

## **FUNZIONI E CARATTERISTICHE DEL PERSONALE ADDETTO ALL'OUTREACH**

Gianni Dianin

---

*East London 1 City Drug Services - The Specialist Drug Unit*

### **CONSIDERAZIONI PRELIMINARI: DIVENTARE OPERATORI DI PREVENZIONE**

L'attività di outreach è stata introdotta di recente nel campo della tossicodipendenza, ed è necessario tener conto del fatto che l'efficacia dell'intervento è limitata sia dagli atteggiamenti che storicamente i tossicodipendenti (TD) hanno nei confronti dei Servizi e dei loro operatori, sia da visioni "romantiche" rispetto a tale occupazione da parte degli aspiranti operatori.

Ad esempio, un errore comune è quello di considerare l'outreach un'attività a mezza via tra la pratica missionaria, che vede solo il lato vittimistico del TD, e l'avventura degli esploratori di fine '800, che studiava popolazioni "sconosciute e selvagge".

In entrambi i casi l'atteggiamento verso la persona o il gruppo di TD è di falsa superiorità e non viene recepito in maniera positiva. Stimola anzi una reazione di intolleranza verso il paternalismo e l'essere giudicato e controllato, o trattato come un malato o una non-persona (questo anche a prescindere dal fatto che alcuni siano ammalati e abbiano bisogno di cure ed assistenza psicologica).

Nella maggior parte dei casi i giovani che fanno uso di sostanze desiderano sfuggire alle regole e trasgredire norme e valori che ritengono falsi ed oppressivi. Il lavoro dell'operatore di prevenzione consiste nell'instaurare un rapporto di fiducia con una persona od con una rete di persone che hanno uno stile di vita, norme ed valori particolari senza però porsi a giudice dei loro comportamenti.

L'operatore deve essere in grado di dimostrare empatia senza identificarsi totalmente con i problemi degli utenti per evitare di ricadere nella complicità.

Purtroppo il problema dell'abuso di droga e dei danni da essa derivati viene spesso affrontato a partire da considerazioni morali piuttosto che razionali, ed in molti casi si perde di vista il fatto che sono proprio gli atteggiamenti rigidi e moralisti che contribuiscono a perpetuare il problema. Ciò significa che più i TD vengono respinti ed emarginati, tanto più il problema si sviluppa in modo incontrollato. Al contrario, se si coinvolgono nella comunità, il problema risulta contenibile.

Un altro errore che si commette di frequente è quello di ritenere i TD una categoria stereotipata, di considerarli cioè semplicemente dei "drogati", incapaci, come tali, di rapportarsi agli altri per il fatto che fanno uso di sostanze.

L'operatore di prevenzione quindi deve essere in grado di rapportarsi ai singoli in quanto individui specifici, con esigenze, personalità e capacità specifiche. Solo in questo modo è possibile stabilire dei rapporti di fiducia, credibilità e rispetto reciproci.

L'essere consapevoli che gli atteggiamenti negativi verso la droga e verso coloro che ne fanno uso è quindi di primaria importanza per la costruzione di un rapporto professionale che sia efficace ed utile sia per il TD che per il contesto in cui vive.

Il lavoro dell'operatore di prevenzione è quindi arduo in quanto l'atteggiamento di stigma nei confronti della droga potrebbe essere esteso anche agli operatori qualora gli obiettivi, le funzioni e le caratteristiche di tali figure professionali non siano chiari e ben definiti.

## **LE FUNZIONI DELL'OPERATORE DI STRADA**

In generale, il lavoro di outreach può venire definito a due livelli:

- a) come una qualsiasi attività a livello territoriale che miri a contattare individui o gruppi appartenenti ad un target specifico che non sono, o sono solo parzialmente, in contatto con i Servizi esistenti (Hartnoll 1990);
- b) come un intervento teso a creare le condizioni per l'adozione di nuovi comportamenti che minimizzino i rischi di trasmissione dell' HIV ed i danni causati dalla tossicodipendenza; un intervento quindi, che agisce sia sul singolo individuo che sull'intera rete di rapporti in cui l'individuo opera.

A questo scopo, è utile una conoscenza a livello sistemico degli individui che si intendono contattare e del territorio in questione.

L'obiettivo fondamentale è dunque quello di ridurre i danni causati dall'uso scorretto di sostanze e, in particolare, di ridurre l'incidenza di HIV nella popolazione.

Per poter raggiungere tale obiettivo sono richieste le seguenti funzioni specifiche:

- a) etnografia ed epidemiologia
- b) preparazione dei contatti con la rete di risorse territoriali
- c) pianificazione dell'intervento
- d) attivazione, monitoraggio e valutazione dell'intervento

## a) Etnografia ed epidemiologia

Il ruolo dell'etnografo è di cercare di vedere il mondo attraverso gli occhi di coloro che sta studiando, mettendosi nei panni dell'altro. In questo senso il ruolo dell'operatore di prevenzione non è esclusivamente quello di educare e promuovere, ma anche di apprendere dai propri utenti.

L'etnografia è una scienza sociale che impiega metodi di ricerca quantitativa e qualitativa per comprendere la cultura di una popolazione o di un gruppo dal punto di vista dei suoi membri.

Attraverso una mappatura topografica, demografica e relazionale dovrebbero emergere sia le esigenze del gruppo che i suoi valori e norme.

I dati etnografici servono inoltre a mantenere l'intervento aggiornato sui cambiamenti che avvengono all'interno della comunità di TD e dei suoi sottogruppi, e sono quindi essenziali per poter offrire un servizio appropriato anche ad altri livelli di intervento.

Queste informazioni sono indispensabili per comprendere la subcultura e le dinamiche relazionali presenti in un gruppo, e costituiscono la base conoscitiva necessaria per poter agire su un dato comportamento a rischio, o per valutare l'efficacia di un messaggio preventivo.

Come esempio eloquente in questo senso potrebbe essere citato l'esperimento effettuato in una zona di Chicago. Alcuni operatori constatarono che, sebbene lo scambio di siringhe tra TD fosse un'abitudine assai rara, i dati epidemiologici tuttavia, indicavano che il livello di trasmissione di HIV che non era diminuito in relazione. Furono organizzati quindi dei gruppi di lavoro dai quali emerse che erano i filtri delle sigarette, i cucchiaini e l'acqua usati per preparare l'iniezione condivisi dai TD a costituire i mezzi di trasmissione del virus. Venne di conseguenza modificato il messaggio di prevenzione da cui appariva chiaro, questa volta, che anche i filtri e gli altri materiali utilizzati per preparare l'iniezione costituivano dei veicoli per la trasmissione del virus (Wiebel 1993).

I metodi usati sono soprattutto l'osservazione diretta, le interviste "aperte" o informali, ed i gruppi focalizzati. Queste tecniche permettono di accumulare informazioni descrittive sulle attività e sull'efficacia di un dato programma d'intervento di Strada. Gli stessi metodi vengono impiegati anche per valutare il grado di ricettività di un messaggio in una determinata popolazione.

Un altro metodo mirato soprattutto a stabilire contatti con le reti dei TD è quello cosiddetto dello "snowballing" (o "networking"), che consiste nel raggiungere un primo gruppo, arrivando poi, attraverso gli "opinion leader" che fungono da collegamento, ai gruppi successivi.

Riassumendo, i dati epidemiologici servono a controllare sia l'efficacia dell'in-

tervento, sia la prevalenza e l'incidenza di patologie correlate all'abuso di droga, rendendo possibile la focalizzazione dell'intervento sui gruppi più a rischio e sulle loro esigenze.

I dati possono venire forniti da strutture quali i Ser.T., i Reparti di Malattie Infettive, le Forze dell'Ordine od altre istituzioni, oppure possono essere raccolti ad hoc, attraverso una ricerca, od un programma di monitoraggio permanente. È importante organizzare una routine di raccolta dati per poter valutare l'intervento sempre sulla base degli indicatori prescelti (riduzione incidenza HIV, riduzione tasso iniezione con siringa altrui, riduzione overdose, ecc.).

I dati etnografici, da un punto di vista pratico, serviranno a:

- a) identificare i luoghi di ritrovo, compravendita ed uso;
- b) identificare e differenziare i sottogruppi di TD ed i loro bisogni specifici (es. TD stranieri, senza dimora, maschi e femmine dediti alla prostituzione);
- c) analizzare l'organizzazione sociale dei gruppi target, gli opinion leader, ed i meccanismi di appartenenza;
- d) valutare i tipi di relazioni presenti tra i membri di un gruppo, compresi i comportamenti sessuali;
- e) analizzare il rapporto tra lo stile di vita dei membri del gruppo e fattori quali l'età, il sesso, l'appartenenza etnica, l'orientamento sessuale, le norme, i valori, le preferenze, il vocabolario;
- f) osservare e valutare i comportamenti e gli atteggiamenti delle persone che vivono nel territorio nel quale viene avviato il progetto;
- g) stabilire rapporti di collaborazione con persone chiave del quartiere (negozianti, farmacisti, forze dell'ordine, amministratori, insegnanti, altri operatori socio-sanitari ecc);
- h) condurre interviste informali con le persone che vivono nel quartiere;
- i) valutare il livello di credibilità degli operatori di prevenzione presso le popolazioni target.

## **b) Preparazione dei contatti con le risorse territoriali**

La preparazione dell'intervento ha come obiettivo quello di stabilire un rapporto chiaro e di collaborazione con i Servizi e le istituzioni presenti sul territorio in modo tale da creare una rete integrata di contatti utili ai quali l'operatore potrà fare riferimento in caso di bisogno (Serpelloni 1994).

La collaborazione con il Ser.T. per esempio, può essere utile nel caso l'utente chieda un trattamento di disintossicazione. È dunque importante che venga istitui-

to un protocollo clinico ed amministrativo di collaborazione prima di iniziare l'intervento.

È inoltre molto importante stabilire contatti con le forze dell'ordine. Il lavoro dell'operatore deve essere strettamente confidenziale, pena la perdita di credibilità. È necessario che le forze dell'ordine siano al corrente dell'attivazione dell'intervento sul territorio per evitare che gli operatori vengano confusi con i TD e perciò arrestati.

Inoltre le Forze dell'Ordine possono fornire delle informazioni utilissime riguardo i luoghi di ritrovo, i punti di vendita ecc.

Gli altri Servizi con cui collaborare sono i Servizi di Assistenza Sociale, i Comuni, le mense, le varie Associazioni, gli Assessorati e tutte le strutture assistenziali operanti sul territorio.

Ci sono infine le Farmacie, i Medici di Base, i Dormitori Pubblici, gli Uffici di Collocamento e le strutture ricreative quali i bar, le discoteche, i negozi di musica o di abbigliamento frequentati dai giovani ecc.

Questo elenco non è sicuramente esaustivo ma è indicativo del tipo di contatti necessari per la preparazione dell'intervento.

### **c) Pianificazione dell'intervento**

Altra funzione importante è la definizione degli obiettivi e dei metodi dell'intervento.

Dopo aver stabilito i contatti e raccolto le informazioni si può procedere con la stesura di un programma d'intervento che deve prevedere:

- a) una descrizione del quartiere nel quale si interviene (informazioni socio-demografiche, tipologie di TD, droghe usate, mortalità, arresti, incidenza HIV e HBV, luoghi di ritrovo e/o compravendita);
- b) una definizione delle aree di competenza dei singoli operatori (aree geografiche, aree di intervento con gruppi specifici es. week-enders);
- c) turni lavorativi dei singoli operatori; L'operatore non dovrebbe lavorare, nei limiti del possibile, più di 40 ore alla settimana.
- d) la costruzione di un calendario per gli incontri con i referenti sul territorio;
- e) l'allestimento dei materiali informativi che verranno distribuiti;
- f) la standardizzazione dei materiali che verranno diffusi;
- g) la suddivisione dei compiti rispetto alle informazioni da raccogliere;
- h) la pianificazione delle attività territoriali (uscite con il pulmann, allestimento di manifesti, proiezione di filmati ecc.).

#### **d) Attivazione dell'intervento a livello territoriale e monitoraggio**

L'operatore di prevenzione deve inoltre fungere da tramite per la presa in carico del TD da parte di altri Servizi, e favorire la reintegrazione degli utenti nel tessuto sociale del territorio.

I problemi collegati alla tossicodipendenza sono di natura sociale, economica, medica e psicologica, ed è quindi fondamentale che l'operatore sia in grado di far riferimento ai Servizi adeguati all'utente, perché non vi può essere il cambiamento dei comportamenti a rischio se all'utente non vengono offerti i mezzi (es. siringhe nuove, metadone, preservativi, ecc.).

I compiti più importanti che gli operatori di prevenzione devono effettuare sono:

- contattare direttamente i gruppi di persone "a rischio" e coinvolgerli in discussioni informali sulla riduzione del danno e sulla minimizzazione del rischio di trasmissione di HIV, epatite ecc.;
- distribuire e diffondere i materiali di profilassi (es. preservativi, siringhe sterilizzate, acido ascorbico, acqua distillata, varecchina) dimostrando la corretta modalità d'uso;
- distribuire materiali informativi ideati per i gruppi target utilizzando un linguaggio ed una grafica che si avvicinino il più possibile al vissuto quotidiano del gruppo target, per aumentare il gradimento e, di conseguenza, la ricettività e l'efficacia del prodotto;
- diffondere sul territorio manifesti ed affissi informativi sull'AIDS e sui Servizi esistenti, (numero verde, Centri d'Ascolto, Servizi di Screening) sottolineando l'importanza di fronteggiare l'epidemia su più fronti;
- sviluppare rapporti di collaborazione con gli opinion leader locali coinvolgendoli nelle attività concrete del progetto od in altri interventi a seconda delle aree di competenza (es. peer support, corso di sopravvivenza);
- contribuire alla formazione di volontari e di altri operatori rispetto alle pratiche di riduzione del danno e della riduzione di HIV/AIDS e di altre patologie correlate alla tossicodipendenza.

In sostanza, si tratta di creare: una rete di informazioni etnografiche ed epidemiologiche sul territorio, una rete di Servizi Socio-Sanitari, rapporti di collaborazione con le unità chiave esistenti sul territorio ed infine, una rete di contatti con i gruppi di TD.

Il risultato dovrebbe essere la costruzione di una rete sociale in grado di conoscere ed interpretare le esigenze del gruppo target nonché di provvedere alle soluzioni.

In Inghilterra, per esempio, queste reti sociali sono state impiegate dal governo

nella strategia sulla tossicodipendenza, e sono diventate delle vere e proprie alleanze che riuniscono e coordinano a livello locale tutte le istanze sociali del pubblico e del privato, quelle sanitarie ed economiche, le Forze dell'Ordine ed i TD stessi, per cercare di fronteggiare il problema in modo complessivo ed organizzato (HMSO DoH 1994).

Infine, tutti i programmi hanno bisogno di meccanismi di monitoraggio che permettano di valutare l'efficacia dell'intervento. La valutazione deve essere sistematica e deve fornire le informazioni necessarie per migliorare il progetto e per informare il pubblico.

Wiebel (1993) considera due livelli di valutazione: la valutazione di processo e quella di impatto. A questo proposito rimandiamo all'articolo specifico.

## **L'ORGANIZZAZIONE**

### *Il coordinatore locale*

Il Coordinatore Locale ha il compito di tenere insieme questa rete sociale di contatti favorendo inoltre la presa in carico delle persone contattate tramite l'Outreach da parte delle strutture socio-sanitarie.

Il Coordinatore Locale deve avere un'adeguata conoscenza dei Servizi e delle strutture esistenti, ed anche della legislazione relativa alle materie trattate per conferire legittimità e sicurezza all'intervento. Deve inoltre partecipare al Lavoro di Strada ed essere in grado di valutare quando una persona necessiterà di altri interventi complementari oltre a quelli preventivi. Un'ulteriore sua funzione è quella di riuscire a mantenere e gestire un Servizio confidenziale, accessibile e chiaro negli obiettivi, e che garantisca anche un alto livello di supporto agli Operatori per mezzo della supervisione, della formazione permanente e del supporto psicologico in funzione della prevenzione del 'burn out'.

### *La composizione dell'equipe*

Generalmente l'equipe dovrebbe essere formata da più persone di entrambi i sessi. Infine almeno una di queste deve essere in grado di fornire trattamenti di emergenza (rianimazione, ecc.). Il numero delle persone che compongono l'equipe viene anche dettato da regole di sicurezza, anche se è ovvio che instaurare dei rapporti basati sulla paura di essere attaccati, e quindi sul potere, non è certo il modo migliore per iniziare. Accade infatti rarissimamente che gli Operatori di Strada ven-

gano assaliti dai TD. Ed in ogni caso c'è sempre una ragione: solitamente, la scintilla scatenante è provocata da un atteggiamento di superiorità e pregiudiziale, piuttosto che dalla violenza del drogato.

Un altro aspetto fondamentale riguarda la visibilità dell'equipe e dei singoli Operatori. Gli Operatori devono essere ben visibili, sia a livello fisico che a livello degli obiettivi del lavoro di prevenzione.

L'equipe può inoltre essere aiutata da operatori volontari opportunamente formati. È indispensabile che l'equipe non basi mai i rapporti con i TD sulla forza o sul potere, ma solo sulla fiducia e sul rispetto reciproco, avendo ben chiari i limiti e le possibilità sia personali che professionali dell'intervento in generale.

Infine, è opportuno menzionare che in alcuni casi si è rivelato molto fruttuoso l'impiego di TD attivi o di ex-TD nel lavoro di Outreach. Questo presenta vantaggi e svantaggi, specialmente a causa dell'alto rischio di ricaduta da parte degli ex-TD, o del rischio di identificazione e complicità con i TD attivi.

In conclusione, l'equipe deve essere visibile, flessibile e commisurata alla popolazione sulla quale si interviene. In questo modo si aumenta l'accesso al Servizio e si minimizzano i rischi di fraintendimenti a livello culturale.

### *Le caratteristiche dell'operatore di strada*

Si è visto come le funzioni degli Operatori di Strada siano molteplici, e richiedano una conoscenza tecnica multi-disciplinare. Alla stessa maniera le caratteristiche dell'Outreach Worker richiedono in linea di massima una persona con capacità relazionali eccellenti, considerata la complessità dell'intervento e la sua importanza strategica.

Comunque, qualsiasi tentativo di definire le qualità richieste per il Lavoro di Outreach tende a variare a seconda delle necessità progettuali e del target group (Pates & Blakey 1992; Blakey & Frankland 1994; Friedman et al. 1990; Hartnoll et al. 1990,1991; Gilman 1992). Ad esempio, negli USA vi è una tendenza a preferire Operatori che a loro volta sono stati TD e che vengono solitamente abbinati ad Operatori che non hanno un passato di tossicodipendenza. (Wiebel 1993).

In particolare, le caratteristiche normalmente richieste possono essere riassunte in 5 categorie:

- a) background professionale
- b) lavoratori indigeni, cioè TD attivi od ex-TD
- c) sesso, appartenenza etnica e culturale, preferenze sessuali
- d) esperienza di lavoro con persone a rischio
- e) qualità personali, abilità pratiche, atteggiamenti.



### **a) Background professionale**

Di solito gli Operatori di Outreach possiedono una qualifica professionale nel settore socio-sanitario (infermieri professionali, educatori, counsellors ecc.), ma tali qualifiche sebbene siano utili non sono sufficienti in sè stesse. Alcune volte le tecniche apprese in un dato contesto possono risultare contraddittorie in un contesto quale quello di strada, dove gli Operatori lavorano con uno stile informale e si trovano in situazioni che possono essere illegali, e cioè in cui la condotta professionale appropriata in un altro contesto può risultare inappropriata. Ad esempio, l'Operatore può trovarsi a casa del TD mentre questo/a si sta iniettando, a dare consigli su come iniettarsi con meno danno, cosa che in un Ser.T. non sarebbe possibile data l'illegalità dell'atto in sè.

Idealmente, l'Operatore dovrebbe conoscere le droghe, i loro effetti e danni, l'etnografia e l'epidemiologia, l'infermieristica d'emergenza, il counselling, la promozione della salute, l' HIV/AIDS, l'Epatite, la TBC, ed infine, alcune nozioni mediche di base.

### **b) Lavoratori indigeni**

Ci sono dei vantaggi e degli svantaggi nell'impiego dei lavoratori indigeni. Il vantaggio è che l'accesso alle reti di TD è molto più veloce, ma lo svantaggio è che il TD può identificarsi troppo con i suoi contatti e rischiare una ricaduta nella tossicodipendenza (Abdul-Quader et al.1992). Si tratta in questo caso di valutare attentamente se per tale progetto l'impiego di TD attivi od ex-TD sia più o meno vantaggioso.

Oltre a questi rischi, non è poi certo che l'impiego di ex-TD garantisca il contatto con il target, poiché essi possono non essere a conoscenza delle nuove tendenze esistenti, o possono avere degli atteggiamenti di rifiuto o di superiorità nei confronti dei TD attivi.

In caso di assunzione, comunque, la supervisione ed il supporto a questi lavoratori è di fondamentale importanza.

### **c) Sesso, appartenenza etnica e background culturale, preferenze sessuali**

Un altro aspetto molto importante del Lavoro di Strada è la capacità dell'equipe di rapportarsi al target a cui si rivolge in modo che le differenze culturali siano minimizzate. Così facendo il gruppo di Operatori di Strada massimizzerà l'efficacia del contatto favorendone l'aggancio.

Tuttavia, non è sempre vero che gli Operatori debbano necessariamente provenire dalla stessa estrazione culturale od essere dello stesso sesso dell'utente per essere efficaci, anzi alcune volte è vero il contrario.

Friedman et al. (1990) per esempio osservarono che gli Operatori di sesso femminile erano più efficaci nell'aggancio dei TD di sesso maschile, e viceversa. Al contrario, in un progetto di Outreach per prostitute Blakey & Frankland (1994) trovarono che gli Operatori di sesso femminile erano più adeguati data la natura del rapporto.

In altri progetti, dove il gruppo target erano TD italiani a Londra, fu osservato che l'impiego di Operatori di lingua italiana era più efficace, poiché la lingua era il maggior ostacolo all'accesso ai Servizi e alla ricettività dei messaggi preventivi (Dianin et al. 1993).

È quindi indispensabile valutare bene la composizione del gruppo, gli obiettivi e la natura dell'intervento, per riuscire a dare all'equipe la composizione più appropriata.

#### **d) Esperienza di lavoro con persone a rischio**

Dato che il lavoro di Outreach con TD è molto recente non ci si aspetta che gli Operatori ne abbiano già esperienza, ma sicuramente molti avranno esperienza di lavoro con TD od altre persone a rischio. Per un lavoro di questo tipo, l'esperienza precedente può essere d'aiuto nella misura in cui si hanno chiari gli obiettivi e le funzioni dell'intervento.

Per esempio, sarebbe erraneo agganciare i TD esclusivamente con l'obiettivo della disintossicazione, che è compito dei Ser.T. o della riabilitazione, che è l'obiettivo delle Comunità Terapeutiche. Chiaramente, questo non è l'obiettivo dell'Outreach, impegnato nella prevenzione e nella riduzione del danno. Vi è tuttavia il pericolo che vecchie abitudini compromettano l'intervento e confondano le persone a cui si rivolge. L'obiettivo dell'Outreach non è quello di interferire con la scelta di assumere eroina, ma di prevenire i danni causati dall'uso scorretto di essa.

Con questo non si vuol dire che il lavoro svolto in passato debba essere dimenticato, poiché le tecniche di counselling, e soprattutto i contatti e la conoscenza delle risorse esistenti si riveleranno di estrema utilità all'intervento. È tuttavia opportuno ricordare che l'intervento di Outreach non è l'intervento dei Ser.T e delle Comunità trasferito alla strada.

In conclusione l'Operatore di Strada dovrebbe distinguere il ruolo di prevenzione da quello di terapeuta, di modo che venga data priorità alla riduzione dei comportamenti a rischio.

## **e) Qualità personali, abilità pratiche, atteggiamenti**

Yates & Gilman (1990) indicavano 4 qualità fondamentali per riuscire nel lavoro di Outreach, e cioè, l'adattabilità, l'avere una mentalità aperta, essere in grado di esporsi ai rischi e di assumersene le responsabilità, ed infine il saper valutare quando il rischio non è accettabile.

Quindi, nel lavoro di Outreach le qualità personali sono importanti tanto quanto le qualifiche accademiche. Cioè le qualifiche sono condizioni necessarie ma non sufficienti per essere un Operatore di Outreach di successo. In particolare, nella selezione di tale personale è opportuno tenere in considerazione tre fattori: la disponibilità, l'abilità, lo stile.

### *La disponibilità*

Questo fattore risponde a caratteristiche che includono il saper prendere l'iniziativa, il saper accettare i consigli, le indicazioni o le critiche dei colleghi e dei dirigenti, il saper lavorare sia da soli che in equipe, essere capaci di agire con fermezza ed allo stesso tempo con rispetto evitando di giudicare le scelte od i comportamenti degli utenti.

Sono inoltre molto importanti qualità come la flessibilità, la stabilità, la maturità e la creatività.

### *L'abilità*

Questo fattore include la capacità di comunicare con semplicità ed in maniera efficace, la capacità di ascoltare e di saper valutare i bisogni individuali, l'abilità di organizzarsi, la capacità di raccogliere i dati e di creare delle reti di contatti sia con i Servizi che con il gruppo bersaglio, la comunità e le persone chiave del quartiere.

È quindi fondamentale essere in grado di rapportarsi agli altri ed essere in grado di iniziare e di mantenere un rapporto con persone a vari livelli.

È inoltre indispensabile avere l'abilità di sapere dire BASTA quando le richieste degli utenti diventano eccessive. Ciò significa che l'Operatore deve conoscere i propri limiti, e riconoscere quando ha bisogno di supporto. L'Outreach è infatti un'occupazione molto stressante, ed è molto facile che l'Operatore venga spinto a fare più di ciò che è possibile. Tale abilità oltre ad assicurare il benessere degli Operatori fornisce un modello esemplare di comportamento all'utente rispetto alle proprie limitazioni ed alla propria capacità di dire basta e di cercare aiuto.

### *Lo stile*

Questo fattore corrisponde alla capacità di lavorare sia all'interno di un Centro di Trattamento, che all'esterno, quindi sia in maniera formale che informale.

L'Operatore di Strada sarà quindi credibile ed affidabile sia agli occhi dei TD che agli occhi di altri Operatori e di altre persone od istituzioni del quartiere, come ad esempio le Forze dell'Ordine, od i Medici di Base, od i Farmacisti.

È quindi opportuno avere capacità di leadership ed una forte motivazione a migliorare il benessere della comunità e delle persone più svantaggiate in particolare.

Inoltre, è vantaggioso e necessario avere sicurezza di sé stessi e quindi avere una buona stima di sé. Queste sono qualità utilissime per la credibilità dell'Operatore, nella misura in cui l'Operatore tende a diventare un modello per l'utente.

Per concludere, è consigliabile adottare uno stile professionale che dia affidabilità, e che non crei barriere inutili nel rapporto.

### **Tabella: Le principali funzioni dell'operatore di prevenzione in strada**

- Delineare la situazione etnografica ed epidemiologica dell'area di intervento
- Individuare i Network di TD non in contatto con i Servizi.
- Individuare gli/le "Opinion leaders".
- Provvedere gli strumenti ed i materiali necessari alla riduzione dei rischi di trasmissione ed alla minimizzazione dei danni causati dall' uso di sostanze.
- Provvedere informazioni su come vivere la sessualità evitando il rischio di trasmissione.
- Assistere il TD nel contatto con i Servizi.
- Offrire informazioni, consigli ed aiuti pratici.
- Assistere i TD nel territorio ed organizzare e sviluppare il Peer Support ed altre iniziative per la riduzione dei rischi.
- Avere un ruolo di rappresentanza (Advocacy) nei riguardi dei TD nei loro rapporti con i Servizi od altre Istituzioni.
- Essere in grado di contribuire alla formazione di altri operatori rispetto a pratiche di riduzione del danno e della trasmissione di HIV ed altre patologie correlate alla tossicodipendenza.

**Schema per la valutazione sintetica delle principali caratteristiche  
dell'operatore di prevenzione:**

	BASSA							ALTA			
Intelligenza pratica specifica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Professionalità											
Leadership											
Capacità di relazionarsi											
Riservatezza											
Stima di sè											
Flessibilità/adattabilità											
Atteggiamento non pregiudiziale											
Comprensione dei propri limiti e bisogni											
Specificità culturali											

**CONCLUSIONE**

La quantità di funzioni e di caratteristiche richieste è tale che porta a pensare che l'Operatore di Strada debba essere una persona eccezionale. Tale lista può infatti sembrare inappropriata ed idealistica.

Comunque è essenziale possedere almeno alcune delle qualità elencate in precedenza poiché se ne fosse privo, l'Operatore di Outreach con tutta probabilità non sarebbe in grado di esplicare le sue funzioni in maniera efficace ed esaurirebbe le sue risorse personali. In molti casi comunque tali qualità possono venire rafforzate od apprese tramite programmi di formazione, ed è importante che i selettori siano in grado di riconoscere ciò che può venire acquisito con la formazione e ciò che invece non è possibile cambiare poiché fa parte del carattere e delle convinzioni più profonde della persona.

Il lavoro di Outreach si sta espandendo moltissimo ma è ancora nella fase iniziale in Italia. Anche se è utile ed importante conoscere e basarsi sulle esperienze di colleghi stranieri, bisogna saper valutare e costruire l'intervento migliore per la realtà italiana. È troppo presto, adesso, per verificare l'efficacia dell'intervento, ma essenziale riconoscere l'importanza di mantenere una predisposizione sperimentale e flessibile rispetto al progetto.

A questo proposito, la funzione della valutazione e del monitoraggio degli interventi sarà quindi indispensabile al fine di adeguare l'intervento il più possibile alla realtà nel quale si svolge.

## Bibliografia

1. Pates & Blakey 1992, "What should we be looking for in Outreach workers?", Intern. J. on Drug Policy Vol. 3 No. 3 pp 130-134.
2. Blakey & Frankland 1994, "HIV prevention for prostitute women and their clients" Briefing Report No. 5; Health Promotion Wales, Cardiff.
3. Friedman, Sterk, Sufian, Des Jarlais, Stepherson 1990, "Reaching out to injecting drug users", In Strang and Stimson (Eds.), "AIDS and drug misuse" pp. 174-185, London Routledge.
4. Hartnoll, Holland, Rhodes, Jones, Johnson, 1990, "A survey of HIV outreach intervention in UK", Drugs Indicators Project. Birbeck College, University of London.
5. Hartnoll, Rhodes, Holland, 1991, "Out of the agency and on to the streets: a review of HIV outreach Health Education in Europe and the USA". Drug Indicator Project, Birbeck College, University of London.
6. Gilman 1992, "Outreach" I.S.D.D. London.
7. W.Wiebel 1993, "The indigenous Leader Outreach Model" Intervention Manual. N.I.D.A. University of Illinois. USA.
8. Dianin, Lipsedge, Duckworth, 1993 "A preliminary survey of Italian intravenous heroin users in London", Addiction 88, 1565-1572.
9. Department Of Health 1994, "Tackling drugs together" Strategy 1995-98. London HMSO.
10. Abdul-Quader, Des Jarlais, Tross, Mc Coy, Morales, Velez, 1992, "Outreach to injecting drug users and female sexual partners of drug users on the lower east side of New York City". British Journal Of Addiction 87, 681-688.
11. Yates and Gilman 1990, "Seeing more drug users: Outreach work and beyond", Lifeline Project. Manchester.
12. G.Serpelloni 1994, "Progetto per la prevenzione dell'infezione da HIV mediante Operatori di Strada: Il Modello di intervento integrato", Secedas M.d.S UNICRI Roma.