

Regione del Veneto

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

Assessore Antonio De Poli

Direzione Servizi Sociali - Servizio Prevenzione e cura dipendenze

Direttore Alessandro Pigatto

Segreteria al Settore Socio Sanitario

Segretario Franco Toniolo

Linee guida per la prevenzione ed il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy

Coordinamento Regionale

Lorenzo Rampazzo

Dirigente Servizio Prevenzione e cura dipendenze

Curatori:

Giovanni Serpelloni

Fabrizio Schifano

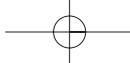
In collaborazione con:

AKAΔEMEIA

Accademia Europea studi e ricerche in
medicina preventiva e comunitaria

SITD

Società Italiana per le Tossicodipendenze



ISBN 88-900338-1-9

Vietata la vendita

Per richieste:

Dr. Giovanni Serpelloni

Sezione di Screening HIV - Ser. T. 1

Azienda U.L.S.S. 20 Verona

Via Germania, 20 - 37136 VERONA

Telefono: 045 8622235 - Fax: 045 8622239

E-mail: hivgrcvr@ifinet.it

Gestione del Progetto

Azienda ULSS 20 Verona

Segreteria organizzativa

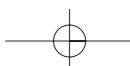
Annalisa Rossi

Roberta De Liso

Stampato in Italia - Printed in Italy

Tipolitografia "La Grafica" s.n.c. • Vago (Verona) 2000 • E-mail: tipligrafica@tin.it

Art Director: Jaser & Jaser • Copertina: Filippo Lelli



Autori e revisori

Linee guida regionali

Gruppo estensore

Serpelloni Giovanni	<i>Sezione di Screening HIV – Ser.T. 1 – ULSS 20 Verona</i>
Gomma Maurizio	<i>Sezione di Screening HIV – Ser.T. 1 – ULSS 20 Verona</i>
Schifano Fabrizio	<i>Ser.T. 1 – ULSS 16 Padova</i>
Sipala Giuseppe	<i>Pronto Soccorso Ospedale Villafranca ULSS 22 Verona</i>
Gerra Gilberto	<i>Ser.T. ASL Parma</i>

Gruppo di revisione

Cibin Mauro	<i>Ser.T. di Dolo – ULSS 13 Venezia</i>
De Liso Roberta	<i>Sezione di Screening HIV – Ser.T. 1 – ULSS 20 Verona</i>
Giusti Giampiero	<i>Dip. Farmacologia – Università di Padova</i>
Macchia Teodora	<i>Reparto Sostanze d'Abuso – Istituto Superiore di Sanità - Roma</i>
Manzato Ezio	<i>Ser.T. di Zevio – ULSS 21 Verona</i>
Mollica Roberto	<i>Società Italiana per le tossicodipendenze - SIDT</i>
Spagna Andrea	<i>Istituto di SUEM 18 – ULSS 16 Padova</i>

Altri contributi

Farinelli Anna, Frighetto Roberta, Montresor Silvana,
Serpelloni Giovanni, Tognetto Cinzia, Zermiani Monica

Indice

Presentazione	Pag.	7
Introduzione	”	8
A. DGRV n. 1588 dell’11.4.2000		
1. Linee guida per la prevenzione ed il trattamento dell’overdose da eroina e degli effetti acuti dell’ecstasy	”	11
2. Effetti acuti dell’ecstasy e principi di trattamento	”	19
B. Altri contributi		
1. Effetti da assunzione protratta di ecstasy	”	27
2. Corso di sopravvivenza per persone tossicodipendenti	”	31
3. Strumenti di valutazione: le check-list	”	53
C. Testo della Delibera della Giunta Regionale della Regione Veneto n. 1588 dell’11.4.2000	”	63

Presentazione

La forte rilevanza dei fenomeni collegati all'uso di droga e la gravità delle conseguenze, acute e nel lungo termine, che tutt'ora esso implica, non consentono agli operatori del settore di abbassare la guardia nella attività di prevenzione e di cura. Vi è la necessità, in particolare, di approntare nuovi e più aggiornati indirizzi e modelli di intervento che possano consentire di rispondere, con sempre maggiore efficacia, ai tanti problemi connessi all'assunzione di droghe, non ultimo le drammatiche ed inutili morti correlate all'uso di tali sostanze.

Da questa considerazione è nata la volontà di predisporre delle linee guida rivolte a tutti gli operatori della Regione che, a vario titolo, sono coinvolti nella prevenzione e cura dei fenomeni legati all'abuso di sostanze psicoattive.

Con la collaborazione di un'equipe di qualificati esperti del settore e dei Dipartimenti dei Servizi Sociali e della Programmazione Sanitaria della Regione Veneto, si è arrivati all'elaborazione ed alla stesura di questo testo che vuole fornire indicazioni specifiche ed aggiornate a chi si occupa di prevenire e curare le conseguenze e le implicazioni dell'overdose da eroina e gli effetti acuti dell'ecstasy.

Il testo comprende indirizzi pratici e specialistici, scientificamente accreditati e particolarmente adatti per i Ser.T., le Comunità ed i Servizi di Volontariato.

Queste linee guida rappresentano quindi una importante risorsa a disposizione degli operatori per continuare quel percorso di qualità che la Regione sta portando avanti ormai da anni anche nel campo della tossicodipendenza, con una costante opera di riqualificazione ed aggiornamento scientifico delle proprie risorse umane.

Questo contributo vuole quindi porsi come stimolo per proseguire il lavoro nel campo della prevenzione di tutti i fenomeni, collegati all'abuso di sostanze psicoattive, che purtroppo, troppo spesso, incidono negativamente sulle condizioni di vita dei soggetti interessati e delle loro famiglie.

Antonio De Poli

Assessore alle Politiche Sociali

Introduzione

Questo lavoro è il risultato di una concertazione di diverse professionalità ed esperienze, scientificamente orientata e fortemente condivisa, che è avvenuta all'interno di un nutrito gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Veneto.

L'operatore che utilizzerà questa pubblicazione potrà trovare, non solo le indicazioni più aggiornate in tema di overdose ed una selezionata bibliografia scientifica, ma anche degli strumenti per la valutazione dell'outcome dei propri interventi e degli indirizzi per instaurare una prassi di buona pratica clinica.

Per la stesura della parte riguardante le linee guida ci si è avvalsi del contributo di qualificati esperti del settore che già avevano affrontato, da vari punti di vista, tali tematiche, avendo cura successivamente di sottoporre il documento ad una ampia e diversificata revisione scientifica.

La pubblicazione contiene anche delle indicazioni pratiche su come realizzare concretamente gli interventi di prevenzione, tratte da una precedente ed importante esperienza nazionale del Progetto POS del Ministero della Sanità.

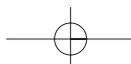
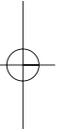
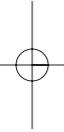
Mi auguro che anche questo ulteriore sforzo possa essere realmente utile ai colleghi dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche che spero apprezzeranno, oltre ai contenuti, anche l'impegno, la continuità e la serietà con cui gli autori ed i revisori di questa pubblicazione hanno lavorato, con il solo fine di contribuire al miglioramento del Sistema delle Dipendenze della Regione Veneto.

Giovanni Serpelloni
Coordinatore di progetto



LINEE GUIDA

DGRV n. 1588 dell'11.4.2000





1. LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELL'OVERDOSE DI EROINA E DEGLI EFFETTI ACUTI DELL'ECSTASY

(Allegato alla DGRV n. 1588 del 11.4.2000)

DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Servizio Prevenzione
e Cura Dipendenze

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE
SOCIO SANITARIA
Servizio Farmaceutico

Gruppo estensore: Serpelloni Giovanni, Gomma Maurizio, Schifano Fabrizio, Sipala Giuseppe, Gerra Gilberto

Gruppo di revisione: Cibir Mauro, De Liso Roberta, Giusti Giampiero, Macchia Teodora, Manzato Ezio, Mollica Roberto, Spagna Andrea.

Premessa

Il presente documento sintetico, ad uso degli operatori dei Servizi pubblici e privati per le Tossicodipendenze, delle Comunità Terapeutiche e delle Associazioni del Volontariato, ha lo scopo di fornire una serie di indicazioni, messe a punto dalla Regione Veneto, per la prevenzione e il trattamento dell'overdose di eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy.

Il documento, che può essere utile anche per gli operatori delle unità di emergenza e delle unità di prevenzione in strada, si articola in due sezioni:

1. Prevenzione dell'overdose di eroina;
2. Effetti acuti dell'ecstasy e principi di trattamento.

Prevenzione dell'overdose di eroina

1. Introduzione

La mortalità media annuale nelle persone che regolarmente fanno uso di eroina è del 2%; la metà di questa percentuale è attribuibile ad un'overdose di eroina stessa^{1 2}. Tale stima è dalle 6 alle 20 volte superiore a quella che ci si aspetta nei pari non utilizzatori di sostanze³.

Viene qui presa in considerazione la letteratura scientifica sull'epidemiologia dell'overdose di eroina, mortale e non, la diagnosi clinica dell'overdose di eroina, il trattamento, la farmacologia clinica del naloxone, le complicazioni e le strategie di prevenzione.

2. Farmacologia

L'eroina produce i suoi effetti come agonista dei recettori μ , κ e δ a livello di Sistema Nervoso Centrale (SNC). I recettori μ sono responsa-

bili della maggior parte degli effetti analgesici, delle difficoltà respiratorie, del rallentamento della motilità gastrointestinale, della miosi, dell'euforia e della dipendenza fisica ⁴. Gli agonisti dei recettori κ differiscono dagli agonisti μ nel grado (minore) e nel tipo (spinale e periferica, ma non sopraspinale) di analgesia. Inoltre determinano una minore miosi e depressione respiratoria ma, di converso, presentano una notevole disforia. I recettori δ mediano solo l'analgesia spinale. L'insufficienza respiratoria è causata dall'effetto diretto sui centri respiratori del tronco encefalico che primariamente deriva dalla riduzione della sensibilità all'anidride carbonica. L'eroina viene assorbita rapidamente qualunque sia la via di somministrazione. Attraversa la barriera ematoencefalica in 15-20 secondi e raggiunge livelli relativamente elevati nel cervello. Tale liposolubilità permette la rapida penetrazione dell'eroina nel SNC ed è responsabile sia della sensazione di "rush" sia della tossicità legata alla sostanza ^{5 6}.

La via di somministrazione dell'eroina influenza significativamente la capacità dell'eroina di causare overdose e morte. La maggior parte delle overdose di eroina, mortali e non, sono causate dalla sua iniezione in vena; un minor numero di decessi lo si registra in seguito alla somministrazione di eroina per via nasale; la via intramuscolare e quella sottocutanea sono responsabili di morti eroina-correlate rispettivamente dello 0.3% e dello 0.5%. È stato registrato solo 1 caso di decesso per somministrazione orale di eroina ⁷.

Il naloxone è il più potente fra gli antagonisti disponibili dei recettori μ , κ e δ ; è sprovvisto di attività agonista ^{8 9} e possiede una affinità di legame con i recettori per gli oppioidi superiore a quella dell'eroina, pertanto riesce a spiazzare quest'ultima annullandone gli effetti agonisti. Il tempo di reazione del naloxone è rapido. I più elevati livelli di concentrazione nel cervello si raggiungono entro 15 minuti e declinano del 50% entro la prima ora. Gli effetti del naloxone compaiono entro 30-120 secondi e durano circa 45 minuti per somministrazione in vena; per via intramuscolare, compaiono in 3 minuti e durano circa 2 ore ¹⁰.

3. Epidemiologia

1. L'overdose di oppioidi è la seconda causa di morte, dopo l'AIDS, nelle persone dipendenti di eroina.
2. In Italia (fonte ufficiale Ministero dell'Interno, relazione annuale della D.C.S.A. 1998) i decessi imputabili a tale causa sono stati:

	1995	1996	1997	1998
ITALIA	1188	1562	1160	1076
VENETO	93	104	92	90
PADOVA	40	27	32	27
VICENZA	11	9	10	17
VERONA	18	28	24	16
TREVISO	11	17	11	14
VENEZIA	9	17	11	11
ROVIGO	2	2	2	3
BELLUNO	2	4	2	2



4. Overdose letali ed evitabili

Gli studi riportano che la maggior prevalenza delle overdose infau-
ste si registra in consumatori di età media tra i 20 e i 30 anni, che hanno
fatto uso di eroina da 5-10 anni e che presentano un grado di dipen-
denza significativo ¹.

Dalla pratica clinica si evince che i decessi avvengono mentre il sog-
getto si trova in compagnia di terzi.

La maggior parte dei decessi avviene da 1 a 3 ore dopo l'iniezione;
un intervallo di tempo che dovrebbe permettere l'effettuazione di un
intervento salvavita. Solo una minoranza di decessi eroina-correlati ven-
gono registrati tra gli utilizzatori novizi ^{11 12}. I soli livelli di morfina non
sono responsabili di molti dei decessi eroina-correlati, mentre è il po-
liabuso di sostanze (in special modo di alcol e benzodiazepine) il mag-
giore responsabile. Probabilmente, la combinazione di eroina con se-
dativi potenzia la capacità dell'eroina di causare il decesso ^{13 14 15 16 17}. La
percentuale di assuntori che hanno fatto, nell'anno precedente, espe-
rienza di un'overdose non fatale di eroina è del 23- 33% ^{18 19} e la per-
centuale di coloro che hanno già avuto una tale esperienza nel corso
della loro vita è del 68% ²⁰. Uno studio effettuato su 329 TD di Sydney
riporta che il 93% dei soggetti assuntori di eroina da più di 10 anni al-
meno una volta ha assistito ad un'overdose. In tali circostanze le azioni
che i TD compiono sono di fondamentale importanza e possono deter-
minare l'overdose fatale, solo il 17% degli intervistati riferisce di chia-
mare l'ambulanza come prima azione; gli altri tentano prima di riani-
mare il compagno. Tali tentativi, spesso inadeguati, aumentano il ri-
schio di overdose fatale ²¹; tali ritardi inoltre hanno anche ripercussioni
negative per i sopravvissuti all'overdose dovute alla prolungata ipossia.

Molte spiegazioni sono state formulate per spiegare l'overdose: un
dosaggio elevato rispetto a quello usuale (55%); maggiore purezza del-
l'eroina (40%); assunzione di eroina accompagnata da quella di eta-
nolo (30%); uso di eroina dopo un periodo di astensione (28%); deli-
berato atteggiamento anticonservativo (4%) ²².

È difficile che un assuntore di sostanze in trattamento presso qual-
che struttura di cura ¹⁹ faccia esperienza di un'overdose.

La sindrome da intossicazione acuta di oppioidi è stata descritta
come una triade sintomatologica costituita da: sopore o coma, pupille
puntiformi e depressione della funzione respiratoria.

In sintesi:

1. Il decesso è causato nella maggior parte dei casi da arresto respira-
torio e successivo arresto cardiocircolatorio, per l'effetto depressivo
degli oppioidi sui centri del respiro ²³. Molto più raramente le cause
del decesso lo shock anafilattico e la presenza di inquinanti all'in-
terno delle sostanze da strada.
2. Il rischio overdose è fortemente incrementato se la persona assume,
contemporaneamente alcol, sedativi e altre droghe. A questo propo-
sito va ricordato che varie ricerche hanno evidenziato che la persona
in astinenza di oppioidi con impossibilità a procurarsi la droga tenta
di controllare i sintomi astinenziali introducendo vari tipi di sostanze
"sucedanee" che sono però di limitata efficacia (alcol, sedativi
ecc.) anche se di costo inferiore e di più facile reperibilità. Non-

ostante l'uso di queste sostanze, l'individuo non sospende la ricerca dell'oppioide che, dopo averlo trovato, assume spesso in dosi maggiori vista la prolungata astinenza, producendo così un forte aumento del rischio di overdose.

3. Il rischio è molto aumentato in tutti gli individui che, precedenti assuntori, hanno sospeso da lungo tempo l'uso di oppioidi (es. persone all'uscita dal carcere o dalla comunità dopo un periodo di almeno 3 mesi passato in condizione "drug free") e riassumono l'oppioide. Questo fenomeno è dovuto alla progressiva attenuazione della tolleranza agli oppioidi (eroina, morfina, metadone...) e che rende l'individuo vulnerabile al rischio overdose.
4. Il rischio di overdose è per contro diminuito se la persona è in trattamento stabilizzato con farmaci sostitutivi (tecnicamente definibile "individuo con tolleranza stabilizzata").
5. Molti studi hanno dimostrato che il rischio di overdose è molto ridotto nelle persone dipendenti da sostanze psicoattive di abuso in trattamento con metadone. Uno studio Australiano ²⁴ riporta però che tale rischio nelle prime due settimane di trattamento è 6,7 volte più elevato rispetto alle persone non in trattamento ed ancora "in strada" e 97,8 volte maggiore per coloro che sono in trattamento da più di due settimane.

5. Trattamento

L'obiettivo del trattamento è l'immediata correzione dell'ipossia attraverso la somministrazione di naloxone (Narcan), alla quale deve necessariamente seguire un pronto ricovero in ambiente idoneo per un congruo periodo d'osservazione.

Posto il paziente in condizione di sicurezza (decubito laterale col capo iperesteso) e valutato che le vie aeree siano pervie, la somministrazione di naloxone può essere fatta per via: endovenosa, intramuscolare, sottocutanea.

L'iniezione in vena è la via di somministrazione più efficace, ma il ricorso a quella intramuscolare o sottocutanea è comunque da prendere in considerazione in quanto il ritardo nella comparsa dell'attività farmacologica è compensato dalla facilità della somministrazione del farmaco attraverso queste vie rispetto a quella endovenosa ²⁵. Inoltre queste vie possono essere più facilmente utilizzate anche da persone non particolarmente avvezze a pratiche iniettive.

Nella pratica, quando si è per strada, si somministra una dose di 0.4-0.8 mg (1 o 2 fiale) endovena di Narcan. Tale quantità è in grado di risolvere la situazione o almeno di alleggerire lo stato di coma. Se ciò non accade è molto probabile che la causa comatosa sia diversa, o comunque più complessa della semplice overdose di oppioidi. Ad ogni buon conto è imperativo allertare immediatamente il 118 per provvedere al pronto ricovero e al necessario periodo di osservazione. La durata di tale periodo è variabile a seconda della sostanza che ha causato l'intossicazione acuta (da sei ore se la sostanza era eroina ad oltre 48 ore in caso di assunzione di metadone, peraltro poco probabile o, come più frequentemente accade, di poliabuso).



Complicanze

Il trattamento con naloxone può avere effetti collaterali indesiderati come crisi ipertensive, aritmie ventricolari o edema polmonare acuto, dovute a probabile aumento del tono simpatico centrale indotto dal farmaco. L'1.6% dei pazienti presenta complicanze entro i primi 10 minuti dalla somministrazione.

Negli ultimi anni l'edema polmonare non cardiogeno è una complicanza che si è verificata meno frequentemente rispetto al passato. Più recentemente, si sono registrati tassi di edema polmonare non cardiogeno variabili dallo 0.8% al 2.4%^{26 27 28}. Il tempo di osservazione ottimale è di parecchie ore. Nel 95% dei casi tale complicanza si presenta entro la prima ora di osservazione.

Un paziente in overdose di eroina ha una probabilità del 4.75% di sviluppare edema polmonare entro le 2 ore di osservazione e una probabilità dello 0.25% di sviluppare sintomi successivamente²⁹.

Può verificarsi ipotermia causata dall'effetto vasodilatatorio venoso dei morfiniti e da fattori ambientali in quanto l'overdose avviene spesso per strada, in luoghi freddi ed in pazienti rinvenuti tardivamente. Il trattamento consiste, a seconda della gravità dell'ipotermia rilevata con sonde timpaniche o con cateteri vescicali con termistore, al riscaldamento passivo (ambiente caldo, coperte, "metalline") o attivo esterno (imbottiture riscaldate, bagni caldi, materassi o cuscini ad aria forzata) od ancora, nei casi più gravi al riscaldamento attivo interno con la somministrazione di ossigeno umidificato e riscaldato a 42° C, infusioni di soluzioni calde a 42° C fino al lavaggio di cavità corporee con infusioni calde. Un'altra complicanza è la rhabdomyolisi che può causare insufficienza renale acuta, iperpotassiemia, acidosi dovuta a compressione muscolare estesa nei casi comatosi, ipossia; le polmoniti ab-ingestis sono frequenti e sono dovute al vomito ed alla conseguente inalazione di residui alimentari.

6. Strategie di intervento

Diversi studi sono stati eseguiti sull'argomento al fine di comprendere quali siano, con criteri scientifici, gli interventi più efficaci sia in termini individuali che ambientali. Risulta evidente che la miglior prevenzione dell'overdose è "non usare droga" e che in linea prioritaria gli interventi devono essere orientati all'inserimento delle persone dipendenti da sostanze psicoattive di abuso in percorsi che puntino a risolvere il problema "globalmente". Tuttavia è opportuno ricordare che è indispensabile e non derogabile ridurre in via prioritaria i rischi di morte legati all'overdose e all'AIDS e per questo è necessario prevedere specifiche azioni di prevenzione secondaria anche in quelle persone che non hanno ancora maturato il convincimento ad entrare in terapia³⁰. Dopo una disamina delle varie esperienze nazionali ed internazionali vengono qui riassunte quelle che si sono dimostrate di provata efficacia.

6.1 A livello individuale (interventi diretti sul tossicodipendente)

A. Training comportamentali del tossicodipendente da sostanze di abuso. Presso i Ser.T., le comunità, il carcere ecc. si possono realiz-

zare brevi corsi di addestramento per far acquisire abilità preventive pratiche su:

- Come prevenire l'overdose
- Come soccorrere un compagno in overdose
- Come chiamare i soccorsi in caso di incidente

Studi eseguiti dal Progetto POS del Ministero della Sanità hanno dimostrato che le persone dipendenti da sostanze psicoattive di abuso sottoposte a questi training hanno minor probabilità di incorrere nell'overdose e sono quindi risultati più protetti³¹. Le organizzazioni sopramenzionate dovrebbero quindi inserire nei loro interventi anche queste tecniche che attualmente risultano poco applicate.

B. Inserimento in trattamenti

L'inserimento in programmi terapeutici, particolarmente quelli sostitutivi, si è dimostrato protettivo rispetto al rischio di overdose anche se va segnalato un aumento del rischio nei primi tre mesi di induzione con metadone. È evidente che il rapporto continuativo con i servizi costituisce un fattore di prevenzione della mortalità per overdose; va quindi incentivato ogni sforzo teso alla presa in carico e alla prosecuzione del programma terapeutico.

C. Informazioni preventive per persone in uscita da carcere o comunità.

Dall'osservazione clinica si è potuto osservare che la maggior parte delle persone in uscita dal carcere o dalla comunità terapeutica non sono consapevoli del maggior rischio di overdose (e del modo per prevenirlo) in cui incorrerebbero in caso di nuovo uso di eroina. Il rimedio a questo è una costante opera di informazione e prevenzione che dovrebbe essere perseguita e programmata per tutti i pazienti in uscita dalle strutture residenziali. Per quanto riguarda la popolazione tossicodipendente detenuta, alcuni orientamenti prevederebbero interventi ad hoc, come la possibilità di contrastare con una terapia con antagonisti orali il rischio di overdose immediatamente prima della scarcerazione. Per i tossicodipendenti in trattamento con antagonisti andrebbe prevista, già nel corso della terapia, un'attività di counselling sui rischi di un'interruzione della assunzione del farmaco e di ripresa dell'uso di oppioidi ai dosaggi precedentemente utilizzati.

D. La fornitura di Narcan (Naloxone: farmaco antagonista degli oppioidi) direttamente alle persone dipendenti da sostanze psicoattive di abuso o ai loro familiari come metodo per prevenire i decessi conseguenti all'overdose di eroina³² è molto diffusa nei Paesi del nord Europa ed in alcune regioni italiane (tramite unità mobili ed operatori di prevenzione in strada). Non sussistono attualmente sperimentazioni scientificamente validate a conferma della presunta sua efficacia.

Questa proposta, pur non trascurabile, solleva questioni etiche e complicazioni pratiche. Uno studio ha rilevato che approssimativamente l'80% delle persone presenti durante l'overdose di un compagno erano esse stesse intossicate¹⁹; la disponibilità del naloxone potrebbe rimuovere gli effetti deterrenti dell'eroina e paradossalmente potrebbe incrementare il numero delle overdose; l'avversione per l'astinenza causata dal naloxone potrebbe rendere i soggetti riluttanti ad utilizzarlo anche se è disponibile; i pazienti potrebbero



rifiutarsi di recarsi in Ospedale per il periodo di osservazione dopo la ripresa che si è verificata a casa; le occasionali convulsioni e le altre complicazioni causate dall'uso di naloxone si manifesteranno in ambienti meno controllati.

6.2 A livello ambientale (interventi diretti sull'ambiente)

A. Early Warning System (sistemi di allerta precoce). Questi sistemi, già sperimentati in altri paesi ed in vari altri settori, si basano sulla modalità di esaminare rapidamente i campioni di droga al dettaglio sequestrata agli spacciatori dalle Forze dell'Ordine, attivando quindi una comunicazione precoce (feedback rapido) ai Servizi di emergenza, alle Prefetture, alle Forze dell'Ordine, ai SerT, alle associazioni dei familiari, alle Comunità Terapeutiche ed alle persone tossicodipendenti, dell'esistenza di partite di eroina con alto contenuto di principio attivo (e quindi estremamente pericolose per la vita) o con sostanze da taglio particolarmente tossiche o addirittura velenose. Questi sistemi necessitano esclusivamente di una ottimizzazione e di una organizzazione già esistente e non porterebbero ad un incremento di spesa.

La figura (Allegato 1) riporta la procedura operativa che si potrebbe instaurare ed è stata elaborata dalla Accademia Europea Studi e Ricerca in Medicina Preventiva e Comunitaria (AKADEMEIA) in uno studio del 1997³³.

B. Unità mobili con operatori di prevenzione in strada. Queste modalità operative si sono dimostrate estremamente efficaci nel contattare precocemente i dipendenti da sostanze psicoattive di abuso e nel poter trasmettere informazioni di prevenzione (anche sull'overdose) direttamente nei posti dove la droga viene acquistata o consumata. La presenza di operatori sul territorio si è dimostrata utile anche nell'attivare più precocemente i soccorsi specialistici delle unità di emergenza. Un aspetto importante, oltre alla prevenzione dell'overdose, è stato dimostrato in un recente studio eseguito presso il SerT 1 di Verona che ha verificato l'aumento della possibilità di inserimento in percorsi ad alta soglia terapeutica di persone non ancora in contatto con il sistema assistenziale mediante l'utilizzo di queste unità mobili (tasso di incremento 36%).

6.3 Altri interventi in ambito di ordine pubblico (prevenzione del traffico e dello spaccio).

Al momento non esistono studi scientifici che indichino quali siano gli interventi più efficaci in ambito di ordine pubblico a ridurre l'incidenza di overdose. Tuttavia si ritiene sia ragionevole pensare che vi siano azioni in grado di incidere anche su questo aspetto:

A. Aumentare le azioni di prevenzione e repressione al fine di ridurre l'offerta e la disponibilità conseguente di sostanze stupefacenti intensificando soprattutto le azioni di repressione verso gli spacciatori.

B. Incrementare la collaborazione tra le strutture socio-sanitarie e le Forze dell'Ordine al fine di aumentare il numero di persone che ac-

cedono ai servizi ed alle Comunità Terapeutiche per entrare in trattamento.

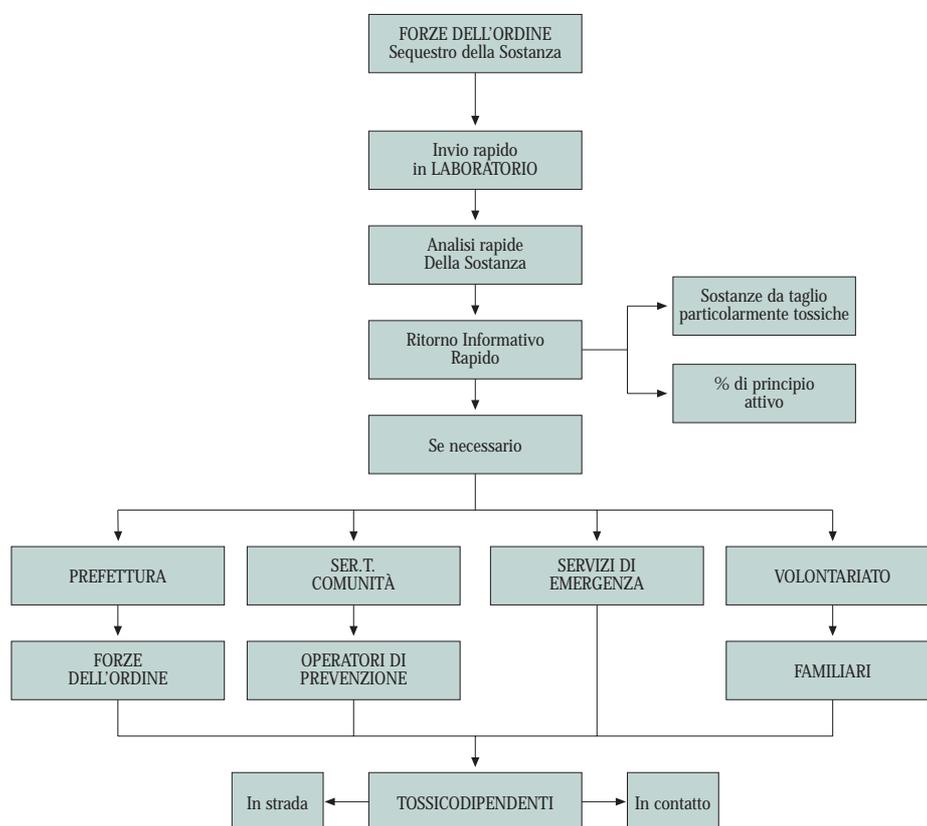
C. Introdurre una ulteriore nuova strategia (Hard & Soft) già attuata con successo in paesi quali la Germania e l'Inghilterra, che diversifichi le azioni repressive e la "pressione" esercitata dalle Forze dell'Ordine nei confronti degli spacciatori (fortemente e maggiormente perseguiti) e gli "utilizzatori di sostanze" non inseriti nella rete di spaccio (fortemente incentivati a recarsi ai servizi). Molte organizzazioni istituzionali di vari paesi hanno orientato il loro atteggiamento verso questo nuovo tipo di approccio e di strategia creando anche momenti specifici di formazione congiunta tra Forze dell'Ordine ed operatori del settore assistenziale. Studi eseguiti in questo ambito hanno dimostrato che così facendo si ottiene:

- Riduzione del numero totale degli arresti riducendo la congestione carceraria
- Contestuale aumento del numero di arresti di persone particolarmente pericolose responsabili del mantenimento della rete criminale (spacciatori)
- Contestuale diminuzione del numero di arresti "impropri" di persone esclusivamente dedite all'uso e non allo spaccio
- Contestuale incremento di dipendenti da sostanze di abuso inseriti in trattamento terapeutico

Tutto ciò genera anche una diminuzione dei costi sociali oltre che indubbi vantaggi per l'individuo.

Allegato 1

Early Warning System per l'eroina (AKAΔEMEIA 1998)





2. EFFETTI ACUTI DELL'ECSTASY E PRINCIPI DI TRATTAMENTO

1. Introduzione

L'uso di MDMA (metilendiossimetamfetamina) meglio nota come ecstasy, ha iniziato a farsi strada in Italia, tra i giovani anche non TD, nell'ultimo decennio.

I primi studi sull'MDMA risalgono al 1912 quando la molecola fu scoperta da alcuni ricercatori della compagnia farmaceutica Merck in Germania e fu brevettata nel 1914 come anoressizzante³⁴.

L'incrementata capacità a percepire e comunicare aspetti "profondi" della propria interiorità, citata tra i principali effetti di tale sostanza, è stata successivamente utilizzata in ambito militare con il ruolo di "siero della verità"²³. Negli anni '70 alcuni psichiatri, viste le proprietà empatiche ed entactogene della sostanza, la usarono per stimolare i pazienti più chiusi a confidarsi³⁵.

Tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 la sostanza inizia a diffondersi tra i giovani come "droga ricreativa" negli Stati Uniti, (dove viene chiamata "emphaty"), dopodiché approda in Europa (Inghilterra, Francia, Olanda e Germania) e alla fine degli anni '80 anche in Italia dove è proibito sia il consumo che la produzione dal 1990 (D.P.R. 309/90).

Il primo studio sull'attività farmacologica nell'uomo del 1978, riportava che la MDMA provocava uno stato di coscienza alterato con ipertonìa emotiva e sensoria, che poteva essere utile in psicoterapia, ma successivi studi hanno escluso questa presupposta utilità.

Viene utilizzata soprattutto nel mondo delle discoteche con i nomi più svariati (Adam, caramella, giuggiola...) ³⁶ l'uso della sostanza permette ai giovani frequentatori delle discoteche e delle feste "fuori orario" di ballare a ritmi sfrenati per ore e ore senza stancarsi.

Gli adolescenti disponibili a provare l'ecstasy e in genere i derivati amfetaminici sono in numero crescente e l'età del primo approccio sembra essersi abbassata in alcuni casi agli anni della scuola media inferiore (12-13 anni). Alcuni studi italiani del 1998, ripresi da un articolo di Schifano³⁷, rilevano percentuali ancora superiori di consumatori di ecstasy tra gli studenti delle scuole superiori: 7% in uno studio del nord-est del paese e 8,7% nell'interland di Milano.

Per i più giovani la sala giochi, il bar e la strada rappresentano i luoghi di assunzione del farmaco, mettendo in discussione il fatto che la discoteca rappresenti il "setting" unico di questa droga. Anche dal punto di vista della frequenza della esposizione alla sostanza, i soggetti più giovani non confinano l'uso delle pastiglie rigorosamente al week-

end, ma corrispondono in modo più volubile e incontrollabile alle determinazioni e agli impulsi del gruppo di pari, dei possibili leader, della situazione più o meno trasgressiva del momento.

Ovviamente la parte più consistente dell'uso di ecstasy continua a essere collegata all'ambito delle discoteche, alle notti del week-end, alle feste fuori-orario e ai grandi spostamenti notturni da un locale all'altro.

2. Epidemiologia

La 3,4-metilen-diossi-metamfetamina (MDMA), o Ecstasy, è la più nota appartenente a un gruppo di amfetamino-derivati, definiti entactogeni per la propensione al contatto interpersonale che indurrebbero nei consumatori, e che mantengono, tra gli effetti delle amfetamine, una azione energizzante.

Un gran numero di prodotti proposti come ecstasy al commercio illecito sono invece da annoverarsi tra molecole analoghe, come nel caso della variante etilata (MDEA), di altre meta-amfetamine, oppure tra prodotti ottenuti dai trafficanti in modo così artigianale da non poter garantire alcun controllo sull'identità della sostanza. Estremamente variabili dunque i principi attivi in questo ambito, ma anche le confezioni, le tipologie di pastiglie o tavolette, le simbologie e la nomenclatura utilizzate.

Ancora estremamente incerto il panorama epidemiologico che riguarda l'impiego di questi amfetamino-derivati: i consumatori di queste sostanze approdano in modo episodico e del tutto frammentario ai Servizi Tossicodipendenze e alle Comunità Terapeutiche; vengono in contatto con i servizi di Medicina d'Urgenza, ovviamente in relazione soltanto alle problematiche acute; ricorrono ai Servizi Psichiatrici, il più delle volte senza che la causa dei disturbi presentati venga ricondotta all'assunzione delle pastiglie.

I servizi tossicodipendenze rilevano una crescente proporzione di eroinomani che nell'ambito di una condizione di poliabuso utilizzano l'ecstasy o comunque gli stimolanti sintetici: in diversi casi oppioidi e stimolanti sintetici sono assunti con la finalità di modulare reciprocamente gli effetti non desiderati; in altri casi gli amfetamino-derivati assumono il ruolo di tentativi di automedicazione veri e propri, per i soggetti in cui gli oppioidi da strada o il metadone non "corrispondono" appieno alle aspettative antidepressive.

3. Farmacologia

La molecola MDMA (metilendirossimetamfetamina) è chimicamente definita come N-metil-1 (3,4 metilendirossifenil)-2-aminopropano, presenta nella struttura, analogie con l'amfetamina (stimolante psicomotorio) e con la mescalina (allucinogeno).

La letteratura³⁸ riporta dei casi di overdose attribuiti all'ingestione di "soli" 200 mg di MDMA. D'altra parte il contenuto medio di principio attivo di una compressa di ecstasy è molto variabile e bisogna tenere conto della tutt'altro che improbabile presenza di adulteranti e scorie della grossolana lavorazione. La conclusione che se ne può trarre è che nel momento in cui si assume l'ecstasy, il rischio d'overdose non è prevedibile.



4. Effetti

Dopo assunzione acuta, sono state segnalate: tachicardia, asistolia, ipertensione, acidosi metabolica, emorragie cerebrali, convulsioni, coma, rabdomiolisi (con danneggiamento dei muscoli), midriasi^{39 40}, vomito, diarrea, trombocitopenia, coagulazione intravascolare disseminata, insufficienza renale acuta^{41 42}.

Inoltre, in pazienti con anamnesi negativa per epatite infettiva ed abuso alcolico, è stata segnalata l'insorgenza, talora anche drammatica, di epatotossicità (dovuta forse alla presenza di contaminanti nella preparazione di ecstasy).

Gli squilibri dell'omeostasi termica possono comportare l'insorgenza d'ipertermia maligna, disfunzione per la quale l'organismo non riesce più a regolare la temperatura (che può superare i 40°C) e che talora porta al decesso. Il caldo e l'attività fisica intensa in ambienti chiusi possono far precipitare il quadro clinico: i consumatori tendono inoltre ad assumere grandi quantità di acqua, con conseguente possibilità d'insorgenza di iposodemia e rischio di morte per edema cerebrale^{43 44}.

L'ingestione di MDMA da sola o in combinazione con altri psicotropi, come l'alcol, può comportare disturbi comportamentali che possono mettere in serio pericolo di vita il paziente. Uno studio⁴⁵ descrive una serie clinica di 5 pazienti che successivamente all'ingestione di ecstasy, avevano presentato comportamenti bizzarri, impulsivi e pericolosi mentre si trovavano alla guida di autoveicoli.

La mortalità per overdose da droghe sintetiche, pur avendo mostrato un incremento negli ultimi anni, sembra essere inferiore confrontata a quella determinata dall'uso di oppioidi.

Si stima⁴⁶ che, negli ultimi 5 anni, vi siano stati almeno 6 decessi, in Italia, da attribuirsi all'uso di ecstasy. Si pensa che, in almeno alcune aree del Regno Unito, il rischio individuale relativo sia stato ridotto in seguito all'introduzione di alcune misure tese a combattere le complicanze potenzialmente letali dell'uso di ecstasy.

5. Trattamento

Il trattamento delle singole complicanze acute dell'overdose da MDMA è solo sintomatico. Esso richiede, nei casi più gravi, l'intervento immediato dei mezzi di soccorso, in attesa dei quali è importante la sospensione di ogni attività fisica (cessare di ballare), l'allontanamento da intense stimolazioni visive ed uditive ed il raffreddamento del corpo mediante mezzi fisici (areazione dell'ambiente, spugnature d'acqua e/o alcol, ecc.). In caso di insorgenza di convulsioni bisogna proteggere il paziente da eventuali urti involontari contro pareti, spigoli ed il pavimento e nel contempo somministrare benzodiazepine iniettabili (lorazepam, diazepam) per via endovenosa o intramuscolare. Se vi è anche compromissione delle funzioni vitali (ostruzione delle vie aeree, arresto respiratorio, arresto cardiaco) è necessario iniziare immediatamente le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base.

Una lavanda gastrica seguita dalla somministrazione di carbone attivato va eseguita prontamente. La diuresi forzata acida favorisce l'eliminazione dei composti amfetaminosimili, ma è controindicata in presenza di insufficienza renale, acidosi o rabdomiolisi (favorisce la precipitazione di mioglobina): in tali casi può essere utile il trattamento

dialitico. Le benzodiazepine iniettabili sono i farmaci di scelta nel trattamento dell'agitazione psicomotoria e delle convulsioni. Qualora esse risultino non sufficienti è opportuno ricorrere alla somministrazione di barbiturici.

Le condizioni cardiocircolatorie devono essere attentamente sorvegliate mediante monitoraggio elettrocardiografico e pressorio continui.

La tachiaritmia e le altre manifestazioni d'iperstimolazione del sistema nervoso simpatico rispondono solitamente alla somministrazione di beta-bloccanti (propranololo).

In caso di ipertensione arteriosa grave e resistente ai trattamenti sopraelencati può essere necessario ricorrere a nitroderivati o altri potenti farmaci vasoattivi in infusione continua.

Molto importante è il controllo della temperatura corporea che va abbassata anche mediante la somministrazione endovenosa di soluzioni fredde, spugnature e l'applicazione di dispositivi di refrigeramento al paziente. Nei casi più gravi può essere necessario ricorrere alla somministrazione di dantrolene, il cui impiego è però ancora controverso.

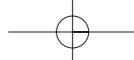
La persistenza di attività muscolare e di ipertermia rende talvolta indispensabile il ricorso alla paralisi muscolare mediante somministrazione di curarici non depolarizzanti e alla ventilazione meccanica.

Bibliografia

- ¹ Davoli M, Perucci CA, Forasterie F, Doyle P, Rapiti E, Zaccarelli M, et al. *Risk factors for overdose mortality: a case-control study within a cohort of intravenous drug users*. Int J Epidemiol. 1993, 22, pp. 273-7.
- ² Oppenheimer E, Tobutt C, Taylor C, Andrew T. *Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study*. Addiction. 1994, 89, pp.1299-308.
- ³ Darke S, Zador D. *Fatal heroin 'overdose': a review*. Addiction. 1996, 91, pp.1765-72.
- ⁴ Schwartz M. *Opiates and narcotics*. In: Haddad LM, Shannon MW, Winchester JF, eds. *Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose*. 3d ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998, pp.505-22.
- ⁵ Way EL, Kemp JW, Young JM, Grassetti DR. *The pharmacologic effects of heroin in relationship to its rate of biotransformation*. J Pharmacol Exp Ther. 1960,129, pp. 144-54.
- ⁶ Way EL, Kemp JW, Young JM. *Metabolism of heroin and its pharmacologic implications*. Bull Narcotics. 1965, 17, pp. 25-33.
- ⁷ Ropp PP, Fornaris M, Salmon T, Burle J, Bresson M. *Concentrations of heroin, 06-monoacetylmorphine, and morphine in a lethal case following an oral heroin overdose*. J Anal Toxicol. 1997, .21, pp. 232-5.
- ⁸ Handal KA, Schaubem JL, Salamone FR. *Naloxone*. Ann Emerg Med.1983, 12, pp.438-45.
- ⁹ Chamberlain JM, Klein BL. *A comprehensive review of naloxone for the emergency physician*. Am J Emerg Med.1994, 12, pp. 650-60.
- ¹⁰ Evans M, Hoff Mij, Lunn Jn, Rosen M. *Degree and duration of reversal by naloxone of effects of morphine in conscious subjects*. Br J Med 1974, 2, pp. 589-591.
- ¹¹ Ruttenber AJ, Kalter HD, Santinga P. *The role of ethanol abuse in the etiology of heroin-related death*. J Forensic Sci. 1990,35, pp.891-900.
- ¹² Zador D, Sunjic S, Darke S. *Heroin related deaths in New South Wales, 1992: toxicological findings and circumstances*. Med J Aust. 1996, 164, pp. 204-7.
- ¹³ Richards RG, Reed D, Cravey RH. *Death from intravenously administered narcotics: a study of 114 cases*. J Forensic Sci. 1976, 21, pp.467-82.
- ¹⁴ Monforte JR. *Some observations concerning blood morphine concentrations*

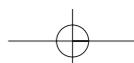


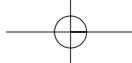
- in narcotic addicts.* J Forensic Sci. 1977,22, pp. 718-24.
- ¹⁵ Baselt RC, Allison DJ, Wright JA, Scannel JR, Stephens BG. *Acute heroin fatalities in San Francisco. Demographic and toxicologic characteristics.* West J Med. 1975, 122, pp. 455-8.
 - ¹⁶ Garriott JC, Sturner WQ. *Morphine concentrations and survival periods in acute heroin fatalities.* N Engl J Med. 1973, 289, pp.1276-8.
 - ¹⁷ Goldberger BA, Cone EJ, Grant TM, Caplan yh, Levine BS, Smialek JE. *Disposition of heroin and its metabolites in heroin-related deaths.* J Anal Toxicol.1994,16, pp.22-8.
 - ¹⁸ Bammer G, Sengoz A. *Non fatal heroin overdoses (Letter).* Med J Aust. 1994, 161, pp. 572-3.
 - ¹⁹ Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Strang J. *Frequency of non-fatal heroin overdose: survey of heroin users recruited in non-clinical settings.* BMJ. 1996, pp.313-402.
 - ²⁰ Darke S, Ross J, Hall W. *Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose.* Addiction. 1996, 91, pp. 405-11.
 - ²¹ Darke S, Ross J, Hall W. *Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II Responses to overdose.* Addiction:1996, 91, pp. 413-7.
 - ²² Goldfrank LR, Hoffman RS. *The poisoned patient with altered consciousness.* JAMA, 1995, 274, pp. 562-9.
 - ²³ Serpelloni G, Rezza G, Gomma M. *Eroina. Infezione da HIV e Patologie Correlate.* Ed.Leonard, Verona, 1995, pp. 151-157.
 - ²⁴ Caplehorn JR, Drummer OH. *Mortality associated with New South Wales Methadone programs in1994: lives lost and saved.* Med J Aust, 170(3):104-9.1999
 - ²⁵ Wanger K, Brough L, Macmillan I, Mac Phail I, Christenson JM. *Intravenous subcutaneous naloxone for out-of-hospital management of presumed opioid overdose.* Acad Emerg Med 1998,5 293-9.
 - ²⁶ Sporer KA, Firestone J, Isaacs SM. *Out-of-hospital treatment of opioid overdoses in a urban setting.* Acad Emerg. Med. 1996, 3, pp. 660-7.
 - ²⁷ Smith DA, Leake L, Loflin JR; Yealy DM. *Is admission after intravenous heroin overdose necessary?* Ann Emerg. Med. 1992, 21, pp.1326-30.
 - ²⁸ Bertini G, Russo L, Cricelli F, Daraio A, Gigliolo C, Pini C, et al. *Role of a pre-hospital medical system in reducing heroin-related deaths.* Crit Care Med. 1992, 20, pp.493-8.
 - ²⁹ Karl A, Sporer MD. *Acute heroin Overdose.* Annals of Internal Medicine, 6 April 1999. 130:584-590
 - ³⁰ AA VV *Dichiarazione Etica Contro le Droghe.* Assessorato ai Servizi e alle Politiche Sociali. Regione Veneto.1999
 - ³¹ Serpelloni G, Rossi A. *HIV/AIDS e DROGA.-Manuale per Operatori di Prevenzione-L'Intervento in Strada.* Ed. Leonard, Verona, 1996.
 - ³² Darke S, Hall W. *The distribution of naloxone to heroin users.* Addiction. 1997, 92, pp. 1195-9
 - ³³ AKADEMEIA *Danni correlati all'uso di droghe: ecstasy e cannabis (atti del workshop sull'overdose).* 1997.
 - ³⁴ Serpelloni G, Pirastu R, Brignoli O. *Medicina delle Tossicodipendenze. Manuale per Medici di Medicina Generale.* S.E.M.G, Verona, 1996
 - ³⁵ Climko RP, Roehrich H, Sweeney DR, et al. *Ecstasy: a review of MDMA and MDA.* Int J Psychiatry Med 16:359-372, 1986.
 - ³⁶ Bagozzi F. *Generazione in ecstasy.* Gruppo Abele .Torino, 1997.
 - ³⁷ Schifano F, *Research on human neurotoxicity of MDMA (ecstasy): subjective self-reports; evidence from a drug addiction centre; clinical case studies.* Neuropsychobiology (in press).
 - ³⁸ Singarajah C. Lavies NG. *An overdose of ecstasy: a role for dantrolene Anaesthesia.* 1992, 46, pp. 686-687.
 - ³⁹ Demirkiran M, Jankovic J, Dean JM: *Ecstasy intoxication: an overlap between serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome.* Clin Neuropharmacol, 1996, 19, pp. 157-164,
 - ⁴⁰ Cunningham M. *Ecstasy-induced rhabdomyolysis and its role in the development of acute renal failure.* Intensive Crit Care Nurs, 1997, 13, pp. 216-223.



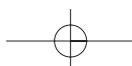
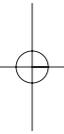
Effetti acuti dell'ecstasy principi di trattamento

- ⁴¹ Dinse H, *Ecstasy (MDMA) intoxication. An overview.* *Anaesthetist* 1997, 46, pp. 697-703,.
- ⁴² Huarte Muniesa MP, Pueyo Royo AM: *Acute hepatitis due to ingestion of Ecstasy.* *Rev Esp Enferm Dig*, 1995, 87, pp.681-683.
- ⁴³ Matthai SM, *Cerebral edema after ingestion of MDMA (ecstasy) and unrestricted intake of water.* *British Medical Journal.* 1996, 25, 312 (7042) 1359.
- ⁴⁴ Parr MJ, Low HM, Botterill P: *Hyponatraemia and death after "ecstasy" ingestion.* *Med J Aust*, 1997, 166, pp.136-137.
- ⁴⁵ Schifano F. *Dangerous driving and MDMA ("ecstasy") abuse.* *Journal of Serotonin Research* 1.53-57,1995.
- ⁴⁶ Griffiths P, Vingoe L, Jansen K. *The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the European Community: a data synthesis.* In: *The use of amphetamines ecstasy and LSD in the European Community: a review of data on consumption patterns and current epidemiological literature.* Report for the EMCDDA, 1997.





ALTRI CONTRIBUTI AL PROBLEMA DELL'OVERDOSE





1. EFFETTI DA ASSUNZIONE PROTRATTA DI ECSTASY

Fabrizio Schifano – *Ser.T. 1 - ULSS 16 Padova*

Serpelloni Giovanni – *Sezione di Screening HIV - Ser.T. 1 - ULSS 20 Verona*

Gerra Gilberto – *Ser.T. ASL Parma*

Gli effetti psico-comportamentali a lungo termine dell'ecstasy sono in molti casi subdoli, sub-clinici e non immediatamente diagnosticabili; la popolarità della droga induce gli adolescenti a sottostimare il rischio di queste pastiglie, rispetto al rischio ben conosciuto delle droghe iniettate o della cocaina. I primi sintomi inducono di solito ad una valutazione sbagliata anche da parte degli adulti (genitori o insegnanti), che scambiano i sintomi psicologici con quelli relativi alle "normali" caratteristiche psicocomportamentali della burrasca adolescenziale.

Coloro che la utilizzano abitualmente dicono di sentirsi significativamente più depressi, anormali, asociali, irritabili e collerici ¹.

Si è visto che i consumatori di ecstasy mostrano una elevata impulsività e coloro che assumono più ecstasy hanno punteggi più elevati di impulsività. Queste osservazioni sono in perfetto accordo con evidenze già consolidate secondo le quali a livelli elevati di impulsività è associata una riduzione dei livelli della funzione serotoninergica ².

Molti dei consumatori abituali di MDMA studiati da Gerra ³ non mostrano sintomi conclamati dei disturbi di personalità, ma piuttosto significativi cambiamenti nei livelli di aggressività, diretta sia verso se stessi che verso gli altri, ed un incremento degli atteggiamenti comportamentali alla ricerca delle novità: in questi pazienti si evidenzia una correlazione inversa tra i livelli della funzione serotoninergica e le misure dell'aggressività o i punteggi di ricerca delle novità.

Sebbene non si sia certi se le alterazioni del sonno osservate negli utilizzatori di MDMA siano dovute alla neurotossicità nei confronti del sistema serotoninergico, la letteratura suggerisce che l'utilizzo dell'MDMA può portare a cambiamenti persistenti nelle strutture cerebrali coinvolte nel ciclo sonno-veglia ⁴. Altri autori hanno riportato alterazioni a lungo termine relative al sonno, allo stato mentale, alla personalità, e alle prestazioni cognitive conseguenti all'utilizzo ripetuto di ecstasy.

Dopo la fase iniziale in cui sono sperimentati gli effetti attesi dell'ecstasy, quali una maggiore estroversione, consapevolezza ed empatia, la sostanza può determinare pericolose conseguenze psichiatriche. Gli spiacevoli effetti psichiatrici includono gli attacchi di panico, la depressione, sino a vere e proprie psicosi ⁵. La depersonalizzazione, la disforia, la depressione e i disturbi del comportamento alimentare sono stati riscontrati dopo un di uso cronico di MDMA ⁶. In accordo con le ricerche biologiche, le conseguenze neuropsichiatriche che sono state osservate dopo l'uso di MDMA coinvolgono i comportamenti che sono principalmente influenzati dal sistema serotoninergico (es; l'umore, i

processi cognitivi e l'ansia)⁷. È necessario differenziare tra le complicanze acute psichiatriche, che regrediscono completamente quando i livelli di intossicazione si attenuano, e i disturbi psichiatrici a lungo termine quali conseguenze dell'uso cronico di ecstasy. Sono stati osservati da altri Autori, tra gli effetti psichiatrici, la depressione, che appare come quello più rilevante, i disturbi psicotici, i disturbi cognitivi, gli episodi bulimici, i disturbi del controllo degli impulsi, gli attacchi di panico e la fobia sociale^{8 9 10}.

Le prestazioni cognitive sono significativamente ridotte nei consumatori di MDMA. La rievocazione mnestica è compromessa anche nei soggetti drug-free (e cioè necessitamento ad un congruo periodo di astensione dell'uso di MDMA); i consumatori abituali di ecstasy, infatti, mostrano un peggioramento dei punteggi nelle prove mnestiche in tutte le sessioni testistiche¹⁷. In un ulteriore studio, sono stati riscontrati dei risultati analoghi, in cui l'estensione del danno mnestico è correlato con il consumo di MDMA e con la riduzione di 5-HT nel cervello.

Sembra che la MDMA sia in grado di indurre deficit nella funzione del sistema serotonergico, negli animali da esperimento, in dosi che si avvicinano approssimativamente a quelle usate dai consumatori. L'MDMA ha effetto sulla funzione serotonergica¹¹, in particolare a livello sinaptico¹², con cambiamenti significativi nel sistema di recupero delle monoamine cerebrali¹³. La neurotossicità serotonergica e la denervazione in seguito all'uso di MDMA è stata evidenziata da una varietà di studi¹⁴ con scoperte contrastanti riguardo alla possibile reversibilità del danno cerebrale. L'MDMA somministrata agli animali comporta perdite persistenti dei markers del sistema della serotonina delle cellule del cervello, inclusi la 5-idrossitriptamina (5-HT), l'acido 5-idrossindolacetico (5-HIAA), la triptofano-idrossilasi e il transporter del 5-HT, e un danno in sede presinaptica ai neuroni del sistema serotonergico¹⁵. Nei primati, la scomparsa dei markers del sistema della serotonina è a lungo termine e può, in alcune aree del cervello, essere permanente. Le dosi di MDMA sufficienti a provocare effetti neurotossici nei primati anche in questo caso sono simili alle dosi che vengono assunte nell'ambito ricreazionale.

Recentemente, in una ricerca sia sul versante biologico che psicologico, Gerra ha dimostrato che il sistema di controllo serotonergico degli ormoni ipofisari risulta alterato nei consumatori di ecstasy che ne hanno sospeso l'uso da poche settimane. Ulteriori prove sulla neurotossicità degli amfetamino-derivati nell'uomo, sono state riscontrate utilizzando la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) con radioligando carbonio-11-labelled McN5652, che selettivamente si lega al trasportatore di 5-HT: i consumatori di MDMA, in fase di astensione dall'utilizzo, hanno mostrato una riduzione globale e regionale del trasporto di 5-HT rispetto ai controlli.

La riduzione di questa componente strutturale dei neuroni cerebrali serotonergici è positivamente correlata con la durata del precedente consumo di MDMA¹⁶.

I dati sulla reversibilità di disturbi indotti dall'ecstasy nell'uomo sono ancora estremamente incerti. La risposta del sistema serotonergico allo stimolo con d-fenfluramina a 3 settimane e a 12 mesi dall'interruzione dell'assunzione di ecstasy, e gli aspetti psicometrici e comportamentali correlati suggeriscono un parziale ritorno alla normalità di alcune funzioni connesse con il comportamento aggressivo e sostenute da una componente del sistema serotonergico.



In associazione si rileva, al contrario, il persistere di alterazioni sempre a carico del sistema serotonergico in relazione ai disturbi del tono dell'umore ¹⁶.

Bibliografia

- ¹ Parrott AC, Lasky J. *Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night dance*. *Psychopharmacology (Berl)* 139(3): 261-268, 1998.
- ² Morgan MJ. *Recreational use of "ecstasy" (MDMA) is associated with elevated impulsivity*. *Neuropsychopharmacology* 19(4): 252-264, 1998.
- ³ Gerra G, Zaimovic A, Giucastro G, Maestri M, Monica C, Sartori R, et al. *Serotonergic function after 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") in humans*. *Int Clin Psychopharmacol* 1998, 13, pp. 1-9.
- ⁴ Allen RP, McCann UD, Ricaurte GA. *Persistent effects of (+/-) 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "ecstasy") on human sleep*. *Sleep*, 1993, 16, pp. 560-564
- ⁵ Nielsen JC, Nicholson K, Pitzner-Jorgensen BL, M Undèn. *Abuse of Ecstasy (methylenedioxymethamphetamine). Pharmacological, neuropsychiatric and behavioral aspects*. *Ugeskr Laeger*, 1995, 157, pp. 724-727.
- ⁶ Greer G, Tolbert R. *Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting*. *J Psychoactive Drugs*, 1986, 18, pp. 319-327.
- ⁷ Steele TD, McCann UD, Ricaurte GA. *"3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "ecstasy") pharmacology and toxicology in animals and humans"*. (Review) *Addiction* 89: 539-551, 1994.
- ⁸ Schifano F, Di Furia L, Forza G, Minicuci N, R Bricolo. *MDMA "ecstasy" consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients*. *Drug Alcohol Depend*, 52:85-90, 1998.
- ⁹ McCann UD, Slater SO, Ricaurte GA. *Adverse reactions with 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)*. *Drug Saf*, 2:107-115, 1996.
- ¹⁰ Gerra G. *Ecstasy e metamfetamine: aspetti neuroendocrini e comportamentali*. *Atti del Seminario: "Studi sui derivati amfetaminici"* Roma pp.18-25, 1995.
- ¹⁷ Goldberger BA, Cone EJ, Grant TM, Caplan yh, Levine BS, Smialek JE. *Disposition of heroin and its metabolites in heroin-related deaths*. *J Anal Toxicol*. 1994, 16, pp.22-8.
- ¹¹ Schuldiner S, Steiner-Mordoch S, Yelin R, Wall SC, Rudnick G. *Amphetamine derivatives interact with both plasma membrane and secretory vesicle biogenic amine transporters*. *Molecular Pharmacology* 44: 1227-1231, 1993
- ¹² O'Hearn EG, Battaglia G, DeSouza EB, Kuhar MJ, Molliver ME. *Methylenedioxyamphetamine (MDA) and methylenedioxymethamphetamine (MDMA) cause selective ablation of serotonergic axon terminals in forebrain: immunocytochemical evidence for neurotoxicity*. *J Neurosci*; 8: 2788-803, 1988.
- ¹³ De Souza EB, Battaglia G, Insel TL. *Neurotoxic effect of MDMA on brain serotonin neurons: evidence from neurochemical and radioligand binding*. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 600: 682-697, 1990.
- ¹⁴ Ricaurte GA, Martello AL, Katz JL, Martello MB. *Lasting effects of (±)3,4-methylenedioxymethamphetamine on central serotonergic neurons in non-human primates: neurochemical observations*. *J Pharmacol Exp Ther* 261: 616-622, 1992.
- ¹⁵ McCann UD, Szabo Z, Scheffel U, Dannals RF, Ricaurte GA. *Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA ("Ecstasy") on brain serotonin neurons in human beings*. *Lancet* 352 (9138): 1433-1437, 1998
- ¹⁶ Gerra G, Zaimovic A, Ferri M, U Zambelli, Timpano M, Neri E, Marzocchi GF, Delsignore R, Brambilla F. *Long-lasting effects of (3,4-methylene-dioxy-metamphetamine (ecstasy) on serotonin system function in humans*. *Biological Psychiatry* (in press).



2. CORSO DI SOPRAVVIVENZA PER PERSONE TOSSICODIPENDENTI

Cinzia Tognetto, Giovanni Serpelloni, Roberta Frighetto
Sezione di Screening HIV - Ser.T. 1 - ULSS 20 Verona

Tratto da: Serpelloni G., Rossi A. "HIV/AIDS e DROGA. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento in strada". Progetto POS- Ministero della Sanità. Ed. Leonard, Verona, 1996.

1. Introduzione

Le campagne di prevenzione attuate negli ultimi anni hanno contribuito a far diminuire i comportamenti dei TD che possono determinare rischi per la salute; nonostante ciò il 20% dei TD continua a condividere la siringa.

I dati disponibili riguardo invece ai comportamenti sessuali sfatano alcune convinzioni, rivelando che i TD hanno una attività sessuale non trascurabile, dal punto di vista epidemiologico.

Va rilevato che:

- la maggioranza dei partner sessuali dei TD maschi non sono TD;
- tra le donne TD che si prostituiscono, l'uso del profilattico è abbastanza frequente ma non costante e spesso si verifica che cedano alla richiesta dei clienti che offrono cifre maggiori per avere rapporti non protetti; di frequente, poi, queste donne hanno un partner fisso con il quale raramente utilizzano il profilattico. Poiché la prostituzione è finalizzata a soddisfare le esigenze economiche della tossicodipendenza, spesso l'imperatività di questa esigenza tacita ogni comportamento che metta a rischio questa soddisfazione o ne riduca l'efficacia.

I TD rappresentano un gruppo ad alto rischio di morbilità e mortalità. La mortalità nei TD è circa 10 volte superiore a quella della popolazione generale dello stesso sesso ed età: il 16% dei decessi nei maschi, e il 9% nelle femmine, di età compresa tra i 15 e i 34 anni, è attribuibile all'uso di droghe per via endovenosa ¹.

La mortalità nei TD è andata cambiando dall'inizio degli anni '80 ad oggi, con un continuo aumento dei tassi di mortalità generale ². Questo fenomeno, associato all'aumento della popolazione dei TD, ha fatto in modo che, nella popolazione in generale, soprattutto per alcune cause (epatite, endocarditi, cirrosi), la frazione di mortalità attribuibile alla tossicodipendenza è fortemente aumentata. Supponendo che vi siano in Italia circa 200.000 TD assuntori abituali di droghe per via endovenosa, ogni anno ne muoiono circa 4.000; di essi 2.000 muoiono di AIDS, 1.220 di overdose (dato relativo all'anno 1993), 300 di morte violenta ¹. Il numero delle morti per AIDS è in aumento, mentre i tassi di mortalità per overdose sembrano recentemente stabilizzarsi, anche se in parte si attribuisce tale dato statistico ad una maggiore efficacia degli interventi di emergenza.

Le principali cause di morte nella popolazione dei tossicodipendenti restano ancora l'AIDS e l'overdose. Considerando la gravità di queste

patologie, l'esito spesso letale, la carenza di cure (soprattutto per il problema dell'infezione HIV) si ribadisce l'importanza della prevenzione mediante una sistematica opera di educazione sanitaria. Essa dovrà essere rivolta a tutta la popolazione a rischio, cercando però di mettere in atto delle dinamiche e delle tecniche educative adatte al target in questione. Si è deciso quindi di adottare tecniche educative che puntino soprattutto a far acquisire abilità pratiche preventive e a sviluppare basi motivazionali. È noto infatti che non sempre ad alti livelli di conoscenza corrispondano anche comportamenti preventivi. A tale scopo si è messo a punto un corso denominato "di sopravvivenza".

Questo s'inserisce bene all'interno delle attività istituzionali dei Ser.T che hanno compiti di prevenzione e di educazione sanitaria. All'interno di queste strutture l'attività di prevenzione si dovrebbe svolgere in base ai bisogni degli utenti anche con interventi a bassa soglia. Essi sono diretti ai bisogni immediati del TD, alla soluzione di problemi concreti e quotidiani, con la finalità di aggancio, in prospettiva di una presa in carico più globale, ma soprattutto con lo scopo di ridurre il danno, tenendo presente che in molti casi questo è l'unico intervento concretamente realizzabile, perlomeno a breve termine.

Considerando quindi l'importanza degli interventi a bassa soglia per la riduzione del rischio e la prevenzione di effetti legati all'uso di sostanze stupefacenti, si capisce l'importanza di questo corso di sopravvivenza. Esso, comunque, dovrebbe essere collegato anche ad altri interventi sul territorio come i programmi di "Scambio delle siringhe" e quello degli "Operatori di Strada".

Queste attività non vanno naturalmente considerate come alternative ai cosiddetti interventi ad alta soglia, interventi delineati cioè su programmi a medio-lungo termine con finalità specifiche di remissione del sintomo tossicomano, e quindi di riabilitazione e reinserimento del TD. I due livelli di intervento non solo non si escludono a vicenda, ma dovrebbero essere continuamente integrati e dosati in base alle specifiche esigenze del paziente e alla fase tossicomana in cui si trova e considerando le risorse a sua disposizione.

2. Obiettivo generale del corso

L'obiettivo generale del corso è quello di modificare il comportamento delle persone tossicodipendenti tramite lo sviluppo di abilità pratiche individuali al fine di:

- ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione parenterale e/o sessuale;
- ridurre il rischio di morte per overdose.

3. Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici possono essere formulati in tre livelli in base alle modalità di infezione ed alle cause di morte all'assunzione di eroina.

a) Prevenzione delle infezioni da pratiche iniettive (in particolare da HIV).

Si ritiene necessario insistere sulle pratiche iniettive dei TD poiché resta ancora una delle principali vie di trasmissione delle infezioni. Di-



fatti non è ancora abitudine largamente diffusa procurarsi la siringa prima di acquistare la droga, e tanto meno acquistarne più di una alla volta, in modo da averne una scorta. Questo sia per un'idea scaramantica molto diffusa tra i TD (si ritiene che non porti fortuna comprare la siringa prima della droga), sia per il pericolo di essere fermati dalle Forze dell'Ordine andando nei luoghi di spaccio con l'occorrente per l'iniezione (rischio importante soprattutto per le persone non ancora conosciute come TD). Per quanto riguarda la disinfezione della siringa e della cute non esiste una cultura in questo senso, anche perché molto spesso l'assunzione di eroina avviene in luoghi casuali (giardini, strade) dove non è certo possibile avere a disposizione l'occorrente per la disinfezione. Comunque, anche nel caso vi siano le condizioni per disinfettare la siringa, pochi TD sanno farlo correttamente. A questo riguardo si devono tener presenti le particolari condizioni psicologiche che precedono e seguono il momento dell'iniezione, in cui predominano una forte eccitazione e uno stato d'ansia che diminuiscono fortemente la capacità di controllo e la razionalità. Da questo si può intuire la difficoltà ad indurre comportamenti preventivi, che possono in qualche modo ritardare il soddisfacimento del desiderio. Per capire e approfondire queste problematiche si sono raccolte delle informazioni circa le varie abitudini e le varie sensazioni sperimentate nelle diverse fasi dell'iniezione di eroina, tramite un'intervista ad un gruppo di opinion-leader (vedi allegato A).

Sulla base delle considerazioni precedenti i punti che si tratteranno nel corso sono i seguenti:

- come reperire in anticipo e conservare la siringa;
- come disinfettare la siringa ed altro materiale;
- importanza e modalità di disinfezione della cute;
- corretto smaltimento della siringa;
- informazioni generali sulle patologie correlate alle scorrette pratiche iniettive.

b) Prevenzione delle infezioni da pratiche sessuali (in particolare da HIV)

Anche tra i TD l'infezione da HIV si sta diffondendo sempre più per via sessuale; questi hanno spesso rapporti occasionali con partner non TD. Inoltre essi sottovalutano questa via di trasmissione focalizzando la loro attenzione solo su quella iniettiva. Di conseguenza i punti trattati sono i seguenti:

- tecniche di negoziazione per rifiutare rapporti non protetti, pur conservando il rapporto umano e di relazione;
- reperimento e conservazione profilattico;
- corrette modalità d'uso del profilattico;
- informazioni generali sulle vie di trasmissione dell'infezione da HIV e di altre patologie con particolare attenzione ai rischi di trasmissione ed acquisizione per via sessuale di malattie infettive, collegate alla prostituzione (con interventi differenziati per maschi e femmine).

c) Prevenzione e primo soccorso all'overdose

Le morti per overdose sono sempre attuali; è necessario tener presente alcuni aspetti:

- la possibilità che molte di esse non siano accidentali ma volutamente cercate;

Altri contributi: corso di sopravvivenza per persone tossicodipendenti

- l'abitudine ad iniettarsi in solitudine e in luoghi appartati, che rende molto più difficile il soccorso;
- il compagno in overdose viene spesso abbandonato per paura di essere coinvolti negli accertamenti di Polizia successivi al ricovero o ad una eventuale morte;
- quando viene prestata assistenza il più delle volte avviene in modo inadeguato e casuale, in quanto solitamente anche chi presta soccorso è sotto l'effetto della droga e quindi non lucido e vigile.

Si è deciso di affrontare i punti citati precedentemente suddividendo questo obiettivo specifico in due sottocapitoli: prevenzione dell'overdose, assistenza all'overdose.

c1) *Prevenzione overdose*

- informazioni sulle cause e sui meccanismi dell'overdose, sulle sostanze e sulle condizioni che ne incrementano il rischio (uso contemporaneo di alcol, sedativi ecc.);
- discussione sulle condizioni sociali e ambientali che possono ridurre il rischio (uso di eroina in luoghi non isolati, facilmente raggiungibili e vicini a cabine telefoniche).

c2) *Assistenza overdose*

Come individuato da una nostra prima indagine, è molto importante fornire corrette indicazioni sulle modalità di assistenza al compagno in overdose, che spesso viene abbandonato per paura di essere poi perseguiti dalla legge, o che viene assistito malamente per assenza di capacità tecniche.

Gli obiettivi specifici a questo riguardo sono:

- riconoscimento precoce dell'overdose: sintomi prodromici, tempi di sviluppo del quadro acuto;
- corretto posizionamento della persona in attesa dei soccorsi;
- la richiesta di aiuto in condizioni di compromessa lucidità: tempi, modalità, enti a cui rivolgersi, ecc.;
- comportamenti adeguati in caso di emergenza: RCP (manovre di rianimazione cardio polmonare: posizionamento, pervietà delle vie aeree, ventilazione polmonare, uso del Narcan);
- problemi collegati ad eventuale trasporto in ospedale;
- come risolvere i problemi legali derivati dal soccorso del compagno in overdose (possibile imputazione di omicidio ecc.)
- motivare e promuovere un comportamento positivo per l'accettazione del periodo di osservazione in Pronto Soccorso.

4. Organizzazione del corso di sopravvivenza

Nella fase di progettazione e programmazione, sono state coinvolte varie strutture che hanno fornito utili aiuti e consulenza:

- Unità specialistica HIV: per le problematiche connesse alla prevenzione dell'infezione HIV, per le patologie internistiche e per i rischi legati all'overdose;
- Rianimazione e Pronto Intervento: per problematiche connesse con le manovre e tecniche di pronto soccorso e rianimazione;
- Istituto di Medicina legale e Polizia e/o Carabinieri: per gli aspetti legali collegati al rischio di incriminazione per chi assiste il compagno in overdose.



- “Mediatori culturali”: coinvolti per fornire maggiori conoscenze sulla realtà del gruppo dei TD, sulle specifiche problematiche, sulle modalità di coinvolgimento più adeguate. Gli stessi fungeranno da tramite e da promotori del corso con attività di sensibilizzazione e informazione. Per “mediatori culturali” s’intendono sia ex-tossicodipendenti che TD attivi (con ruolo di opinion leader).

Per l’articolazione degli incontri e delle modalità più opportune di conduzione sono state raccolte una serie di informazioni circa le esperienze, i vissuti, le regole di gruppo, le credenze e la “cultura” degli utenti del Ser.T rispetto agli obiettivi e alle tematiche del corso. Questo metodo, che può essere definito etnografico, ha lo scopo specifico di definire quali siano i rituali di comportamento e di gruppo, e le relative problematiche dei TD. A tale scopo possono essere effettuati colloqui informativi con opinion leader ed ex-tossicodipendenti e somministrate interviste semistrutturate e/o questionari (vedi allegato B) a un campione della popolazione presa in esame.

5. Preparazione degli operatori

È necessario fornire una preliminare formazione agli operatori, allo scopo di potenziare le capacità di consulenza e la promozione di abilità e delle conoscenze specificate negli obiettivi. Tale formazione è inoltre mirata a rendere gli operatori in grado di trasformare le informazioni, che vengono date estemporaneamente durante l’attività quotidiana in qualcosa di più sistematizzato. È importante sfruttare questi momenti di “primo approccio” per il clima in cui si effettuano (spontaneo ed informale).

È molto importante stimolare negli operatori un’adeguata motivazione, e soprattutto far loro superare le eventuali resistenze nell’insegnare le manovre per l’iniezione sicura di sostanze; ciò potrebbe essere vissuto come “complicità” alla continuazione del comportamento tossicomane. Importante è far capire che si lavora a due livelli diversi:

- remissione completa del sintomo tossicomane;
- riduzione dei rischi e dei danni per mantenere sufficiente la qualità di vita, pur in una situazione così compromessa.

Tale formazione consta di una parte teorica e di una parte pratica riguardante gli obiettivi prima enunciati.

La parte teorica viene condotta illustrando le tecniche corrette da utilizzare nelle suddette situazioni utilizzando, nella spiegazione, ausili visivi (lucidi, diapositive e video) appositamente preparati per questo scopo. La parte pratica si svolge con ripetute prove di simulazione che riproducono un setting simile a quello in cui gli operatori si ritroveranno ad utilizzare con gli utenti.

L’importanza delle esercitazioni consiste nello sperimentare direttamente le problematiche e le difficoltà che si potrebbero riscontrare durante la relazione con l’utente partecipante al corso ed inoltre rendere l’operatore sicuro sia delle procedure che delle motivazioni alla base di questi insegnamenti. Tutto questo risulta fondamentale per dimostrare preparazione e affidabilità indispensabili per una modificazione dei comportamenti molto spesso radicati in chi usa sostanze stupefacenti da molto tempo.

Per questo livello di formazione è possibile utilizzare anche una serie di audiovisivi messi a punto dal Progetto P.O.S.

6. Target

Si possono individuare due livelli differenti di intervento:

- diretto all'individuo: con metodi di counseling o di altri approcci vis a vis allo scopo di individuare ed agire su problematiche specifiche e personali;
- diretto al gruppo: con metodi diretti a modificare le dinamiche di gruppo, ma soprattutto a trasmettere nuovi modelli di comportamento che creino "mode" e atteggiamenti che poi si diffonderanno per processi d'imitazione e influenza reciproca tra i componenti stessi del gruppo destinatario.

Il corso è dedicato a:

- TD attivi opinion leader;
- TD attivi in terapia presso il Ser.T;
- TD afferenti ai "Drop-in center" od alle unità mobili non in terapia;
- TD carcerati (in un secondo momento).

7. Modalità di contatto

Il primo approccio all'utente si è rivelato particolarmente problematico ed ha necessitato la sperimentazione di diverse strategie di aggancio. Si è infine pensato di indurre le persone TD a partecipare al corso, già al primo contatto.

Inizialmente la scelta delle persone adatte all'aggancio è ricaduta sugli operatori del Servizio per le tossicodipendenze, dato il quotidiano rapporto di conoscenza nel corso delle loro attività. I potenziali utenti venivano avvicinati durante la distribuzione giornaliera del metadone o nelle altre attività che prevedono un contatto diretto e personale, utile per la presentazione accurata dell'iniziativa. Il limite riscontrato in questa procedura è stato lo scarso coinvolgimento degli stessi operatori nella fase di studio delle tecniche e delle strategie di seguito utilizzate. Dall'altra parte l'utenza prescelta, per le difficoltà del rispetto generale nei confronti di regole ed imposizioni (nel nostro caso l'appuntamento), ha dimostrato difficoltà nell'adesione ad attività strutturate e da programmare nel tempo. Questo comportamento può essere dovuto sia alle loro caratteristiche psicologiche sia dallo stile di vita solitamente legato agli eventi quotidiani.

L'attenzione, in un secondo tempo, si è focalizzata sugli operatori di strada, in seguito trainers dei corsi di sopravvivenza. Si voleva ottenere una continuità tra l'operatore che motivava il soggetto durante l'aggancio, all'importanza del corso e l'esecutore materiale del corso stesso. In questo modo, il rapporto creatosi, pur superficiale, poteva saldarsi maggiormente favorendo una maggiore partecipazione.

Allo scopo di favorire il coinvolgimento, infine, è stato progettato e realizzato un manifesto che descrivesse l'importanza del corso per la salvaguardia della loro salute, la modalità di adesione e la spiegazione in breve delle nuove figure professionali (operatori di prevenzione) con cui sarebbero venuti in contatto, utilizzando un personaggio dei fumetti gradito dal target (Dylan Dog). Il manifesto è stato discusso con un gruppo di ragazzi TD opinion leaders per raggiungere una modalità comunicativa adeguata al target ed ottenere la loro collaborazione per la presentazione e la diffusione del contenuto tra gli altri TD. Quest'ultima strategia, unita all'attività diretta di informazione e promozione



da parte degli operatori di strada, ha riscosso un discreto successo. I soggetti, contattati dagli operatori in un luogo di aggregazione spontaneo, vengono immediatamente invitati a partecipare al corso, quantomeno alla prima parte.

Si è quindi abbandonato definitivamente l'appuntamento a breve o media scadenza. Considerata la particolarità dell'utenza, la durata del corso potrà essere adattata alle richieste emergenti e alle difficoltà che via via s'incontreranno.

Un'altra attenzione evidenziata nella fase di aggancio spontaneo è l'eventuale controindicazione per alcuni soggetti alla partecipazione al corso. La definizione di criteri di esclusione ed inclusione dei soggetti TD è stata definita in collaborazione con gli operatori del Ser.T. che hanno in carico il paziente dal punto di vista medico e psico-sociale.

8. Criteri di esclusione ed inclusione

È necessario prestare particolare attenzione alle modalità di coinvolgimento delle persone TD all'interno del servizio per le tossicodipendenze ed alla selezione dei soggetti ai quali proporre il corso di sopravvivenza.

L'adesione del paziente ai programmi di prevenzione dovrà essere ricercata attivamente, sia dagli operatori del servizio che dagli operatori di strada, ma non imposta.

Il Ser.T. dovrebbe però prevedere l'espletamento dei corsi nei primi tre giorni di accoglienza dei pazienti e prospettare tali attività al paziente come "assolutamente necessarie".

a) Training per l'individuazione delle procedure iniettive a rischio.

L'obiettivo di questo training è quello di rendere consapevole il TD dei punti critici (a rischio di infezione) nelle procedure di preparazione ed iniezione della droga e di fornirgli indicazioni preventive personalizzate.

Durante il training per l'individuazione delle procedure iniettive a rischio va ricordato che è possibile, a volte, indurre lievi stati di craving derivati dalla manipolazione della siringa. Pertanto risulta necessario selezionare i pazienti con un uso attivo di eroina operando un'esclusione nei seguenti soggetti che hanno interrotto o sospeso, anche da breve tempo, uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa.

Per questi pazienti e per i successivi si può anche ricorrere alla simulazione narrata (senza manipolazione ed uso di materiali reali), discutendo passo dopo passo i rischi e le errate convinzioni del paziente all'interno di un contesto di counselling.

Pertanto, potranno accedere a questo training i soggetti con uso quotidiano di eroina per via endovenosa anche se contemporaneo al trattamento metadonico.

b) Training sul soccorso all'overdose

Tutti i soggetti, sia contattati in strada che in carico ai Ser.T. od alle comunità terapeutiche, possono partecipare a questo training.

c) Training sull'uso corretto del profilattico

Data la rilevanza preventiva di questa attività, tutte le persone seguite all'interno del Ser.T., ma anche contattate all'esterno del servizio

con il lavoro di strada, potranno parteciparvi. Non si ravvisano infatti particolari controindicazioni.

L'attività potrebbe favorire il contatto con numerosi soggetti non coinvolti nei training precedenti, oltre alla possibilità di somministrare i test d'inizio (conoscenza generale e percezione del rischio) con il relativo counselling individuale.

NOTA:

I tossicodipendenti con problematiche psichiatriche è più opportuno che siano seguiti individualmente e successivamente inseriti in un gruppo composto da non più di 2-3 persone in quanto necessitano di tempi più lunghi sia nella compilazione dei questionari, sia nella esercitazione.

Andranno inoltre controllate le interpretazioni e le fantasie che si possono attivare in questi pazienti.

9. Metodi e contenuti

Il corso si articola nell'arco di due giornate della durata di circa 1-2 ore. Il primo incontro è dedicato all'apprendimento delle metodiche corrette per l'assistenza e la prevenzione in caso di overdose, il secondo alla disinfezione della siringa, l'uso corretto del profilattico e la conoscenza e l'utilizzo di strumenti adeguati per la preparazione della dose.

Nello svolgimento del corso si è resa indispensabile la riduzione dei partecipanti, (all'inizio i gruppi erano composti da 6-7 persone) sia per la difficoltà nella conduzione dell'intervento, sia per la possibile presenza di soggetti con problemi psichiatrici ai quali andrà riservata un'attenzione particolare.

10. Materiali informativi

Il corso prevede anche la distribuzione dei depliant informativi realizzati per il target nell'ambito del progetto POS del Ministero della Sanità (94-98), i cui contenuti sono stati ideati con la consulenza di due gruppi: uno costituito da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, legali; l'altro da tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti.

I materiali informativi sono di 4 tipi:

1. "Overdose" (figura 1), che illustra come prevenire l'overdose, come soccorrere un compagno in difficoltà e come chiamare aiuto;
2. "No riskio no scambio" (figura 2), che evidenzia la necessità di disinfettare la siringa usata in caso di riutilizzo e spiega la modalità corretta di disinfezione;
3. "No riskio no drug" (figura 3), che richiama l'attenzione sulla necessità di disarmare la siringa dopo l'uso per un corretto smaltimento, al fine di evitare incidenti di contaminazione;
4. "Sex", che tratta dell'uso corretto del profilattico.



Figura 1



L'OVERDOSE PUO' CAPITARE
A CHIUNQUE ED
IN QUALUNQUE MOMENTO

Per chi usa eroina ci sono alcune cose da sapere per evitare gravi pericoli.

IL RISCHIO DI OVERDOSE AUMENTA:

- se usi una dose troppo potente;
- se è molto tempo che non ti fai, poiché sei molto più sensibile agli effetti dell'eroina;
- se usi una droga con cattivo taglio;
- se le tue condizioni di salute non sono buone;
- se usi miscugli di alcool, sedativi ed eroina;
- in concomitanza con altri fattori non ancora noti;

COME RIDURRE IL PERICOLO DI OVERDOSE DA EROINA:

- non iniettarti da solo, in modo che qualcuno possa soccorrerti in caso di bisogno;
- non iniettarti in posti difficilmente raggiungibili da eventuali soccorsi;
- impara a soccorrere una persona in overdose e a chiedere precocemente aiuto in caso di necessità;
- non associare mai l'eroina con sedativi o alcool;
- riduci la dose se è molto tempo che non ti fai o non stai bene;
- controlla spesso le tue condizioni di salute;
- tieni sempre una fiala di Narcan con te (è un farmaco che può neutralizzare gli effetti dell'eroina).

COSA FARE IN CASO DI OVERDOSE DA EROINA

- La crisi può avvenire anche durante l'iniezione, o a distanza di 30 minuti dalla stessa.
- La persona che è in overdose perde conoscenza.

- Il recupero dall'overdose dovrà essere seguito dal personale medico per evitare successive ricadute a distanza di poco tempo.

Riconoscere i primi segni:

Chiama la persona a voce alta e scuotila delicatamente.

Se non risponde chiama aiuto e fai attivare il sistema di emergenza sanitaria.

LA SUA VITA E' IN PERICOLO!!

COME SOCCORRERE IL COMPAGNO IN OVERDOSE

Se non sei solo, non abbandonare la persona in overdose e fai chiamare immediatamente l'ambulanza da qualcun altro.

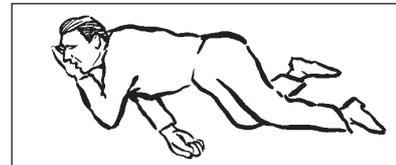
Se sei da solo controlla:

- se è cosciente, pizzicandolo o scuotendolo (se non risponde la situazione è grave e non devi perdere tempo);
- se respira, avvicinando la guancia alla bocca e al naso della vittima: ascolta e senti l'eventuale passaggio di aria, osserva se il torace si alza e si abbassa;
- se ha il battito cardiaco, mettendo le dita, non il pollice, sull'arteria del collo (a fianco del pomo d'Adamo);
- se la cute è di colore bluastro;
- se ha attorno delle siringhe usate o dei testimoni in grado di farti capire cosa è successo.

SE LA PERSONA NON E' COSCIENTE MA RESPIRA:

- controlla che la bocca sia aperta, potrebbe essere chiusa per una contrazione dei muscoli della mandibola;
- libera con un dito avvolto in un fazzoletto la bocca e la gola da eventuali materiali (gomma da masticare, vomito, ecc.);
- metti la persona in posizione di sicurezza sul fianco e corri a chiedere aiuto.

Un'ambulanza con personale medico arriverà in breve tempo!!



Posizione di sicurezza

- torna dal tuo compagno e controlla sempre il suo respiro.

SE LA PERSONA NON RESPIRA:

- Controlla che la bocca sia aperta, potrebbe essere chiusa per una contrazione dei muscoli della mandibola;
- libera, con il dito avvolto in un fazzoletto, la bocca e la gola da eventuali materiali che possono ostruire;
- stendi la persona sulla schiena;
- pratica la respirazione assistita come indicato di seguito.

COME SI EFFETTUA LA RESPIRAZIONE ASSISTITA

- Spingi indietro la testa, solleva la mandibola,

tappa il naso del compagno pizzicandolo tra le dita, inspira profondamente e soffia nella sua bocca (3-5 volte).



- Se vuoi evitare il contatto diretto con la bocca proteggiti con l'apposito fazzoletto isolante o forma una specie di imbuto con la mano (metodo G. Perbellini figura A) e ponilo sulla bocca aperta del tuo compagno, soffiando attraverso.

- Controlla che la testa resti sempre estesa all'indietro e che, mentre soffi l'aria, il torace del tuo compagno si alzi. Questo garantisce che l'aria sia passando e che non vi sono ostacoli.

- Continua la respirazione fino all'arrivo dei soccorsi.

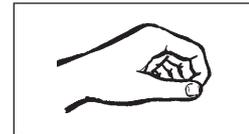


FIGURA A



FIGURA B

QUANDO INIZIA A RESPIRARE:

- metti il tuo compagno in posizione di sicurezza per evitare il soffocamento in caso di vomito e, se nessuno lo ha ancora fatto, corri a chiedere aiuto.

PER CHIAMARE I SOCCORSI TELEFONA AL 118

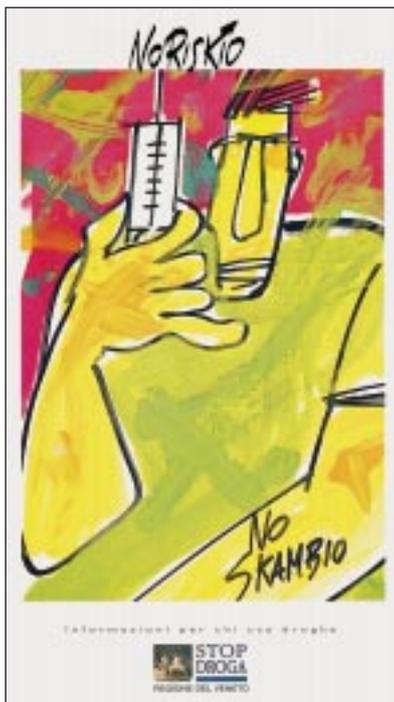
- Componendo il 118, ricorda di dire dove ti trovi (se conosci la via) oppure di fornire un punto di riferimento utile per farti individuare dall'ambulanza. Se ti trovi in difficoltà perché non riesci a spiegarti, non preoccuparti, lascia che sia l'operatore a farti delle domande.
- Confida in lui. E' una persona appositamente addestrata anche a far parlare le persone in difficoltà.

"NOI TI CONSIGLIAMO DI SMETTERE
DI USARE DROGHE, MA SE IN QUESTO
MOMENTO NON CE LA FAI,
CERCA ALMENO DI EVITARE ALTRI
GRAVI RISCHI!"

Materiali realizzati per la Regione Veneto dal Progetto POS del Ministero della Sanità, SER.T. 1 - Sezione di Screening HIV ULSS 20 Verona

Altri contributi: corso di sopravvivenza per persone tossicodipendenti

Figura 2

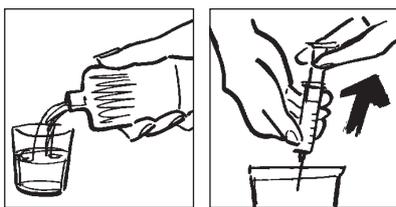


SOLO GLI SPROVVEDUTI SCAMBIANO SIRINGHE USATE. PUO' BASTARE UNA SOLA VOLTA PER INFETTARSI!

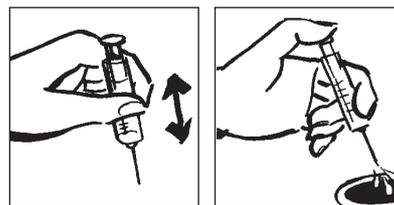
- L'infezione può essere trasmessa attraverso le siringhe ma anche attraverso filtri e cucchiaini utilizzati da altri.
- Ogni volta che ti inietti usa una siringa nuova e non dividere con altri fiala, filtro o cucchiaino.
- Se proprio non riesci a procurarti una siringa nuova e ti trovi in una situazione di estrema necessità, con a disposizione solo una siringa già usata:

PRIMA DI USARLA LAVALA E DISINFETTALA !!

COME DISINFETTARE LA SIRINGA



Usa alcool o candeggina Riempi la siringa



Scuotila più volte Svuotala

RIPETI ALMENO 3 VOLTE

Un metodo più sicuro consiste nel risciacquare la siringa, anche con l'acqua, smontarla in ogni sua parte ed immergerla nella candeggina per 20 minuti.

- Si possono usare varie sostanze. Le più attive sono: l'alcool, la candeggina, la tintura di iodio.
 - Se non le trovi, usa almeno sapone, detersivo o sostanze a base di alcool.
- Ricorda però che i virus dell'epatite sono resistenti a queste sostanze e non vengono disattivati.

LA MIGLIOR DIFESA E' NON USARE DROGHE!

Figura 3



NON USARE MAI SIRINGHE IN COMUNE CON ALTRI.

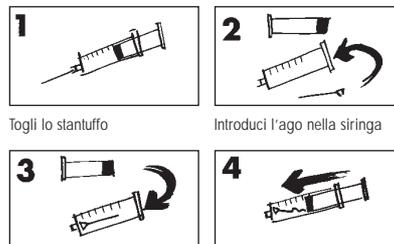
- Se per sciogliere la droga non usi la fialetta di acqua distillata puoi contrarre varie infezioni.
- Non usare il limone perché può contenere dei batteri che possono renderti cieco.
- Nell'usare spesso la stessa vena puoi danneggiarla provocando così le infezioni e le trombosi.
- Molte infezioni avvengono anche perché non si disinfetta sempre la pelle prima di iniettare.
- Iniettarsi in arteria è pericolosissimo. Può provocare embolie e gravi infezioni. Se pensi di aver preso un'arteria, togli subito l'ago e premi forte per 5 minuti.
- Se non si slega il laccio prima di iniettarsi la dose, in caso di overdose e perdita di conoscenza, si può bloccare la circolazione del sangue con il rischio di perdere il braccio.
- Ricordati di buttare la siringa usata e incappucciata (disarmata) in un cassetto delle immondizie o portala ad uno scambiatore (se ce ne sono nella tua zona).
Bisogna evitare che i bambini si pungano.

RICORDA

- Se le tue siringhe le butti in strada o in un parco dove giocano bambini, non solo rischi di ferirli ma rendi la vita più difficile anche agli altri tossicodipendenti e agli operatori che cercano di aiutarli.
- La legge stabilisce che è un reato abbandonare in luoghi pubblici o privati siringhe o strumenti utilizzati per l'assunzione di sostanze stupefacenti, mettendo a rischio l'incolumità altrui.

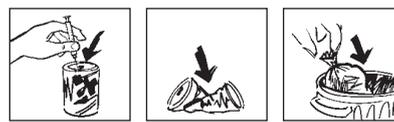
COME SI DISARMA UNA SIRINGA USATA

SOLUZIONE A



Togli lo stantuffo Introduci l'ago nella siringa Introduci lo stantuffo dentro la siringa in modo che l'ago penetri la gomma dello stantuffo. Spingi fino a quando l'ago sarà inutilizzabile.

SOLUZIONE B



Mettilo in un barattolo Schiacciato. Gettalo.

SOLUZIONE C



Togli l'ago. Introduci l'ago nella siringa. Spezza l'ago facendolo penetrare nella gomma dello stantuffo e muovendolo più volte di lato. Ricappuccia la siringa usando la base del porta ago.

QUALI SONO I PERICOLI DERIVANTI DALL'USO DELLE DROGHE INIETTABILI

LA MIGLIOR DIFESA È NON USARE DROGHE. USARE DROGHE È MOLTO DANNOSO. SE LE USI CERCA ALMENO DI EVITARE DI CORRERE GRAVI RISCHI DI INFEZIONE!



1° GIORNO

Utilizzo degli strumenti per la raccolta dati

Durante lo svolgimento del corso, agli operatori viene affidato il compito della raccolta sistematica di informazioni e dati. A tale scopo sono state elaborate alcune schede riguardanti le singole attività, un monitoraggio sul problema HIV e una breve anamnesi sulla tossicodipendenza.

Affiancate a queste, vengono utilizzati alcuni questionari autosomministrati per rilevare la percezione del rischio e il livello informativo dei soggetti. Questi ultimi vengono proposti all'inizio del corso ai partecipanti.

In questo modo la loro immediata elaborazione permetterà agli operatori di possedere il grado di conoscenza sul tema HIV dei soggetti oltre a permettere di focalizzare l'intera attività sui punti più problematici.

È stata inoltre messa a punto una check-list che permette di valutare il livello di abilità pratiche presenti prima e dopo l'intervento.

Prevenzione dell'overdose

Il corso inizia consegnando i due questionari autosomministrati sopra descritti. Per l'inizio dell'azione educativa vera e propria verrà utilizzato un setting di gruppo, con un'attività di informazione e discussione con scambio di esperienze sia su episodi di overdose accaduti personalmente ai partecipanti, sia di assistenza e aiuto prestato ad un compagno, allo scopo di capire le reali conoscenze e pregiudizi e per fornire adeguate informazioni con delle tecniche di coinvolgimento attivo.

Utile in questo caso il metodo del problem-solving; si pongono problemi, quesiti, interrogativi la cui soluzione deve essere trovata direttamente dai partecipanti all'attività di gruppo. Questo metodo permette la partecipazione attiva e la collaborazione; ogni soggetto può portare il suo personale contributo senza rischiare di essere solo il partecipante passivo a cui vengono trasmesse delle nozioni che rischiano di non essere comprese.

Focalizzando l'attenzione sulla possibilità di evitare l'overdose e quindi il rischio di decesso e la conoscenza delle pratiche corrette per l'assistenza corretta agli amici è sembrato il modo migliore di porsi per il coinvolgimento delle persone TD ai corsi.

I concetti chiave da trasmettere sono:

- non utilizzare contemporaneamente alcol, sedativi ed eroina;
- non iniettarsi da soli;
- non iniettarsi in luoghi difficilmente raggiungibili da eventuali aiuti. Scegliere un luogo vicino a una cabina telefonica;
- non cambiare frequentemente fornitore di stupefacente. Se si cambia fornitore iniettare dosi inferiori all'usuale;
- se possibile portare con sé una fiala di Narcan;
- in caso di precedenti periodi di astinenza (carcere, comunità, ecc.) non utilizzare dosi elevate ed uguali a quelle utilizzate prima dell'interruzione;
- ridurre la dose in caso di malattia o indisposizioni non spiegate.

Assistenza overdose

Prima dell'inizio della manovre corrette sarà somministrato ai partecipanti una check- list tesa a rilevare le abilità già possedute dal soggetto prima del corso.

Dopo la comprensione delle cause più frequenti che portano un soggetto all'overdose e al suo riconoscimento precoce, si concentrerà l'attività sulla richiesta di aiuto, sull'accettazione del periodo di osservazione in Pronto Soccorso, sui problemi legali relativi al soccorso. Attività di gruppo con dimostrazioni pratiche e prove di simulazione effettuate da un esperto in tecniche di BLS (medico-BLS istruttore certificato) che, con l'ausilio di un manichino, mostrerà realisticamente le manovre esatte per posizionare la persona, per mantenere la pervietà delle vie aeree e per attuare la ventilazione polmonare. Le manovre verranno successivamente fatte ripetere ad ogni partecipante per verificare la comprensione della spiegazione e correggere gli eventuali errori.

Saranno date inoltre delle nozioni per eseguire una corretta richiesta di aiuto (che, non dimentichiamo, avviene in condizioni di alterata lucidità) con specificazione di quali parole usare, quale numero telefonico comporre (per evitare l'arrivo contemporaneo dell'ambulanza e della polizia) e come posizionare il compagno durante la chiamata di soccorso. Anche in questo caso, nell'espletamento di tali manovre verrà utilizzato il metodo del problem-solving per simulare situazioni particolari da risolvere. Lo scopo è sviluppare semplici ed elementari attività pratiche relative agli obiettivi specifici elencati nei capitoli precedenti, che possono essere messe in atto in situazioni di emergenza e in luoghi occasionali. Allo scopo di ridurre il rischio di abbandono del compagno in overdose e della non accettazione del periodo di osservazione in pronto soccorso, si prevede infine la partecipazione di un esperto di problemi legali per discutere in gruppo le paure, i pregiudizi, le false credenze e gli interventi più opportuni per evitare imputazioni da parte delle forze dell'ordine.

2° GIORNO

Infezioni e pratiche iniettive

Prima di iniziare si procederà ad una verifica (pre-test) delle abilità già in possesso dell'utente mediante un setting individuale e il rilevamento degli errori che egli commette nel disinfettare la siringa e la cute e nello smaltire gli aghi usati, grazie all'utilizzo di una check-list. In questa fase è importante che l'operatore eviti un atteggiamento indagatorio; il TD non deve sentirsi esaminato o criticato e quindi rispondere con una reazione di rifiuto o di chiusura. L'operatore dovrebbe avere un atteggiamento positivo, di comprensione e accettazione e dovrebbe far comprendere che tutto ciò serve a consigliare le modalità di prevenzione in modo più adeguato e specifico.

L'obiettivo di questo intervento è di analizzare nei particolari le procedure di preparazione della dose e di iniezione al fine di rendere edotti i TD dei punti critici in cui compiono errori che li espongono alle infezioni e modificare le pratiche in senso preventivo. A tale scopo si eseguiranno prove di simulazione individuali seguendo il procedimento sotto descritto.



- a) Si prepara un piano di appoggio con i vari materiali che possono essere utilizzati dai TD nella preparazione della dose, nella disinfezione e nello smaltimento della siringa. Si utilizzano i seguenti materiali:
 - siringa da insulina;
 - cotone e garze;
 - liquido disinfettante;
 - cucchiaino, filtro pulito ecc.;
 - fiala di liquido per preparati iniettabili;
 - contenitori con le scritte: alcool, candeggina, acqua e acqua + detersivo;
 - contenitori vuoti di varie dimensioni;
 - cintura, fazzoletto, laccio emostatico, laccio da scarpe.
- b) Si invita la persona a simulare la preparazione della dose, la disinfezione della siringa, della cute e successivamente lo smaltimento della siringa.
- c) Durante l'esecuzione delle manovre si segnano gli errori commessi sulla check-list.
- d) L'operatore quindi spiega all'utente gli eventuali errori commessi e mostra le manovre corrette, spiegandone la motivazione. Questa fase è molto importante e dovrà essere agganciata ad una serie di informazioni standard sulla prevenzione delle infezioni, utilizzando tecniche di counseling personalizzato e le indicazioni offerte dal questionario sul livello informativo. Attraverso la disamina degli item scorretti infatti si possono offrire agli operatori validi spunti per un counselling mirato ed efficace.
- e) Successivamente si fa ripetere la simulazione al soggetto per accertarsi che abbia compreso le spiegazioni e che non commetta gli errori precedenti. Durante questa fase si eseguirà un secondo rilevamento degli eventuali errori mediante la check-list (post-test) ed il livello informativo. Se ci fossero errori residui, l'operatore procederà ad una nuova spiegazione e verifica.

Con questa attività ci si prefigge di raggiungere obiettivi minimi rivolti alla prevenzione dei danni derivanti dalla dipendenza cronica da eroina. A tale scopo le semplici regole che si vuole diffondere sono le seguenti:

- Usare solo la propria siringa e solo una volta per evitare infezioni da HIV, epatiti ma anche setticemie e ascessi. Se si è obbligati a riutilizzare la siringa è importante un'adeguata disinfezione.
- È pericoloso iniettare endovena pastiglie, anche se polverizzate, poiché contengono eccipienti che possono causare ascessi e flebiti. Eventualmente si deve filtrare molto bene il liquido.
- Nella preparazione della dose utilizzare acqua sterile o bollita e l'acido ascorbico per sciogliere l'eroina. Non va usato il succo di limone poiché può contenere germi che possono provocare lesioni oculari o setticemie.
- Un'altra operazione pericolosa può essere la rottura della fiala di acqua distillata; i residui di vetro e il sangue della persona che compie l'operazione possono cadere all'interno della fiala e provocare ascessi o infezioni una volta iniettati (in alcuni paesi europei si usano fialette di plastica).
- Filtrare la dose da impurità e residui. Meglio farlo con un filtro di sigaretta; le altre sostanze come il cotone e la lana possono sfilacciarsi ed essere iniettate danneggiando così le vene.

Altri contributi: corso di sopravvivenza per persone tossicodipendenti

- Utilizzare “vene buone”, cambiare spesso zona di iniezione ed evitare punti pericolosi come il collo e l’inguine. Nel caso di iniezioni intramuscolo la zona meno rischiosa è il muscolo della coscia, non vanno usati però gli aghi da insulina ed è bene anche qui cambiare spesso zona di iniezione. Anche l’iniezione sottocutanea può dare facilmente accessi.
- Accertarsi sempre di non aver punto un’arteria, poiché tale iniezione può essere molto pericolosa, è possibile una abbondante emorragia e si possono avere seri problemi agli arti.

NOTA:

La candeggina in commercio in Italia ha una concentrazione di ipoclorito di sodio che oscilla dal 5 al 15% con una concentrazione media, al momento del confezionamento, del 5,5%. I tempi necessari per disattivare l’HIV nelle condizioni di “lavoro” del TD (cioè in vivo) non sono ancora ben definiti².

Secondo G. Ippolito³ i tempi di immersione in candeggina o alcol dovrebbero oscillare tra i 10 e 20 minuti, mentre secondo W. Wiebel (comunicazione al I° Corso di Formazione del Gruppo di Lavoro Nazionale: Progetto per la prevenzione dell’infezione da HIV nelle Persone Tossicodipendenti mediante Operatori da strada e European Peer Support Project; Verona 1994) basterebbero 30 secondi, con una candeggina al 12,5% di ipoclorito di sodio⁴.

Infezioni e pratiche sessuali

Verranno fatte delle attività di gruppo allo scopo di trasmettere informazioni e stimolare una discussione relativamente alle vie di trasmissione dell’infezione da HIV e di altre patologie, alle tecniche di negoziazione per rifiutare rapporti non protetti, al reperimento, conservazione ed uso del profilattico.

Lo scopo è capire quali sono le conoscenze dei TD, stimolando la comunicazione e lo scambio di esperienze all’interno del gruppo, e comunicare strategie adeguate mediante coinvolgimento attivo. Si possono organizzare dei role-playing con partecipanti al corso che interpretano la parte di due partner: uno rifiuta il profilattico e l’altro deve convincerlo ad usarlo. È importante discutere sia il ruolo femminile che maschile poiché le problematiche sono diverse. Inoltre si possono organizzare attività individuali per sviluppare le abilità pratiche legate all’uso del profilattico, con prove di simulazione secondo il seguente procedimento.

- Preparare un piano di appoggio con il seguente materiale:
 - profilattici di diverso tipo (extrasottili, spessi ecc.);
 - un fallo di plastica (o una bottiglia);
 - lubrificanti.
- Far eseguire al soggetto la scelta del profilattico, l’estrazione dall’involucro, il posizionamento sul fallo di plastica. Chiedere inoltre in che momento del rapporto l’utente indossa il profilattico.
- Controllare l’esecuzione con una check-list (pre-test).
- In caso di errori l’operatore ripeterà l’operazione correttamente, spiegando i motivi e l’importanza delle manovre.
- Per evitare imbarazzi e svalutazioni dell’intervento è opportuno che l’operatore sia dello stesso sesso di chi esegue la prova.



- Le manovre verranno fatte ripetere ad ogni partecipante per verificare la comprensione della spiegazione e correggere gli eventuali errori.

Valutazione

La valutazione potrà essere eseguita utilizzando, per quanto riguarda l'infezione da HIV, il rilevamento del livello informativo, della percezione del rischio, dell'attitudine al rischio e dei comportamenti, prima e dopo il corso.

Per quanto riguarda il soccorso all'overdose si dovranno verificare le abilità apprese attraverso prove di simulazione su manichino utilizzando le specifiche check-list.

Si potranno inoltre utilizzare indicatori indiretti quali l'incidenza di sier conversionsi e di overdose nei partecipanti al corso (nonché i soccorsi prestati dai TD).

Le basi motivazionali per l'adesione alle norme preventive

È sicuramente importante fornire alle persone TD conoscenze appropriate sulle modalità adeguate per evitare infezioni e scambi di siringhe o altro materiale infetto.

D'altra parte ci si scontra con la realtà oggettiva delle condizioni di vita di queste persone, con la difficoltà di applicare queste manovre e queste conoscenze nella quotidianità.

La maggior parte dei TD, almeno nella nostra realtà socio-ambientale, si inietta l'eroina fuori casa, in luoghi e situazioni prettamente occasionali dove è sicuramente impensabile un'adeguata disinfezione del materiale. Allo stesso tempo anche in situazioni più favorevoli l'urgenza di iniettarsi l'eroina, quando questa è disponibile, è tale da far dimenticare qualsiasi altra cosa. I pochi minuti necessari per la disinfezione possono sembrare troppo lunghi soprattutto quando la ricerca della dose è stata particolarmente difficoltosa. Questo può essere imputato anche alla particolare psicologia del TD, che difficilmente accetta regole e frustrazioni ma deve soddisfare immediatamente le sue esigenze.

Facendo riferimento alle Teorie Motivazionali è risaputo che, perché un soggetto modifichi il suo comportamento, non è sufficiente l'acquisire informazioni e la loro elaborazione a livello razionale; ma vi sono dinamiche più profonde e complesse che riguardano soprattutto la presenza di motivazioni al cambiamento. Per ottenere un cambiamento comportamentale è necessario che il soggetto maturi il convincimento della reale opportunità o dei vantaggi nell'attuarlo. Si deve agire quindi, a livello individuale, cercando di cogliere le specifiche e personali dinamiche che possono influire positivamente sulla persona, determinando un cambiamento, ma anche a livello di gruppo sociale per far sì che il cambiamento del singolo sia accettato e divenga cambiamento del gruppo. Solo così si potrà instaurare un comportamento duraturo e positivo. Per quanto riguarda i TD non esistono molti studi che definiscono chiaramente le basi motivazionali, anche perché queste dovrebbero far riferimento alle specifiche regole ed abitudini del gruppo e dell'ambiente di appartenenza.

Vi sono anche degli invertitori motivazionali (spinte autodistruttive, alta attitudine al rischio, comportamenti cronici e quindi ben radicati e

Altri contributi: corso di sopravvivenza per persone tossicodipendenti

sedimentati) che spingono addirittura il soggetto a ricercare comportamenti a rischio.

Si è osservato che un requisito importante per determinare il cambiamento è la paura o la percezione di una “perdita” di oggetti ritenuti importanti dal soggetto, è quindi importante quando si agisce su un gruppo identificare gli oggetti di perdita specifici.

Nel caso dei TD proporre una modifica dei comportamenti agendo sulla paura della morte (perdita della vita) non risulterà efficace visto che il TD è abituato a rischiare la vita quotidianamente per overdose e nella sua personalità giocano un ruolo importante le spinte autodistruttive.

Ad esempio molto più efficace risulterà agire sulla paura della sofferenza fisica, quindi sulla perdita dello stato di benessere fisico e di conseguenza sulla perdita dell'autonomia e della libertà d'azione, di movimento che una malattia può provocare e che un TD farebbe molta più fatica ad accettare.

Inoltre la paura di emarginazione o di critica all'interno del gruppo di riferimento e quindi la paura di perdita di prestigio, stima e potere è un altro elemento da tenere in considerazione; lo spacciatore, se sospettato portatore di qualche malattia, potrebbe essere percepito come venditore di “eroina infetta” e quindi perdere la clientela.

Altri elementi di perdita probabilmente non vengono percepiti dai TD come importanti e quindi non servirebbe agire su di essi per stimolare il cambiamento comportamentale (ad esempio punti di performance intellettuale, lavorativa, perdita economica o stimolazione del senso di responsabilità verso genitori, figli, partner, ecc.).



ALLEGATO A

Percezioni soggettive riferite dalla persona tossicodipendente durante la ricerca e la somministrazione dell'eroina

al fine di far comprendere all'operatore di prevenzione alcuni aspetti dell'utilizzo dell'eroina relativi alle sensazioni riferiteci da un gruppo di TD durante la progettazione dell'intervento.

1) Fase di ricerca della dose

In questa fase, che può durare un'ora come tutta la giornata, la persona ha un solo pensiero, è, come si dice in gergo, "a caccia", e quindi refrattaria a qualsiasi altro stimolo esterno. La sua unica preoccupazione, infatti, è trovare la dose ed il dubbio di non trovarla gli provoca una forte tensione che inibisce lo sviluppo di altri pensieri e non gli permette di pensare ad altro. Il TD percepisce, quindi, una sensazione di forte desiderio con ricerca attiva, spasmodica accompagnata da ansia.

2) Fase di acquisto dell'eroina

L'acquisto viene vissuto come il raggiungimento dello scopo principale con successivo rilassamento (per la sicurezza di avere ormai trovato la dose), ma allo stesso tempo aumenta la fretta d'iniiettarsi. Soprattutto se la ricerca è stata lunga e difficoltosa e quindi il grado di craving e di astinenza alto, ogni luogo può essere scelto per l'iniezione, e quindi diminuiscono le precauzioni e l'attenzione. La fretta d'iniiettarsi di chi acquista, e quindi lo scarso allontanamento dal punto di spaccio che ne può derivare, è temuta dallo spacciatore poiché questo potrebbe attirare la Polizia nel suo luogo di lavoro. Lo spacciatore quindi ha tutto l'interesse a far allontanare il più possibile da lui l'acquirente e così normalmente avviene.

3) Fase di preparazione della dose

In questa fase vi è un notevole aumento dell'eccitazione con presenza di fenomeni neuro-vegetativi quali: ansia, salivazione, tremori, nausea che può arrivare fino al vomito. Il desiderio di "farsi" è al culmine, ed è molto difficile per il TD controllarsi, per cui in questo momento l'unico pensiero è iniiettarsi il più presto possibile. La dose viene preparata normalmente da chi ha meno tremori ed assicura al gruppo la conservazione della dose. L'intensità del tremore, associato all'assenza di infezioni, risultano quindi un criterio di selezione del preparatore. Alcune persone assumono questo ruolo all'interno del gruppo, che è un ruolo fiduciario, e lo conservano per lungo tempo.

La fase di preparazione avviene con l'apertura della busta e il successivo riscaldamento della dose. Durante queste due azioni il TD avverte l'odore della sostanza che viene nebulizzata nell'aria, descritto come un odore con base amara a componente acida. Queste sensazioni possono essere vissute come piacevoli se non si è particolarmente in astinenza, o come spiacevoli con un aumento dei sintomi astinenziali, se è trascorso molto tempo dall'ultima iniezione.

4) Fase di spartizione della dose

In questo momento un TD per tutti aspira la droga con una siringa. Il TD che esegue questa operazione è quello che ha la siringa sterile, quello che l'ha disinfettata nel modo migliore o quello che si dichiara sieronegativo. Nel caso all'interno del gruppo vi sia una persona sieropositiva spesso questa sarà l'ultima ad aspirare, per evitare l'infezione degli altri componenti del gruppo. Il gruppo si forma in base a delle affinità caratteriali dei singoli componenti, a volte in base allo stato sierologico ed anche in base a chi ha partecipato alla "colletta" per l'acquisto. I TD normalmente non discriminano i soggetti sieropositivi durante le iniezioni di gruppo, ma confidano molto sul fatto che essi dichiarino il loro stato e che quindi vengano adottate le misure precauzionali, che consistono praticamente nel far iniettare la persona sieropositiva per ultima. Dopo che la persona scelta per la prima aspirazione ha aspirato tutta la sostanza nella siringa è possibile sapere esattamente la quantità e quindi fare le divisioni. A questo punto la persona che ha la sostanza caricata nella sua siringa mette nella fialetta o nel cucchiaino la quantità corrispondente per ogni singola persona, la quale aspira la sua dose. Così per ogni componente del gruppo. Questa è la prima distribuzione dell'eroina. Successivamente le dosi vengono confrontate, e quindi se qualcuno ha delle quantità superiori o inferiori rispetto agli altri, viene eseguito quello che viene definito "il pareggiamento" della dose. Tale operazione consiste nel dare o nel togliere una parte di eroina dalle varie siringhe trasportandola nella siringa del compagno. Questa è una fase molto pericolosa per la trasmissione dell'infezione da HIV e delle altre malattie.

5) Fase della ricerca della vena

Per soggetti che hanno ancora vene praticabili dura qualche secondo, per soggetti invece particolarmente devastati può durare da parecchi minuti ad un'ora. Durante questa fase non si esegue quasi mai la disinfezione della cute, al massimo viene attuata una detersione della cute con saliva o limone. La conferma "dell'essere in vena" avviene aspirando il sangue in siringa, miscelando così l'eroina con il proprio sangue. La maggior parte dei TD non usa il laccio emostatico ma la cintura, un fazzoletto o spesso niente, stringendo il braccio con la mano. Questa è una buona abitudine poichè il laccio emostatico in caso di perdita di coscienza può non slacciarsi e dare maggiori problemi di stasi venosa.

6) Fase dell'iniezione

Questa fase è caratterizzata da una serie di sensazioni subito dopo l'iniezione che vengono descritte dai TD in modo molto diverso in base alla loro percezione soggettiva, al tipo di sostanza usata e ai tagli effettuati nella sua preparazione. La sensazione che avvertono subito dopo l'iniezione è una sensazione gustativa, che è percepita prima dell'effetto della sostanza stupefacente; ed è una sensazione, come detto in precedenza, di un gusto acido con una base "di medicinale". Alcuni TD hanno riferito che ritengono la componente gustativa "di medicinale"



dovuta ad eroina tagliata male. Altri hanno invece riferito che la sensazione gustativa può avere anche una base alcolica nel momento in cui si utilizzano siringhe disinfettate con alcol.

La successiva sensazione è di “calore che sale” accompagnata a volte da piccoli brividi, questo viene definito da TD come “l’astinenza che se ne va”, o “la scimmia che muore”. Immediatamente a questo segue una sensazione di rilassamento viscerale che spesso è accompagnato dalla comparsa di fame. Prima di estrarre l’ago, il TD aspira e inietta più volte il sangue al fine di utilizzare tutta l’eroina presente nella siringa e nello spazio morto (circa 1 cc) dell’ago. Questa manovra assume spesso un significato simbolico e a volte può durare parecchi minuti. Subito dopo il TD avverte una sensazione che viene riferita come di “normalità” con sedazione dell’ansia, riduzione dello stato di eccitazione e ripresa dell’ideazione.

7) Fase di ripulitura della siringa

Quasi generalmente il TD per evitare l’otturazione dell’ago usato e quindi di dover gettare la siringa, esegue una ripulitura molto rudimentale dell’ago utilizzando saliva o acqua. Questa è una fase che permetterebbe, considerate le condizioni di “tranquillità” della persona, effettuazione delle manovre di disinfezione in tempi più lunghi, con utilizzo di alcol o candeggina. Questo potrebbe garantire l’utilizzo successivo di siringhe ben disinfettate. A volte quando la siringa è molto usata il TD la smaltisce, ed una delle prassi più in uso è quella di bruciare la siringa dopo averla conficcata con l’ago in qualche albero o muro. Questo porta a bruciare la parte superiore della siringa ma difficilmente la parte più pericolosa, appunto l’ago, che non viene completamente distrutta. Altri TD disarmano la siringa rompendo l’ago con le mani e mettendo successivamente l’ago all’interno della camera della siringa o nell’intercapedine dello stantuffo.

È importante che gli Operatori conoscano quello che accade in queste fasi, sia per comprendere meglio lo stato psico-fisico del soggetto, sia per individuare in modo mirato i momenti migliori per attuare delle modifiche comportamentali. Come si può desumere dalla nostra breve descrizione nelle fasi che precedono l’iniezione non sono proponibili modifiche comportamentali, poichè l’attenzione del soggetto è focalizzata su un unico obiettivo. La disinfezione della siringa potrebbe quindi essere consigliata sia subito prima dell’iniezione, o durante la preparazione della dose mediante una rapida pulitura con candeggina (tempo di contatto minimo 30 secondi), sia alla fine dell’iniezione (con tempi di contatto e quindi efficacia molto superiori).

ALLEGATO B

Intervista semistrutturata

Si propone un esempio di domande che possono essere utilizzate come guida ad un'intervista semistrutturata per introdurre la materia, raccogliendo contemporaneamente informazioni, riflessioni e discussioni sulle manovre a rischio.

1. Che tipo di sostanza assumi?
2. Compri prima la siringa o la dose?
3. Compri una siringa alla volta o riesci ad averne una scorta?
4. Ti capita di riutilizzare più volte la stessa siringa?
5. Come la disinfetti, come disinfetti la cute?
6. Ti fai subito appena comprata la dose ?
7. Di solito in quale luogo ti fai ?
8. Ti fai da solo o in compagnia?
9. Descrivimi il procedimento che utilizzi per iniettarti l'eroina?
10. Ti capita spesso di condividere la dose con amici?
11. Come fai per dividere la dose?
12. Ti capita di condividere cucchiaino o fiala, filtro; in questo caso come ti comporti?
13. Ti è successo di avere un'overdose?
14. Chi ti ha soccorso?
15. Sei stato portato in ospedale, se sì, quanto tempo ci sei rimasto?
16. Hai assistito un compagno in overdose?
17. Cosa hai fatto, come ti sei sentito, hai avuto paura?
18. Cosa pensi si potrebbe fare per ridurre il rischio dell' overdose?
19. Secondo te quali sono le cause più importanti dell'overdose?
20. Hai un partner fisso,usi il preservativo?
21. Hai dei partner occasionali, usi il preservativo?
22. Che tipo di preservativo compri?
23. Se non lo usi, perchè, quali problemi ti crea?
24. Lo usi all'inizio del rapporto, oppure dopo?

Bibliografia

- HIV/AIDS e Droga - Manuale per operatori di prevenzione - L'intervento in strada* a cura di G. Serpelloni, A. Rossi -Ed.Leonard, Verona 1996.
- Eroina, infezione da HIV e patologie correlate* G. Serpelloni, G. Rezza, M. Gomma - Ed. Leonard, Verona 1995.
- ¹ *HIV e AIDS Counselling e screening: Manuale Teorico e Pratico* a cura di Serpelloni G., Morgante S. Ed. Leonard, Verona, 1993.
- Medicina delle Tossicodipendenze* G. Serpelloni, R. Pirastu, O. Brugnoli S.E.M.G. 1996.
- Manuale Merck di diagnosi e terapia* II^ edizione italiana a cura Prof. Mauro Bologna, Stampa Medical s.r.l. 1991.
- AIDS 1998 Il Contributo italiano* F. Dianzani, G. Ippolito, M. Moroni Ed. Piccin 1998.



3. STRUMENTI DI VALUTAZIONE: LE CHECK-LIST

Giovanni Serpelloni, Roberta Frighetto, Anna Farinelli,
Silvana Montresor, Monica Zermiani
Sezione di Screening HIV - Ser.T. 1 - ULSS 20 Verona

Nell'ambito del Progetto POS del Ministero della Sanità (1994-1998) sono state messe a punto delle check-list (vedi allegati) per la valutazione delle abilità pratiche del TD relativamente ad alcuni aspetti focali per la prevenzione delle complicanze legate alla dipendenza cronica da eroina. Esse riguardano:

- La disinfezione della siringa;
- La preparazione della dose, l'iniezione e lo smaltimento della siringa;
- L'uso del preservativo.
- Il primo soccorso.

Le schede sono state strutturate analizzando e scomponendo le procedure nelle varie fasi al fine di poter formulare un giudizio di correttezza o meno delle azioni compiute dal TD. Le check-list vengono impiegate nei corsi di sopravvivenza per rilevare le abilità pratiche corrette del TD che lo espongono al rischio e poter così intervenire, con tecniche di simulazione pratica, al fine di far acquisire modalità preventive corrette.

Le check-list sono state strutturate in modo da valutare il livello di abilità prima e dopo l'intervento e calcolare facilmente un punteggio.

CHECK-LIST DISINFEZIONE SIRINGA



SOGGETTO:

OPERATORE PRE: **DATA PRE:**

OPERATORE POST: **DATA POST:**

Consegnare: Siringa senza ago, cucchiaino, materiali di disinfezione (candeggina, alcool, sapone acqua, contenitori).

Chiedere: Puoi mostrarmi come disinfetteresti questi strumenti prima di iniettarti?

DISINFEZIONE RAPIDA

	PRE	POST
1) Risciacquo iniziale viene effettuato:		
adeguato: si		
inadeguato: no		
2) Con che cosa viene effettuato?		
adeguato: candeggina		
inadeguato: alcol, sapone, acqua		
3) Aspirazione e compressione del disinfettante:		
adeguato: almeno per tre volte		
inadeguato: per meno di tre volte		
4) Scuotimento e attesa:		
adeguato: minimo due minuti		
inadeguato: meno di due minuti		
5) Risciacquo finale:		
adeguato: con H ₂ O sterile almeno tre volte		
inadeguato: altro		

N.B.: Consigliare al paziente che riutilizza più volte la stessa siringa di non farlo, oppure di disinfettare rapidamente la siringa anche subito dopo l'uso.



CHECK-LIST PREPARAZIONE DOSE IN COMUNE, UTILIZZO E SMALTIMENTO DELLA SIRINGA



Ministero
della Sanità

SOGGETTO:

OPERATORE PRE: DATA PRE:

OPERATORE POST: DATA POST:

Consegnare: Cucchiaino sporco, fialetta, fondo di lattina, materiali di disinfezione (candeggina, alcool, sapone, acqua, contenitore), solvente (limone, acido citrico o acetico), salvietta disinfettata.

Chiedere: Puoi mostrarmi come prepareresti la dose prima di iniettarti?

	PRE	POST
1) Scelta del contenitore dove preparare la dose:		
adeguato: fialetta, cucchiaino disinfettato		
inadeguato: cucchiaino non disinfettato, fondo di lattina, bottiglia e/o altro		
2) Disinfezione del cucchiaino:		
adeguato: immersione in alcool o candeggina		
inadeguato: con acqua		
3) Tipo di solvente utilizzato:		
adeguato: acido citrico o acetico		
inadeguato: limone o altre sostanze		
4) Uso del filtro:		
adeguato: filtro di sigaretta		
inadeguato: cotone o altro		
5) Disinfezione della cute:		
adeguato: disinfezione con disinfettante		
inadeguato: con acqua, con sostanze non attive		
6) Smaltimento della siringa:		
adeguato: ago rotto e imprigionato all'interno della siringa e rincapucciamento		
inadeguato: ago non rotto e gettato per terra		
7) Eliminazione della siringa:		
adeguato: inserita in una lattina e poi gettata		
inadeguato: bruciata, gettata a terra e/o altro		

CHECK-LIST USO DEL PRESERVATIVO



SOGGETTO:

OPERATORE PRE: **DATA PRE:**

OPERATORE POST: **DATA POST:**

Consegnare: Vari tipi di profilattici, lubrificanti a base acquosa ed oleosa.
Chiedere: Quale tipo di profilattico sceglieresti tra questi, e come lo utilizzeresti?

	PRE	POST
1) Scelta del profilattico		
adeguato: spesso		
inadeguato: sottile, extra-sottile		
2) Estrazione dalla confezione:		
adeguato: strappare la parte superiore spostando il profilattico		
inadeguato: strappare la confezione con i denti, le unghie o oggetti appuntiti senza spostare il profilattico		
3) Posizionamento sul fallo:		
adeguato: srotolamento con le dita, non lasciare aria nel serbatoio		
inadeguato: altre manovre con aria nel serbatoio		
4) Chiedere: se dovessi utilizzare il lubrificante, sceglieresti quelli a base acquosa o oleosa?		
adeguato: a base acquosa		
inadeguato: a base oleosa o non conosce la differenza		
5) Chiedere: quali accorgimenti usi per evitare che il profilattico si sfil involontariamente dopo l'eiaculazione?		
adeguato: sfilarlo tenendolo fisso alla base subito dopo l'eiaculazione		
inadeguato: altre manovre		
6) Chiedere: quando pensi vada messo il profilattico?		
adeguato: appena avvenuta l'erezione		
inadeguato: in qualsiasi altro momento		



CHECK-LIST PRIMO SOCCORSO



SOGGETTO:

OPERATORE PRE: DATA PRE:

OPERATORE POST: DATA POST:

IN CASO DI SOSPETTA OVERDOSE

	PRE	POST
1) Chiedere: Se sei solo, assisti prima la persona o vai a chiamare aiuto? adeguato: prima assisto la persona in overdose, poi chiamo aiuto inadeguato: contrario e/o altro		
2) Controllo coscienza adeguato: richiamo verbale pizzicotti schiaffi scuotimenti acqua fredda inadeguato: non controlla e /o altro		
3) Controllo l'ambiente circostante adeguato: ricerca siringhe e testimoni che possono aiutare a capire la situazione inadeguato: non ricerca indizi		
4) In che posizione metti la persona prima delle manovre di assistenza? adeguato: distesa sulla schiena inadeguato: altre posizioni		
5) Come controlli se respira: adeguato: mani su torace e addome inadeguato: altre manovre		
6) Controllo battito cardiaco: adeguato: appoggiare le dita (indice e medio) sul collo vicino al pomo di Adamo, o lateralmente sul collo inadeguato: sentire il polso		
7) Controllo della pervietà delle vie aeree Adeguato: eseguito con verifica del cavo orale Inadeguato: non eseguito		

Strumenti di valutazione: le check-list

	PRE	POST
8) Come ti proteggi per disostruire il cavo orale? adeguato: fazzoletto arrotolato sul dito inadeguato: non si protegge		
9) Se le vie respiratorie sono ostruite: adeguato: libera le vie aeree inadeguato: altre manovre		
10) Se non respira e c'è presenza del battito cardiaco cosa fai? adeguato: assisto la respirazione e non eseguo il massaggio cardiaco inadeguato: altro		
11) Come procedi per la respirazione assistita? adeguato: spinge indietro la testa, sollevare la mandibola, chiudere il naso con le dita inadeguato: altro		
12) Come ti proteggi durante la respirazione assistita (bocca a bocca)? adeguato: faccio un imbuto con la mano inadeguato: non lo fa e/o altro		
13) Inspira profondamente prima della manovra? adeguato: SI inadeguato: NO		
14) Soffia nella bocca o nel naso? adeguato: SI, per 3/5 volte inadeguato: soffia in modo scoordinato		
15) Se è assente sia la respirazione che il battito cardiaco cosa fai? adeguato: inizio massaggio cardiaco inadeguato: altro		
16) Come prepari la persona prima di iniziare l'assistenza cardiaca? adeguato: torace scoperto inadeguato: altro		
17) Come individui la zona per fare il massaggio? adeguato: appoggiare la mano sul torace (posizione corretta: metà dello sterno) inadeguato: altro		



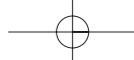
	PRE	POST
18) Come esegui il massaggio? adeguato: appoggiare il palmo dx sullo sterno, mettere il palmo sx sopra il dx iniziare una forte pressione spingendo con entrambi le mani sul torace per max 15 volte inadeguato: altro		
19) Il massaggio cardiaco va abbinato alla respirazione? adeguato: si inizia soffiando 2/3 volte nella bocca, si sospende e si inizia il massaggio cardiaco per 15 volte, si sospende e si riprende con la respirazione e così via inadeguato: altro		
20) Controlli il battito cardiaco durante il massaggio? adeguato: SI inadeguato: NO		
21) In che posizione metti la persona mentre vai a chiedere aiuto? adeguato: su un fianco (posizioni di sicurezza) inadeguato: altre posizioni		
22) Come fai a chiamare aiuto? adeguato: conosce il numero inadeguato: altro		
23) Dice all'operatore dove si trova? adeguato: SI inadeguato: NO		

Bibliografia

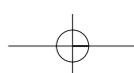
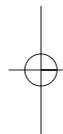
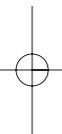
- ¹ AAVV *Infezione da HIV e AIDS, metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti*. Edizioni scientifiche JOB, Verona giugno 1987.
- ² Bernardini C., Garena G. *L'intervento educativo territoriale: alcune considerazioni sociologiche in prospettive sociali e sanitarie*, N°7 del 1987.
- ³ Bert Giorgio e Quadrino Silvana. *Metodi, bisogni formativi e preparazione degli operatori in 1° Convegno di formazione operatori di strada: SECEDAS Ministero della Sanità, Sezione di Screening HIV, Verona ULSS 20 maggio 1994.*
- ⁴ Clemente Anna. *L'eco mappa nella definizione della rete relazionale del paziente con AIDS e HIV positivo*, pag.531-549 in *HIV/AIDS Counselling e Screening*, manuale teorico pratico, a cura di G.Serpelloni e Susanna Morgante, Leonard edizioni scientifiche, Italia, Verona, 1993.
- ⁵ Demetrio Duccio *L'educazione di strada in una prospettiva di ricerca-azione, in dirigenti scuola N° 2, 1992.*
- ⁶ Farr R. *Ruolo delle rappresentazioni sociali nel disegno e nell'educazione degli esperimenti di laboratorio*, in *Rappresentazioni sociali*, a cura di Farr R. Moscovici S., Il Mulino, Bologna 1989.
- ⁷ Ferrario F., Finoglietti M., Francescato D., *La strada oggetto o soggetto di intervento? Il lavoro di strada e l'educazione territoriale. Esperienze italiane e*

Strumenti di valutazione: le check-list

- straniere a confronto. *Un nuovo controllo sociale?* in *Aspe* anno 6 N° 7 del 23.03.1987.
- ⁸ Floris Franco *L'educativa territoriale vista dai servizi sociali*, in *Per un'educativa territoriale* (a cura di) Merlo R., in *Animazione Sociale* N°1 del 1991.
- ⁹ Fruggeri Laura *Servizi sociali e famiglie. Dalla risposta al bisogno alla costruzione di competenze, dalla relazione presentata al convegno Famiglie e politiche sociali*, Modena marzo 1990, OIKOS N° 4, Edizione Pier Luigi Lubrina settembre 1991.
- ¹⁰ Grosso Leopoldo *L'educatore di strada: un intervento di confine* in *Pratica sociale* N° 7 anno 2 del 1989.
- ¹¹ Guaita Fabrizio *Operatori di strada, Relazione al 3° incontro internazionale del disagio giovanile e tossicodipendenza: il lavoro di rete come strumento di prevenzione*, Recoaro Terme 1991.
- ¹² Ingrosso Marco *Itinerari sistemici nelle scienze sociali, teorie e bricolage*, Editore Angeli, Milano 1990.
- ¹³ Langemann C. *Considerazioni sul lavoro di rete, relazione al 3° incontro internazionale sul disagio giovanile e tossicodipendenze, il lavoro di rete come strumento di prevenzione*, Recoaro Terme, 1991.
- ¹⁴ Manghi Sergio *Esercizi di naufragio. Incertezza e innovazione nelle relazioni d'aiuto*, in *Animazione Sociale* N°12 1992.
- ¹⁵ Maturana H. *Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore in Ecologia e autonomia* (a cura di) Thompson W., Feltrinelli Milano 1989.
- ¹⁶ Merlo Roberto *Per una educativa territoriale* in *Animazione Sociale* N°1 1991.
- ¹⁷ Merlo Roberto *Quando la formazione diventa progetto* in *Animazione Sociale* N°1 1991.
- ¹⁸ Merlo Roberto *Una proposta di lavoro muovendosi nella rete sociale* in *Animazione Sociale* N°1 1991.
- ¹⁹ Merlo Roberto *Lavorare per la compatibilità di agenzie formative e messaggi* in *Animazione Sociale* N°1 1991.
- ²⁰ Morin Edgar *Il metodo. Ordine disordine organizzazione*, Editore Feltrinelli Milano 1989.
- ²¹ Ranci Costanzo *Servizi preventivi e disagio giovanile. Informazione, orientamento, aggregazione in I luoghi dell'ascolto* (a cura di) A.Melucci, Guerini e Associati, Milano 1991.
- ²² Rizzi A. *L'animazione di strada*, Tesi di laurea, Corso per educatori professionale - animatore dell'USSL 6 di Vicenza, 1990.
- ²³ Rota M.C. e D.Greco (a cura di) *Infezioni da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita, aspetti generali vol.1* in *Lezioni dai corsi del piano di formazione HIV Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, anni 1990/92.*
- ²⁴ Schiavo S. *La figura dell'animatore territoriale: un'esperienza con i giovani di un quartiere di Padova*, Tesi di laurea, Corso di educatori professionali-educatori, U.S.M.I. Triveneto F.I.R.A.S. Padova, 1992.



**TESTO DELLA DELIBERA
DELLA GIUNTA REGIONALE
N. 1588 DELL'11.4.2000**





Testo della delibera della Giunta Regionale n° 1588 dell'11.4.2000. Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy.

L'Assessore alle Politiche Sociali, ...(omissis)...

La permanente rilevanza del fenomeno droga e la gravità delle conseguenze che tutt'ora esso implica non consentono agli operatori del settore di abbassare la guardia nell'attività di prevenzione e di cura ma anche in quella di studio e di ricerca. Vanno in particolare approfonditi nuovi e più aggiornati modelli di intervento che possano consentire di rispondere, con sempre maggior efficacia, ai tanti problemi connessi all'assunzione di droghe non ultimo le morti correlate all'uso di tali sostanze.

È nata da questa considerazione l'esigenza di predisporre delle Linee Guida rivolte a tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione e cura dei fenomeni legati all'abuso di sostanze psicoattive. A tale scopo l'Assessorato regionale alle Politiche Sociali, di concerto con l'Assessorato alle Politiche Sanitarie, ha attivato un apposito gruppo di lavoro che ha elaborato le Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy, di cui all'Allegato 1 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

- Più in particolare, il documento allegato al presente provvedimento si articola in due sezioni:
- 1) Linee guida per la prevenzione dell'overdose da eroina, alla cui stesura hanno collaborato Giovanni Serpelloni e Maurizio Gomma (Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T-1, ULSS 20 Verona), Fabrizio Schifano (Ser.T-1, ULSS 16 Padova), Giuseppe Sipala (Pronto Soccorso Ospedale Villafranca ULSS 22 Verona); Andrea Spagna (Ist. di SUEM 18-ULSS 16 Padova); Mauro Cibirin (Ser.T di Dolo- ULSS 13 Venezia), Ezio Manzato (Ser.T di Zevio- ULSS 21 Verona), Roberto Mollica (Società Italiana per le tossicodipendenze - SITD) e Teodora Macchia (Reparto sostanze d'abuso - Istituto Superiore Sanità, Roma);
 - 2) Effetti acuti dell'ecstasy e principi di trattamento, alla cui stesura hanno collaborato Giovanni Serpelloni e Roberta De Liso (Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T-1, ULSS 20 Verona), Fabrizio Schifano (Ser.T-1, ULSS 16 Padova), Gianpiero Giusti (Dip. Farmacologia - Università di Padova) e Gilberto Gerra (Ser.T ASL di Parma).

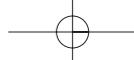
Nel suo complesso, questo documento vuole fornire indicazioni specifiche per coloro i quali si occupano delle implicazioni dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy. Il testo comprende indirizzi pratici e specialistici particolarmente adatti a tutti i Ser.T, alle Comunità terapeutiche e alle Associazioni di volontariato che operano nel settore.

Le presenti Linee guida si collocano all'interno degli indirizzi contenuti nella "Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive", approvata con D.G.R. n. 3877 del 27 ottobre 1998, e ne intende riprendere i principi, gli obiettivi strategici e le indicazioni programmatiche.

È chiaro che queste Linee Guida in oggetto non potranno dirsi esaustive del tema dell'overdose e delle sue implicazioni, ma vogliono porsi come stimolo per proseguire il lavoro nel campo della prevenzione di tutti i fenomeni, collegati all'abuso di sostanze psicoattive, che incidono negativamente sulle condizioni di vita dei soggetti interessati.

Si propone pertanto di approvare e recepire le presenti Linee guida, dando mandato agli uffici competenti di predisporre un piano di diffusione delle Linee guida alle Aziende Ulss, alle comunità terapeutiche, alle organizzazioni del volontariato e quant'altri possano essere interessati a tale documento, collegandola alla Campagna preventiva contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive di cui alla DGR n. 4770 del 21/12/1998. Pertanto la ripubblicazione del testo della "Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive" prevista dalla DGR n. 4770 del 21/12/1998 risulta integrato dalle Linee guida del presente atto.

Tutto ciò premesso, ...(omissis)...



Testo della delibera della Giunta Regionale della Regione Veneto n. 1588 dell'11.4.2000

DELIBERA

1. di approvare e recepire le Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy, di cui all'Allegato 1 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare mandato agli uffici competenti di predisporre un piano di diffusione delle Linee guida alle Aziende Ulss, alle comunità terapeutiche, alle organizzazioni del volontariato e quant'altri possano essere interessati a tale documento, collegandola alla Campagna preventiva contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive di cui alla DGR n. 4770 del 21/12/1998;
3. di prevedere che la ripubblicazione del testo della "Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive" prevista dalla DGR n. 4770 del 21/12/1998 sia integrato dalle Linee guida del presente atto;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun impegno di spesa aggiuntivo.

...(omissis)...

