impostare interventi nei quali gli operatori siano consapevoli di dover interagire con persone ancora in fase di attiva assunzione della sostanza, sviluppando con esse una relazione significativa. Ad essi si affida la realizzazione di un duplice obiettivo:

- fornire elementi informativi sulle vie di trasmissione;
- ridurre i "comportamenti a rischio".

METODOLOGIA D'INTERVENTO DI UN PROGETTO DI UNITA' DA STRADA

La L.I.L.A., grazie alle esperienze realizzate in diverse zone d'Italia (San Giuliano Milanese, Genova, Torino, Firenze, Roma, etc...) ed alla partecipazione ad incontri internazionali, ha accumulato in questo campo una serie di materiali che mette a disposizione di tutti.

Siamo oltretutto consapevoli che esistono esperienze internazionali a cui far riferimento già effettuate da diversi anni e che l'obiettivo fondamentale è quello di ottenere che interventi di tale natura siano avviati al più presto in tutto il territorio nazionale.

Si collocano nella filosofia degli obiettivi prima illustrati, oltre che una collaborazione tra pubblico e privato, anche una serie di interventi a rete che potenzino, con effetto sinergico, il singolo progetto e permettano di sfruttare le risorse presenti nel territorio in termini di strutture pubbliche e private.

Oggi, a nostro parere, la possibilità di sviluppo di questi progetti è per la gran parte connessa ad un coinvolgimento dell'istituzione pubblica e del Ser.T., in particolare con l'attuazione di politiche di Riduzione del Danno parallele all'Unità Mobile ed alle macchine scambiatrici di siringhe.

L'unità di strada, agendo sul territorio, finisce per contattare una parte dei tossicodipendenti ed, oltre ad un invio al servizio, interviene per modificare i comportamenti a rischio legati all'uso in comune della siringa ed ai rapporti sessuali non protetti.

C'è da dire che la ricerca di un terreno comune di intervento che preveda coinvolgimenti di più strutture è spesso difficoltosa per motivi che, di volta in volta, possono essere diversi da un territorio all'altro.

Si è voluto trattare in questo capitolo la metodologia di un progetto di unità di strada integrato e, benché i paragrafi di questo capitolo rappresentino delle fasi distinte dell'attuazione del progetto, bisogna tener conto che tali fasi si possono sovrapporre nel tempo.

Così occorre che la ricerca del consenso al progetto, pur rappresentando la fase di avvio, non sia mai tralasciata anche nel proseguimento del progetto. Infatti è facile presumere che la ricerca del consenso nelle fasi iniziali consista nel presentare il progetto e gli obiettivi ai vari destinatari (istituzioni, mass-media ecc.); poi in un secondo tempo si presenteranno i risultati in itinere ed infine i risultati e le valutazioni finali. Per quel che riguarda la formazione degli operatori di strada, essa difficilmente si esaurisce durante il corso, ma in itinere trova completamento e precisazione sia attraverso l'esperienza sul campo e la supervisione sia attraverso un confronto con esperienze simili.

Progetti di questo tipo devono avere un tempo di realizzazione sufficiente per la messa in opera di tutte le fasi progettuali.

Si potrebbe ipotizzare una prima fase di circa tre-sei mesi per la presentazione pubblica del progetto, la scelta e la formazione degli operatori e lo studio iniziale del territorio; una seconda fase per la realizzazione degli interventi e la discesa sul campo dell'unità mobile della durata di almeno due anni. L'ultimo periodo servirebbe per le valutazioni conclusive (che comprendono anche le valutazioni in itinere) e la stesura di un report finale.

RICERCA DEL CONSENSO AL PROGETTO

È necessario dedicare sempre i primi mesi a costruire attorno al progetto il consenso delle istituzioni (enti locali, polizia, farmacisti), ricercando anche la collaborazione dei mass-media e della popolazione più in generale per evitare di essere indicati come "gli amici dell'eroina" e rischiare così di vanificare ogni sforzo finalizzato alla realizzazione di un progetto che ha fra i suoi elementi essenziali la partecipazione della gente.

È importante riuscire a spiegare alla popolazione come, ad esempio, l'installazione delle macchinette scambiatrici di siringhe potrà portare ad una diminuzione delle siringhe abbandonate per terra e come la prevenzione della diffusione dell'HIV tra i tossicodipendenti è condizione essenziale per ridurre la diffusione del virus tra l'insieme della popolazione.

È quindi un progetto "a vantaggio di tutta la comunità locale" e non solo una semplice "solidarietà verso chi si buca".

È necessario ottenere la collaborazione, o per lo meno "l'astensione", delle forze

dell'ordine evitando che ogni contatto degli operatori da strada con i tossicodipendenti possa fornire un'occasione per un intervento di repressione; infatti, in tal caso, ogni strategia di prevenzione risulterebbe impossibile.

I farmacisti devono essere coinvolti fin dalla progettazione dell'intervento, va facilitato da parte dei tossicodipendenti l'accesso alle farmacie, la richiesta degli strumenti di profilassi, la possibilità di dialogo.

Occorre spiegare alla popolazione che questa politica socio-sanitaria è una delle soluzioni in grado di diminuire in maniera significativa i furti, lo spaccio, la prostituzione, in quanto questi fenomeni per la gran parte sono legati all'acquisto al mercato nero della sostanza stupefacente.

La L.I.L.A in questi ultimi mesi sta collaborando a vario titolo con diversi progetti di unità di strada in avvio in diverse città e regioni.

SCelta DEGLI OPERATORI E FORMAZIONE DELL'EQUIPE

La prima fase operativa è il reclutamento dell'operatore da strada che deve avere alcune caratteristiche che lo possano aiutare nel delicato lavoro di contatto che deve effettuare.

Gli operatori devono avere un'approfondita conoscenza del territorio sul quale operano ma non essere riconosciuti come persone precedentemente impegnate in servizi pubblici od in Comunità finalizzate ad ottenere l'abbandono dell'uso dell'eroina da parte dei tossicodipendenti. Infatti, in tal caso, difficilmente si può risultare credibili per gli utenti come operatori da strada che mirano ad ottenere un "harm reduction", ossia una riduzione del danno.

Rischierebbe di prevalere, nell'immagine, il ruolo professionale precedente con la conseguente difficoltà ad avvicinare chi comunque desidera continuare a fare uso di eroina.

La scelta, secondo la nostra esperienza, è determinata anche dall'età del potenziale operatore, in quanto questi deve essere abbastanza giovane da venire identificato con i soggetti del gruppo target e deve avere un'immagine alquanto "informale".

A volte si è trattato di ex-tossicodipendenti che avevano smesso da diversi anni di assumere droghe. Non vi è dubbio che tali operatori possano avere maggiore facilità ad inserirsi nei gruppi di tossicodipendenti e ad attivare i contatti necessari conoscendo già sia le persone sia le abitudini ed i rituali.

Non bisogna d'altra parte ignorare il rischio, comunque presente, che il contatto con l'ambiente precedentemente abbandonato possa costituire un'incentivo per una ricaduta; inoltre può comunque sollevare perplessità la riproposizione, a chi è uscito dall'eroina, di una occupazione sempre inerente la tossicodipendenza, quasi

a sancire l'impossibilità di acquisire una diversa professionalità in ambiti completamente differenti.

Può essere quindi opportuno prevedere lo svolgimento di tale mansione per tempi limitati a singoli progetti.

I vantaggi, nella presenza di ex tossicodipendenti tra gli operatori da strada, sono comunque innegabili; soluzioni positive possono prevedere la realizzazione di equipe miste tra ex tossicodipendenti ed operatori professionali ove, pur essendo consapevoli dei possibili rischi, si può ottenere una sinergia tra i vantaggi offerti dalle diverse esperienze chiamate a collaborare.

Il lavoro di strada deve essere condotto prestando la massima attenzione ai problemi, anche a quelli banali, ed in una logica di rispetto reciproco.

Una delle caratteristiche fondamentali dell'azione degli operatori da strada nei primi mesi del progetto deve essere la capacità di "tenere la bocca ben chiusa e gli occhi e le orecchie ben aperti", avendo quindi la capacità di osservare i comportamenti e di entrare in contatto con i gruppi di tossicodipendenti.

Infatti nella seconda fase operativa è previsto lo svolgimento di un corso di formazione atto a fornire le indispensabili nozioni scientifiche di base, ma anche strumenti che consentano un approccio più globale ed integrato alle problematiche delle persone con HIV.

Il programma del corso si articola sui seguenti temi:

- aspetti medico-scientifici: nozioni di epidemiologia;
- diagnostica;
- clinica e terapia dell'infezione da HIV;
- la R.D.D. come cambiamento culturale;
- metodologia e dinamiche del lavoro di strada;
- la relazione d'aiuto;
- la progettazione dell'intervento;
- indicatori di validazione e valutazione.

La formazione degli operatori deve essere mirata e deve accompagnare tutto l'iter del progetto con periodici momenti di supervisione.

STUDIO DEL TERRITORIO

Non è comunque possibile pensare di acquisire e riproporre modelli di unità di strada "preconfezionati", perché il lavoro di strada prende vita ed acquista senso solo a partire dal contesto in cui si svolge. Il territorio, quindi, con i suoi elementi costitutivi (caratteristiche morfologiche, tradizioni, risorse ed attività economiche, Servizi, Centri di aggregazione e di ritrovo, ecc.) è al tempo stesso scenario e prota-

gonista dell'intervento, interlocutore da cui non si può assolutamente prescindere.

Può essere utile conoscere almeno alcune cifre relative al territorio quali il numero della popolazione e la suddivisione per classi di età, il percorso scolastico (almeno relativamente alla scuola dell'obbligo), la situazione occupazionale dei giovani. Il titolo di studio dei genitori, per esempio, e l'occupazione, ci forniscono una buona indicazione circa il livello socio-culturale degli abitanti.

Un accurato studio del territorio oggetto dell'intervento prevede l'analisi della diversa tipologia dei luoghi (di scambio, di rito, di transito, di ritrovo e socializzazione) e dei soggetti (gruppi di tossicodipendenti "storici", giovani e giovanissimi o misti, gruppi di consumatori occasionali di sole droghe leggere). Volutamente si è evitato di interagire con l'ambito del piccolo e medio spaccio, per evitare interferenze nei percorsi del progetto.

Viene quindi apprestata una mappa geografica del territorio dove sono riportati i diversi punti ritenuti significativi dagli operatori per il lavoro di strada.

Possiamo così individuare:

- luoghi di transito (punti di incontro ove avviene la vendita della sostanza)
- punti di rito (luoghi in cui avviene l'assunzione della sostanza)
- punti di ritrovo (luoghi di aggregazione sociale del gruppo al di là dei momenti di acquisto e rito).

Tutta la documentazione relativa alla fase di studio e di impatto sul territorio viene quindi elaborata anche graficamente dall'equipe ed inserita in un database.

Parallelamente vanno avviati i contatti preliminari con due fondamentali figure sociali: i farmacisti e le forze dell'ordine. Con i primi si pone l'accento sugli obiettivi di educazione sanitaria del progetto e sulla loro importanza all'interno di questo, sensibilizzandoli inoltre sulla presenza delle macchine scambia-siringhe installate dall'Amministrazione Comunale. Con i secondi si valutano le tematiche relative all'ordine pubblico, spiegando con chiarezza l'estraneità degli operatori di strada ai circuiti dello spaccio e del consumo ma anche la loro indisponibilità a farsi strumento di interventi coercitivi e repressivi.

INTERVENTO IN STRADA

L'intervento in strada, ad esempio, è iniziato con l'attività dell'unità mobile, con uscite quotidiane degli operatori in un primo tempo in orari diversi. Tale unità mobile è costituita da un automezzo opportunamente modificato ed adattato alle esigenze del progetto.

Oltre alla funzione primaria degli spostamenti, l'automezzo assolve già di per sé, attraverso le insegne di riconoscimento, al compito di propagandare il progetto,

suscitando interesse tra la popolazione generale.

Un'altra particolarità dell'automezzo consiste nell'aver adattato il suo interno in modo tale da realizzare un ambiente che offra la possibilità di effettuare dei colloqui al di fuori dei luoghi in cui le persone sono state contattate, permettendo, nel contempo, la salvaguardia della privacy delle stesse.

Questo, infatti, è un aspetto di non secondaria importanza, soprattutto se si considera il timore, presente anche nel semplice consumatore abituale, di superare quella condizione di clandestinità indotta dalle normative vigenti in materia di tossicodipendenza ed in parte modificate dall'esito del referendum del 1993.

Le modalità di approccio sono state attuate secondo un protocollo ben preciso e collaudato da esperienze già effettuate in passato.

Nel momento in cui si arriva nel luogo prescelto si effettua una prima valutazione sui singoli e sui gruppi presenti tenendo conto delle loro età ed atteggiamenti.

Inizialmente ci si presenta come promotori del progetto, spiegando le finalità dell'intervento. Ricontrato un certo interesse, la conversazione viene approfondita con il supporto di volantini distribuiti a tutti i presenti, cercando così di accentrare l'attenzione dell'intero gruppo sull'argomento trattato.

Se nei colloqui individuali od a piccoli gruppi si riscontra un vissuto di tossicodipendenza diretto od indiretto si raccolgono le esigenze ed i bisogni dei soggetti con gli obiettivi prima indicati.

Vengono forniti un volantino mirato ai tossicodipendenti, un volantino per un approccio con il Ser.T. e riferimenti circa l'ubicazione ed il funzionamento delle macchine scambiatrici-distributrici di siringhe.

Ai messaggi informativi è inoltre associata la distribuzione di materiale di profilassi (siringhe e profilattici) che riteniamo estremamente importante perché rende più credibile e concreto agli occhi del tossicodipendente il messaggio di prevenzione di cui si fa portavoce il progetto.

L'operatore di strada deve essere capace di attivare un sistema di comunicazione sia all'interno dei gruppi di tossicodipendenti sia tra questi ed i Servizi del territorio.

Un elemento determinante nel favorire l'aggancio con i tossicodipendenti è quello dell'intervento su figure di opinion leader interni al gruppo stesso. Si tratta di persone, già conosciute agli operatori di strada per preesistenti relazioni amicali o per comuni vissuti, che, precedentemente informate sugli scopi del progetto e sui compiti degli operatori di strada e presa coscienza dell'importanza del loro ruolo all'interno del gruppo di pari, hanno svolto opera di sensibilizzazione ed aggancio all'interno dei diversi gruppi di tossicodipendenti, favorendo il contatto tra questi e gli operatori dell'unità mobile.

Gli operatori hanno redatto un diario quotidiano della loro attività di strada, segnalando fatti, riflessioni, suggestioni relative agli incontri svolti.

Va chiarito che questa non è un'iniziativa finalizzata a combattere il mercato nero evitando quindi di sollevare ingiustificate attese da parte della popolazione verso questi obiettivi. Questo messaggio è utile anche verso chi controlla lo spaccio locale affinché non veda negli operatori di strada dei "collaboratori della polizia" e quindi della persone da minacciare (come è accaduto) ed attorno alle quali creare da parte dei tossicodipendenti il vuoto. Ciò non significa che individualmente si sia indifferenti verso il mercato ma che non sono questi gli operatori finalizzati alla lotta al traffico: un'azione a sfondo socio-educativo va sempre mantenuta separata da interventi repressivi e di tutela dell'ordine pubblico.

In questa fase operativa il tentativo, a livello organizzativo, è quello di garantire il massimo di flessibilità e prontezza della struttura progettuale, nel rispondere ai bisogni ed agli imprevisti che emergeranno nel corso del progetto ma, nel contempo, garantendo sempre "sicurezza" organizzativa agli operatori impegnati spesso in attività difficili e generatrici di ansia. Per ogni area oggetto dell'intervento l'équipe, od unità, effettua riunioni periodiche specifiche per la programmazione e per il controllo delle attività. Per le "unità di strada" sono state previste supervisioni lungo tutto l'arco del progetto.

È difficile valutare l'efficacia del lavoro dell'operatore, però è utile prendere in considerazione oltre ai dati numerici (numero di contatti e soggetti inviati ai Servizi) anche il livello di notorietà dell'operatore di strada e il riconoscimento da parte degli utenti di un ruolo specifico.

I tossicodipendenti sono sospettosi, sono una minoranza socialmente emarginata, che spesso fa gruppo e crea all'interno regole di comportamento spesso "sovversive" per assicurare la propria sopravvivenza.

L'operatore deve guadagnarsi la fiducia dei potenziali utenti, da una parte rispettando le regole del gruppo, dall'altra non facendosi coinvolgere anche indirettamente in attività illegali.

QUALE RUOLO PER IL SER.T. IN UN PROGETTO DI UNITÀ' DI STRADA

Bisogna dire che, nonostante la L. 162/90 che addirittura prevedeva in alcune città una apertura dei Ser.T. 24 ore su 24 (al di là di una effettiva utilità di questa indicazione), nonostante lo stato dei Servizi sulle tossicodipendenze è per la gran parte in condizioni critiche, nonostante carenze croniche di personale dovute al forte turnover, la sfida lanciata dalle strategie specifiche di RDD è stata accettata.

È chiaro che a fronte dello stato attuale dei Ser.T. in Italia non è possibile rea-

lizzare un intervento che riproduca l'ampia gamma di Servizi e la vasta diversificazione presente, per esempio, nel modello olandese; cambiamento che presupporrebbe prima di tutto una modifica di tipo culturale. Il Ser.T. non è paragonabile ad un reparto ospedaliero in cui i pazienti si recano per farsi curare appena si riscontrano i primi segni di malattia. Spesso i pazienti in cura sono solo una piccola percentuale, tanto più piccola tanto più ristretto ed ideologico è l'approccio con la tossicodipendenza. Il Servizio deve in un certo senso avvicinarsi alla persona tossicodipendente con un approccio multimodale, deve offrire risposte, proposte, programmi integrati. Il Servizio deve farsi conoscere sul territorio; l'unità mobile è un'occasione importante per un lavoro di educazione ed informazione sulla strada e per un'opera di pubblicizzazione delle opportunità terapeutiche che si offrono sul territorio. Il ruolo dell'operatore di strada può essere, in questo caso, il farsi ponte verso il Servizio attraverso la creazione di rapporti di fiducia reciproca, soprattutto per quello che riguarda quei casi in cui la persona nutra una notevole sfiducia nelle possibilità terapeutiche offerte dal Ser.T. (spesso perchè fuoriuscito, tempo addietro, dal Servizio). L'esperienza della L.I.L.A. in questi casi ha dimostrato come si possa costruire un rapporto tra Unità di strada e Ser.T., in cui il Servizio Tossicodipendenti non si limita a "partecipare" alle attività, ma può rimodellare parzialmente il proprio assetto metodologico, in relazione ad una accresciuta capacità di "ascolto" delle esigenze e dei bisogni dei potenziali utenti. Vi è anche il bisogno di un riconoscimento istituzionale di questi interventi che sia finalizzato anche a fornire credibilità agli operatori.

In alcune situazioni purtroppo non sarà possibile avviare una collaborazione organica con il Ser.T. e, di conseguenza, potrà rivelarsi importante il coinvolgimento di altri Servizi Pubblici (per esempio si è assistito ad un caso in cui il progetto è nato in collaborazione con il Servizio di Igiene). L'unità mobile può svilupparsi anche come un progetto autonomo che poi cerca collaborazioni tra i Servizi territoriali. Questi progetti integrati determinano, a nostro parere, una modifica della cultura del volontariato che è costretto a confrontarsi con le strutture pubbliche e private presenti in un territorio.

Il confronto, a nostro avviso, deve avvenire comunque in un'ottica sinergica; dove confluiscono le risorse e le professionalità degli operatori del Servizio pubblico insieme alle competenze specifiche e alle flessibilità proprie del privato sociale.

Va fatto notare che, dalle prime esperienze nel campo (risalenti al 1991), sono stati fatti diversi passi avanti.

I progetti in cui la L.I.L.A. sta collaborando (alcuni dei quali attualmente in fase di costruzione o già in fase di pre-operatività oppure già operativi da tempo) annoverano i Ser.T., non solo nel ruolo di "attori", ma in qualità di promotori delle attività di strada.

GLI AMICI DEL PROGETTO

Diventa molto impotante, come accennato precedentemente, creare intorno all'équipe di strada una rete di persone solidali ed attive sul territorio. In alcune esperienze un gruppo di persone proveniente dal volontariato ha deciso di seguire da vicino il progetto nelle sue tappe ed ha partecipato alle diverse iniziative di proiezione esterna. Così alcune iniziative (gli incontri con gli Enti Locali, le Forze dell'Ordine, i farmacisti) erano del tutto interne alla tabella di marcia del progetto e necessarie, per così dire, alla sua economia; altre (incontri con realtà locali organizzate, presenza in occasione di momenti collettivi ecc.) erano dettate dalla necessità di stabilire relazioni significative con frammenti di aggregazione meritevoli di attenzione in vista del lavoro sulla strada e sono stati organizzati con la collaborazione degli amici del progetto.

L'esigenza di una visibilità del progetto ha spinto ad interagire con i mass-media, sia giornali che radio e televisione. Gli amici del progetto oltre a fare un'opera di promozione del progetto hanno partecipato attivamente alla creazione e produzione del materiale utilizzato.

CRITERI UTILI PER UNA VALUTAZIONE IN ITINERE E FINALE

Per verificare se i progetti di scambio di siringhe determinano un effettiva diminuzione della diffusione del virus HIV tra la popolazione tossicodipendente a cui sono rivolti occorrerebbe paragonare due utenze poste in territori diversi con caratteristiche simili. In un territorio occorrerebbe attivare dei progetti di scambio di siringhe e di riduzione del danno e paragonare i dati con quelli di un territorio dove non si attuano tali progetti con verifiche periodiche negli anni.

Vi sono comunque delle grosse difficoltà tra le quali: l'impossibilità di conoscere la prevalenza attuale dell'infezione nella popolazione tossicodipendente del territorio e le difficoltà nel rispettare le regole di una ricerca epidemiologica che prevede l'utilizzo di gruppi campione e gruppi di controllo omogenei per alcune caratteristiche verificate in tempi diversi, prima e dopo l'intervento.

Possiamo delineare un quadro di risultati indiretti circa l'attuazione di progetti di scambio di siringhe, individuando tre aree di valutazione:

1. i contatti con i tossicodipendenti;
2. i presidi di profilassi;
3. il rapporto con il territorio.

CONTATTI CON I TOSSICODIPENDENTI

Dopo una iniziale fase di studio, i contatti tendono rapidamente a stabilizzarsi e consolidarsi. A questo ha contribuito, oltre alla presenza quotidiana dell'unità mobile nei luoghi deputati, la conoscenza del territorio o la conoscenza personale degli operatori con alcuni tossicodipendenti ed i contatti privilegiati intrattenuti con gli opinion leader. È importante evidenziare i dati quantitativi cioè i contatti globali con i tossicodipendenti. È importante distinguere tra utenti contattati quotidianamente e contatti saltuari (due-tre volte la settimana), il rapporto M/F ed, almeno indicativamente, l'età. Per avere un quadro complessivo è opportuno avere i dati sui tossicodipendenti in cura al Ser.T. e i nuovi utenti presi in carico nello stesso periodo di attivazione del progetto dalla struttura pubblica.

Spesso esistono al Ser.T. delle stime del fenomeno sul territorio che possono essere utili per capire quale percentuale non accede ad alcun tipo di Servizio.

Evidenziare i dati qualitativi è leggermente più complesso e presuppone un rapporto continuo.

La relazione tra operatore e tossicodipendente tende progressivamente a crescere attraverso il counselling, la disponibilità a fornire informazioni specifiche e strumenti di profilassi.

Al termine del primo anno di sperimentazione, gli operatori hanno ormai acquisito un ruolo riconosciuto, che riassume in sé valenze assai diverse, da quella dell'“esperto”, dispensatore di informazioni tecnico-scientifiche, a quella dell'operatore in senso stretto con una propria specifica professionalità, a quella del referente visto di volta in volta come confidente per problematiche di carattere personale, o del semplice amico con cui passare del tempo. Nel diario di bordo occorre trascrivere tutta una serie di informazioni che saranno indispensabili per una analisi quantitativa e qualitativa del progetto a cominciare dai giorni e dalle ore di uscita.

STRUMENTI DI PROFILASSI

Verrà analizzata separatamente la distribuzione delle siringhe e dei profilattici.

Per calcolare il tasso di scambio delle siringhe occorre tenere in considerazione la percentuale delle siringhe scambiate (dalle macchine automatiche e dagli operatori di strada) rispetto al totale delle siringhe erogate sul territorio (dalle macchine automatiche, dalle farmacie, dagli operatori di strada ecc.).

Secondo la nostra esperienza per la riuscita di un progetto di unità mobile è indispensabile la collocazione nel territorio di macchinette scambiatrici di siringhe

e distributrici di profilattici perché le macchinette funzionano sempre garantendo l'erogazione degli strumenti di profilassi in tutto l'arco delle 24 ore. Inoltre, tenendo conto di tutti i costi (prezzo d'acquisto, riempimento/scarico e manutenzione periodica, etc.) le spese per l'installazione di questi strumenti si mantengono relativamente basse. Evidentemente le unità mobili hanno comunque a disposizione siringhe e profilattici da distribuire, sia per le situazioni di necessità ed urgenza sia come valido strumento per il primo aggancio. Occorre che l'unità mobile vigili quotidianamente sul funzionamento delle macchinette. Vi possono essere diversi problemi quali blocco dell'erogazione (inceppamento), manomissione e svuotamento degli strumenti senza che avvenga subito il ricarica. Sono gli operatori di strada che contano i giorni di funzionamento effettivo delle macchine nell'anno; solo in questo modo si possono avere dati significativi sul loro funzionamento. La manutenzione può essere assicurata o dalla ditta produttrice o da operatori delle farmacie comunali e, in alcune situazioni, dagli operatori di strada.

Nel progetto di S. Giuliano Milanese il tasso di scambio complessivo nel primo anno e mezzo di attività è stata del 41% con un totale complessivo di siringhe distribuite pari a 26.807. Le siringhe scambiate dagli operatori dell'unità mobile sono state 1566 in 320 giorni di attività dell'unità mobile; di queste, 884 sono state fornite in cambio della siringa sporca e 682 senza alcuna restituzione. Vista la necessità di stabilire una relazione significativa con le persone contattate, non volendo e non potendo essere meri distributori passivi di materiale, gli operatori hanno privilegiato l'invio alle macchinette per lo scambio delle siringhe.

Se esiste un Servizio comunale di raccolta di siringhe, è sicuramente interessante confrontare i dati di raccolta degli anni di funzionamento del progetto unità mobile/macchinette con quelli degli anni precedenti quando non vi era una attività di scambio di siringhe.

Si è potuto constatare come sul territorio di S. Giuliano Milanese il numero di siringhe raccolte a terra sia diminuito da 3.890 unità nel 1991, a circa 1.400 unità nel 1994. Anche la percentuale di siringhe "scomparse", calcolato sottraendo al totale delle siringhe distribuite (dalle macchine, dalle farmacie, dagli operatori di strada, etc.) il totale delle siringhe restituite (alle macchine, agli operatori di strada oppure raccolte da terra) è diminuita, passando dal 49% del totale nel 1991 al 36% nel 1994.

Ma non ci si può scordare che la trasmissione del virus può avvenire anche tramite la via sessuale, sia tra gli stessi tossicodipendenti sia da costoro verso altre persone; spesso le resistenze al "sesso sicuro" sono ben maggiori che quelle manifestate verso l'interruzione dell'uso promiscuo di siringhe. Diventa quindi irrinunciabile, anche nell'esperienza di unità da strada, l'insistere sugli aspetti preventivi in relazione a tutte le possibili vie di trasmissione del virus HIV ed insistere sull'uso dei pro-

filattici. Anche per questi strumenti di profilassi occorre tener presente il numero distribuito, ed osservare quali risultano essere le difficoltà iniziali nella richiesta. Può essere interessante considerare se esiste una differenza nella richiesta in base al sesso ed altre variabili e qual'è ad esempio il coinvolgimento in eventuali attività di prostituzione.

Un intervento di prevenzione dell'AIDS legato al mondo della prostituzione è importante, delicato e certamente difficoltoso, tanto che poche sono le esperienze effettuate in Italia (es. il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute di Pordenone).

Una fra queste, attuata dalla L.I.L.A. in collaborazione, appunto, con il Comitato di Pordenone è l'intervento di strada mirato alla prevenzione dell' AIDS e delle MTS del progetto EUROPAP Italia, che si sta svolgendo dal Dicembre 1994 all' interno dell' area metropolitana milanese.

Il progetto EUROPAP (acronimo che sta per: Progetti Europei di Intervento per la Prevenzione dell' AIDS fra le Persone Prostitute) è un progetto finanziato dalla CEE ed attivo, dal 1994, in tutti i paesi membri della Comunità Europea.

ANALISI E VALUTAZIONE DELLE RESISTENZE PRESENTI TRA LA POPOLAZIONE VERSO LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI DI "RIDUZIONE DEL DANNO"

È importante, per l'attuazione di un progetto di Unità di Strada rendere visibile il progetto. Infatti una delle condizioni di fattibilità di questi progetti è insito nel grado di non ostilità della popolazione residente.

Alla luce dell'esperienza di San Giuliano Milanese, sia del Workshop Internazionale "Le Unità da strada" organizzato dalla L.I.L.A. nell'Ottobre '92, sia della partecipazione alla VI Conferenza Internazionale di Rotterdam sulla Riduzione del Danno tenutasi a Firenze nel marzo 1995, infine, alla luce di quanto emerso dalle attività realizzate dalla L.I.L.A. su incarico dell'I.S.S. - Ministero della Sanità per la formazione degli operatori coinvolti in tali progetti, è stata attivata una ricerca, portata a termine in un arco di due anni. Tale ricerca era finalizzata a verificare il grado di accettazione e consenso su progetti di riduzione del danno; nel 1991 la ricerca ha indagato campioni di popolazione generale di tre paesi dell'interland milanese.

Nel 1995 lo studio si è rivolto agli operatori dei Servizi, del privato sociale e degli Enti Locali nell'area metropolitana milanese. Si è fatto riferimento, per la parte metodologica, ad una ricerca presentata nel 1993 a Rotterdam (durante i lavori della IV° Conferenza Internazionale sulla RDD) dall'Istituto per la Medicina Sociale e Preventiva dell'Università di Losanna, commissionata dal Ministero della Sanità elvetico.

In specifico gli obiettivi della ricerca della L.I.L.A. erano:

- individuare quali siano le resistenze della popolazione;
- da dove nascono;
- come rimuoverle.

Per la metodologia di conduzione sono state realizzate tre fasi di lavoro:

- Individuazione di un primo campione mirato di popolazione cui somministrare un questionario. Tale campione è stato individuato all'interno di quelle realtà associative significative nelle zone dove è stato realizzato il progetto. Questo perché si ritiene che le associazioni siano dei punti di riferimento importanti per la vita dei quartieri, per lo scambio di idee e per l'influenza che hanno sull'opinione pubblica. Sono state coinvolte le associazioni: sportive (palestre, club di tifosi), ambientaliste, di commercianti, socio-assistenziali, culturali, religiose (parrocchie, oratori), comitati di quartieri, consigli di zona.
- Individuazione di un campione di popolazione generale, contattato per via telefonica e selezionato casualmente, scelto in diversi periodi di tempo.
- Individuazione di un terzo campione di popolazione scelto fra gruppi di studenti delle scuole medie superiori.

La ricerca del 1994 verteva sulla verifica del grado di consenso ed accettazione su attività di RDD in tre distinti territori dell' hinterland milanese: dove non vi era alcuna attività (Cinisello Balsamo), dove era appena cominciata la fase operativa (Corsico) e dove un progetto era attivo da più di due anni (S. Giuliano Mil.se).

Confrontando i dati emersi dall'analisi dei tre campioni, presi in esame nella ricerca del 1994, si è potuto verificare come a S. Giuliano Mil.se, dove insieme alle attività di Unità Mobile, vi era stato un attento e continuo lavoro di contatto con la popolazione (che deve cominciare già dalla fase di costruzione dell'intervento di strada), sia aumentato il grado di accettabilità di queste strategie. Viceversa i dati relativi a Cinisello Balsamo e Corsico sono stati caratterizzati da quell'allarmismo sociale con cui vengono spesso percepiti questi progetti. Con il costante lavoro di costruzione del consenso nella popolazione viene a prevalere, nel tempo, una accettazione pragmatica dei progetti, senza pregiudizi ideologici, sia da parte di chi li enfatizza come risolutori del problema della tossicodipendenza, sia da parte di chi li considera inutili ed ulteriormente incentivanti per le persone tossicodipendenti.

Parlando di prevenzione, in senso più ampio, affrontando per esempio il discorso delle strategie mirate alla prevenzione dell'HIV per via sessuale fra i giovani è emerso, nonostante le diversità territoriali, un consenso alle iniziative di RDD sia del mondo associativo, sia tra gli studenti, sia nel campione di popolazione rilevato, "random", telefonicamente. Il lento cambiamento culturale in tema di prevenzione e di approccio alle problematiche relative alla tossicodipendenza è visibile

anche dai risultati emersi dalla successiva ricerca del 1995. La ricerca effettuata nell'anno appena trascorso, riguardava più precisamente gli operatori e gli utenti di alcuni Servizi Pubblici (Ser.T. ed Enti locali) e di alcune realtà del privato sociale attive nel campo delle tossicodipendenze sul territorio di Milano. I dati emersi sottolineano come sempre più operatori del settore siano a favore di interventi di RDD integrati alle attività esistenti, arrivando a specificare nel dettaglio quali potrebbero essere gli strumenti specifici da utilizzare, o meno, nei rispettivi territori (operatori di strada, macchine automatiche, trattamenti metadonici in un'ottica di RDD, educativa di strada rivolta ai gruppi a rischio, etc...).

UTENTI INVIATI AI SERVIZI

È necessaria la descrizione non solo del numero di soggetti tossicodipendenti inviati dall'Unità di strada ai Servizi e la frequenza degli invii ma anche una descrizione qualitativa nel tempo del tipo di trattamento medico e/o sociale e/o psicologico intrapreso.

Tale risultato non dipende solo dal buon funzionamento dell'attività dell'unità di strada, che è possibile valutare dai criteri su indicati, ma soprattutto dalle modalità di lavoro del Ser.T. Può essere utile valutare la prevalenza della sieropositività al virus HIV nei nuovi utenti che si rivolgono ai Servizi e le variazioni di questo dato periodicamente nel tempo. Va però segnalato come già di per sé tra gli utenti che si rivolgono ai Servizi nell'ultimo anno si riscontra una diminuzione dell'incidenza della sieropositività e ciò per molti motivi tra cui sicuramente una maggiore consapevolezza (verificata in molti studi) del tossicodipendente a non scambiarsi la siringa.

Sarebbe quindi interessante verificare se sia individuabile un maggior trend di diminuzione nell'incidenza della sieropositività, fra i tossicodipendenti afferenti ai Servizi, nelle aree geografiche ove sono state applicate specifiche strategie di RDD.

BIBLIOGRAFIA

1. Agnoletto V., Quaderni del Centro di Psicologia ed analisi Transazionale 16 - '95: *"AIDS: un percorso nella complessità"*. IMPRIMITUR Editrice.
2. Fondazione Villa Maraini-Unità HIV, Roma, *"OMBRE; diario di bordo di un camper antidroga"* (25 Marzo 1992 - 25 Marzo 1995).
3. Buning C.C. et al. (92), *"The evaluation of the needle/syringe exchange in Amsterdam"*, Abstr. n° 8513 IV International Conference on AIDS, Stoccolma 12-16/06/1988.
4. Agnoletto V., Andolina M., Capra B., Ceserani N., Passarello P., ('93), *"Strategie di Riduzione del danno per l'infezione da HIV in una popolazione tossicodipendente attiva"*, THE PRATICITIONER ed. It. n° 174,11.
5. O'Hare P., *"Lavoro di rete, limitazione del danno, unità di strada"*, presentato al workshop internazionale Prevenzione del contagio da virus HIV tra i consumatori di droghe. Problemi di informazione e documentazione, Torino 03-07/04/1992.
6. Agnoletto V., Bordoni R., Passarello P. (93), *"Strategie finalizzate alla Riduzione del danno presso gruppi di popolazione tossicodipendente attiva"*, L.I.L.A..
7. Rezza G., *"AIDS e tossicodipendenza: strategie di prevenzione"*, THE PRATICITIONER Ed. It. 145, 15.
8. Agnoletto V., Lesmo C., *"Unità di strada e costruzione del consenso"*, PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE n° 5/95.
9. Davoli M., *"L'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico del Lazio"*, presentato al Workshop "Le Unità di strada" Milano 16-18/10/1992, con il patrocinio della CEE e OMS.
10. Agnoletto V., La Marca P., ('95), *"Contenere il virus HIV, un progetto pilota a S. Giuliano Milanese"*, PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE n°3/95 - 5/95.
11. O'Hare P., Pepino L., et al. ('95), *"La Riduzione del Danno"* - Edizioni Gruppo Abele Torino.