

LA CONTINUITA' DELL'INTERVENTO: DALL'OUTREACH ALL'INSERIMENTO IN PROGRAMMI TERAPEUTICI AD ALTA SOGLIA PER LA DIPENDENZA CRONICA DA EROINA

Giovanni Serpelloni

Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T.1, ULSS 20 - Verona

I LIVELLI DI INTERVENTO ED IL RUOLO DELL'OPERATORE "DI STRADA"

Gli interventi di outreach e di prevenzione secondaria della dipendenza cronica da eroina (DCE), devono essere visti in un contesto globale di recupero e tutela della persona tossicodipendente, in quanto costituiscono l'inizio di un percorso che dovrà consentire al paziente affetto da DCE di accedere a programmi ad alta soglia, ossia programmi che, promuovendo l'abbandono dell'eroina e l'integrazione sociale, consentano un miglioramento della qualità di vita del paziente.

Va chiarito che i livelli di intervento su cui si basa un programma che utilizza gli operatori di prevenzione (o di strada) sono principalmente due:

- 1) la prevenzione delle complicità DCE correlate, da attuare nel breve termine ed "in loco"
- 2) l'aggancio ai programmi ad alta soglia da attuare nel medio-lungo termine e presso strutture specializzate.

Il lavoro di prevenzione delle complicità, che viene attuato "in strada" deve essere quindi necessariamente integrato con i programmi di intervento sul tossicodipendente per quel che concerne la patologia primaria.

A questo punto risulta necessario ridefinire il campo d'azione ed il ruolo dell'operatore di strada.

La sua professionalità è indispensabile, oltre che giustificata dalla legge, nell'ambito dei SerT., proprio per l'attività di prevenzione secondaria che dovrebbe svolgere. Il ruolo principale di questo operatore è quello di ridurre i rischi e le complicità derivanti dall'uso attivo di sostanze stupefacenti. I rischi possono essere schematicamente riassunti in quattro gruppi interdipendenti: rischio sanitario, sociale, psicologico e giudiziario.

Il più importante è sicuramente quello sanitario in quanto gli aspetti infettivi risultano di interesse non solo per il singolo paziente ma anche per la società. Il rischio infettivo, come è ben noto, è legato all'uso promiscuo della siringa e dei

materiali di iniezione, ed ai rapporti sessuali non protetti. Si tratta, quindi, di un rischio per lo più di carattere sanitario che ha delle implicazioni anche di tipo sociale e psicologico per le attività attraverso cui il tossicodipendente si procura il denaro necessario all'acquisto della droga.

L'operatore di prevenzione, nell'intento di creare un percorso continuativo che vada dall'outreach, alla trasmissione di informazioni utili per la prevenzione delle complicità legate alla tossicodipendenza attiva, fino all'inserimento di programmi ad alta soglia, deve saper fornire facili e precise indicazioni relative ai servizi socio-sanitari dislocati sul territorio: indirizzi, orari, modalità di accesso etc. E' importante sottolineare a questo proposito che tali indicazioni devono sempre risultare corrette ed aggiornate nel tempo. Questo per evitare di disorientare ulteriormente un utente che, già di per sé, ha grosse difficoltà di orientamento spazio-temporale e compromettere quindi, un intervento di primo contatto effettuato sulla strada. Andranno pubblicizzate: le helpline telefoniche per l'HIV, i punti di screening, i drop-in center, le unità mobili, i Ser.T., così come le comunità terapeutiche, gli ospedali, le associazioni di volontariato attive sul territorio ed i servizi sociali di assistenza.

Per ognuna di queste strutture dovrà essere chiara presso il paziente la loro reale capacità di offerta, così come i criteri ed i vincoli per l'accesso, in modo tale che l'utente sappia esattamente che cosa può chiedere ed ottenere (nei tempi e nei modi) dalla struttura.

I PROGRAMMI DI OUTREACH E LA CAPACITA' RICETTIVA DEI SERVIZI

I programmi di outreach, grazie anche all'ausilio di specifici materiali informativi, se ben condotti, accresceranno sicuramente l'afferenza dei pazienti tossicodipendenti ai servizi territoriali.

Prima di avviare queste iniziative è opportuno pertanto, prendere contatti con tali strutture al fine di comprendere esattamente la loro capacità ricettiva, la reale disponibilità ad accogliere pazienti provenienti "dalla strada" e le politiche di accoglienza e di trattamento che essi adottano. Si è potuto notare infatti, che molti tendono a selezionare l'utenza e, il più delle volte, a programmare anche la fase di accoglienza, creando dei ritardi nella presa in carico del paziente. I possibili problemi che possono emergere nella fase di invio possono essere causati dalla saturazione dell'indice di accoglienza del servizio, derivante, per esempio, anche dalla scarsità del personale oltre che dalle situazioni descritte precedentemente. Quando non c'è integrazione tra gli interventi di strada ed i servizi ambulatoriali e quando le politiche di incremento dell'afferenza non vengono condivise dagli operatori dei Ser.T. di riferimento, il personale dei servizi può dimostrare il proprio disappunto nei confronti

ti degli interventi di strada in duplice modo: o non accettando il paziente inviato oppure manifestando in modo esplicito la propria posizione critica verso gli operatori di strada. Considerando la problematicità del soggetto tossicodipendente, risultano evidenti gli effetti disastrosi che una simile reazione da parte dei servizi scatenerebbe: da una parte rafforzerebbe la demotivazione dell'utente a far riferimento a strutture di cura, dall'altra svalorizzerebbe i messaggi preventivi trasmessi precedentemente dagli operatori di strada.

Anche i lunghi tempi di attesa per accedere al trattamento possono costituire un ostacolo per gli interventi di outreach. Tuttavia, una delle principali cause del fallimento di questi interventi intesi come invio ai programmi ad alta soglia, è rappresentata dall'esistenza di diverse politiche di approccio alla dipendenza cronica da eroina, dalla discordanza tra i servizi "in strada" e "in struttura" nel riconoscere come priorità di intervento la prevenzione dell'AIDS rispetto al trattamento della tossicodipendenza, e la salvaguardia prima di tutto dell'integrità biologica e successivamente di quella psicologica e sociale.

L'assenza in questo campo di modelli orientati scientificamente alla valutazione sistematica dei bisogni, dei risultati e quindi delle metodologie di intervento è, a nostro avviso, la causa principale di questa impostazione che ha portato allo sviluppo di una caotica e spesso inefficace situazione assistenziale.

PRINCIPALI NECESSITA'

Risulta evidente quindi, la necessità della condivisione delle politiche di intervento da parte degli operatori di strada e dei SerT. A tal fine è opportuno organizzare degli incontri periodici che consentano un confronto costante delle tecniche, dei metodi e delle strategie generali di intervento da utilizzare, concordando infine dei protocolli operativi che costituiscano la base teorica di riferimento per le due équipe. I modelli di intervento dovranno avere carattere pragmatico e soprattutto essere orientati scientificamente in modo tale da prevedere prima di tutto una determinazione esatta della situazione attraverso studi epidemiologici ed etnografici e quindi, una costante verifica dei risultati conseguibile attraverso evidenze oggettive più che attraverso opinioni personalistiche. E' necessario, poi, per motivi organizzativi, che le diverse unità operative, pur mantenendo una loro autonomia operativa, facciano riferimento ad un dipartimento funzionale che funga da coordinamento per il raggiungimento armonico degli obiettivi precedentemente concordati.

In altre parole, ciascuna delle unità operative, finalizzate ai diversi livelli di intervento (outreach e prevenzione del rischio, trattamento ambulatoriale, trattamento residenziale, reinserimento e prevenzione delle recidive), dovrà avere ben chiari gli obiettivi ed i metodi utilizzati dai vari livelli, concordando preventiva-

mente quanto segue:

- modalità di lettura epidemiologica ed etnografica della realtà su cui si deve operare;
- modalità generale di intervento alla DCE: priorità di intervento e gerarchizzazione delle azioni;
- obiettivi per singolo livello e protocolli di intervento;
- modalità di invio e passaggio del paziente ai vari livelli (criteri di inclusione, esclusione e sospensione, tempi e modi);
- modalità di valutazione dei risultati (indicatori di processo e di esito, sistemi di raccolta dati e di calcolo);
- incontri comuni di coordinamento ed organizzazione;
- incontri di aggiornamento e formazione permanente.

Ogni unità operativa dovrà rispondere quindi, del proprio operato sia per quanto riguarda la competenza specifica, sia per quanto concerne il coordinamento con le altre unità operative. Utile a questo scopo risulta l'istituzione di un gruppo di coordinamento dipartimentale costituito dai responsabili dei vari livelli.

L'INTEGRAZIONE NEL TERRITORIO E LA CONTINUITÀ DELL'INTERVENTO

Prima di iniziare un intervento di outreach è indispensabile porre le basi per un buon lavoro di rete. Le unità mobili dovranno quindi integrarsi nel territorio dove opereranno prendendo preventivamente accordi con le varie agenzie sociali e sanitarie, al fine di illustrare il programma di intervento ed ottenere la loro collaborazione.

Questo lavoro, che è fondamentale per evitare qualsiasi problema di opposizione da parte delle agenzie, o comunque di incomprensione con le stesse, richiede molta cura e professionalità. Alle agenzie andranno chiaramente indicati e formalmente comunicati: funzioni, obiettivi e metodologie degli interventi di outreach, ruolo e funzione dei drop-in center. Una delle preoccupazioni maggiori che di solito emerge tra le agenzie non specializzate è che tali interventi possano in qualche modo incentivare la tossicodipendenza o comunque, mantenere questo stato senza cercare di trovare una soluzione definitiva. Per ovviare a ciò è opportuno dedicare molto tempo a chiarire la logica pragmatica dell'intervento facendo comprendere molto chiaramente come, attraverso un precoce contatto con il tossicodipendente, l'obiettivo ultimo sia quello di recuperare la persona allontanandola definitivamente dalla droga e soprattutto da tutti i disagi che essa comporta anche in termini sociali. Al fine di rassicurare circa la serietà e l'utilità degli interventi, e la professionalità degli operatori, andranno organizzati periodicamente degli incontri durante i quali verrà fornito uno stato di avanzamento dei programmi che consentiranno alle agenzie di ricoprire un ruolo più attivo all'interno del progetto.

I POSSIBILI PERCORSI

Diversi possono essere i percorsi per i vari pazienti contattati . La “lunghezza” del percorso sarà determinata sia dalla disponibilità/possibilità del paziente di operare cambiamenti (vedi articolo “Il Modello pragmatico”), sia dalla reale ricettività delle strutture a media/alta soglia.

Il paziente dovrà essere incentivato e praticamente aiutato ad adottare le misure di prevenzione ed in seguito ad entrare in trattamento. Se questo ultimo evento non venisse accettato, l’operatore dovrà comunque, continuare la sua azione di prevenzione delle complicanze legate alla DCE mantenendo il contatto con il paziente anche se in quel momento refrattario all’entrata in terapia.

Come è noto, le fasi del cambiamento sono mutevoli ed è possibile che dopo qualche tempo il paziente presenti una maggiore disponibilità ed in quel momento sarà molto importante che l’operatore sia presente, attivo e con un buon rapporto con il paziente.

Un problema diverso può essere rappresentato dalla presenza nel territorio di azione delle unità di prevenzione in strada di Ser.T. o Comunità che presentano una soglia di selezione per l’accesso al trattamento molto alta o delle resistenze verso l’utilizzo razionale della terapia sostitutiva verso le strategie di prevenzione delle complicanze legate alla DCE.

In questo caso l’operatore di prevenzione si troverà in estrema difficoltà con gli utenti nella fase di invio e dovrà quindi, orientarsi ad espletare prevalentemente gli interventi di prevenzione in strada, cominciando contemporaneamente a tentare di modificare le politiche di accesso ai servizi.

La refrattarietà dei servizi a media/alta soglia non può costituire quindi, una giustificazione alla non attivazione di interventi in strada, ma in caso, un incentivo in quanto è proprio in queste situazioni che è presente il più alto rischio per i pazienti.

CONCLUSIONI

La continuità dell’intervento costituisce quindi, un requisito fondamentale al fine di ottenere il recupero della persona tossicodipendente ad una vita dignitosa. Va ricordato però che, per costruire percorsi di questo tipo, occorre la massima disponibilità al confronto e al lavoro di équipe, valorizzando soprattutto i momenti di coordinamento e di aggiornamento collettivo.

Molti operatori dei Ser.T. infatti, accettano con estrema difficoltà i requisiti principali che servono per poter operare con questa modalità di approccio

Bibliografia

1. G. Serpelloni, G. Rezza, M. Gomma, *“Eroina-infezione da HIV e patologie correlate”*, Verona, Leonard Edizioni, 1995;
2. Gruppo C Network Italiano, *“HIV-AIDS - Counseling e screening”*, Verona, Leonard Edizioni, 1993;
3. G. Serpelloni, L. Carli, *“HIV- AIDS e rischio sessuale”*, Verona, Leonard Edizioni, 1995;
4. Wiebel W., *The Indigenous leader outreach model intervention manual*, 1993 - N.I.D.A. University of Illinois, USA;
5. Gilman M., *“Outreach”*, 1992, I.S.D.D. London.