

A05: Uso endovena di droghe: patologie infettive correlate

Le complicanze infettive

E' noto che i comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti determinano un eccesso di morbosità e di mortalità, attribuibile ad una molteplicità di cause.

Nell'ambito delle patologie correlate alle tossicodipendenze, le malattie infettive rappresentano senz'altro il capitolo più importante (es. infezione da HIV ed epatiti). Il contagio può avvenire tramite lo scambio di siringhe contaminate o, in misura minore, attraverso i rapporti sessuali. In alcuni casi, le infezioni sono dovute a scarsa igiene nelle pratiche iniettive (es. endocarditi, ascessi, etc.) e non necessariamente alla riutilizzazione di siringhe usate da altri.

I dati di mortalità mostrano l'importanza del ruolo giocato da diverse patologie infettive, quali l'AIDS e le endocarditi, e dalle loro principali sequele, quale ad esempio la cirrosi epatica.

Nel presente approfondimento, verranno presi in considerazione i principali capitoli delle complicanze infettive legate alla tossicodipendenza, nonché gli andamenti temporali delle principali infezioni, quali l'HIV e le epatiti.

Infezione da HIV

Negli anni '90, l'infezione da HIV è diventata la principale causa di mortalità fra i tossicodipendenti, superando persino quella da "overdose".

Inizialmente, l'infezione da HIV tra i tossicodipendenti si è trasmessa soprattutto attraverso lo scambio di siringhe contaminate; nel tempo, è andata aumentando la percentuale di infezioni contratte attraverso rapporti sessuali.

Infatti, i tossicodipendenti, pur essendo stati capaci di modificare le abitudini relative alle modalità di assunzione delle sostanze, non hanno altrettanto modificato le abitudini sessuali. Ciò ha comportato, soprattutto per le donne tossicodipendenti, un aumento del rischio di trasmissione dell'infezione per via sessuale.

A questo proposito, è importante evidenziare che il Ministero della Sanità raccoglie, di routine, i dati relativi all'andamento della prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.. Altre fonti d'informazione derivano da studi e ricerche finanziate nell'ambito del Progetto ricerche AIDS del Ministero della Sanità-Istituto Superiore di Sanità. Infine, il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie dati relativi all'andamento dei casi di AIDS.

I dati del sistema di sorveglianza segnalano che la frequenza della sieropositività all'HIV dei maschi tossicodipendenti è stimata intorno al 17%. Il rapporto maschi/femmine è circa 5:1 e la maggioranza delle donne tossicodipendenti ha partner tossicodipendenti.

Buona parte delle donne tossicodipendenti è, dunque, legata ad un partner tossicodipendente e quindi potenzialmente infetto ed in grado di contagiarla. Tale situazione è meno presente nella vita sessuale dei tossicodipendenti maschi che, nella metà dei casi, hanno partner non dediti all'uso di sostanze.

Considerato che l'AIDS si sviluppa diversi anni dopo l'acquisizione dell'infezione, sono stati implementati sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV che forniscono (in alcune Regioni) un'immagine aggiornata della situazione.

Infezioni virali (epatiti virali e infezioni da altri retrovirus, papillomavirus umano)

Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica: i tossicodipendenti rappresentano il principale serbatoio di infezione. Mentre per l'epatite virale B è disponibile un vaccino sicuro ed efficace, per l'epatite da virus C non esiste alcuna possibilità di prevenzione al di fuori del cambio dei comportamenti (evitare pratiche iniettive a rischio infettivo). Com'è noto, le epatiti B e la C si trasmettono entrambe per via ematica (es.: scambio di siringhe), ma nell'epatite B gioca un ruolo importante anche la trasmissione sessuale.

Le fonti d'informazione sull'andamento temporale e sulla distribuzione geografica di tali infezioni sono date dal sistema di sorveglianza del Ministero della Sanità (relativo ai tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.), dal SEIEVA (sistema di sorveglianza gestito dall'Istituto Superiore di Sanità) e da diversi studi e ricerche di carattere nazionale o locale.

Per quanto riguarda l'epatite B, i dati raccolti riguardano la positività di almeno un marker d'infezione, solitamente indicativo di un'infezione avvenuta nel passato (ma che non corrisponde necessariamente ad un'infezione in atto).

Esistono poi altre infezioni virali frequentemente riscontrabili nei tossicodipendenti. Tra le donne tossicodipendenti e con elevata promiscuità sessuale si evidenzia una notevole circolazione del virus del papilloma umano (HPV).

L'infezione da HPV, responsabile della displasia e, in misura minore, del tumore della cervice uterina, è particolarmente pericoloso nelle donne con infezione da HIV. In queste, infatti, l'immunodepressione HIV-correlata determina un'accelerazione della progressione dell'infezione da HPV verso forme più avanzate di displasia cervicale.

Infine, un'altra virosi trasmessa per via ematica, quale l'infezione da HTLV-II, ha prevalenza variabile fra il 5% ed il 10%. Questo dato è di notevole interesse, anche se l'espressività clinica di questo retrovirus non è nota e sembra comunque essere bassa.

Infezioni batteriche

I tossicodipendenti che assumono sostanze per via endovenosa hanno un rischio di endocardite batterica piuttosto elevato. Il microrganismo più spesso chiamato in causa è lo stafilococco, ma non sono da escludere altri agenti infettivi batterici e fungini (es. Candida). Uno studio eseguito

a Roma ha mostrato come circa il 60% dei decessi per endocardite sia di fatto attribuibile ad abitudini legate alla tossicodipendenza.

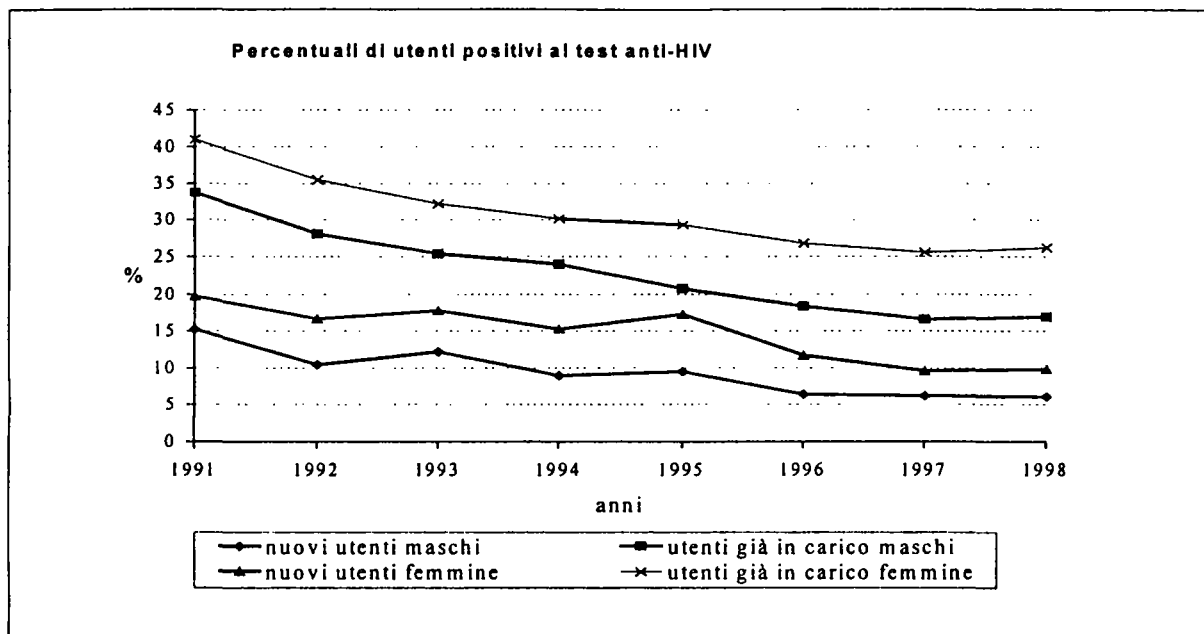
Fra le patologie infettive caratterizzate da bassa incidenza, ma ad elevata letalità, merita un cenno il tetano. La revisione dei casi verificatisi in Campania negli ultimi cinque anni ha evidenziato che circa la metà dei casi colpiti da tetano riguardava tossicodipendenti d'età per lo più avanzata.

Ciò sembra essere in rapporto con l'invecchiamento dei gruppi di tossicodipendenti, la maggior parte dei quali presenta vene sclerotiche che aumentano il rischio di "fuori-vena" e la conseguente formazione di ascessi sottocutanei nei quali si crea un ambiente anaerobio che consente lo sviluppo delle spore eventualmente inoculate con la dose. A fronte di un tale dato ed al fine di un'eventuale strategia preventiva, potrebbe essere auspicabile promuovere un'indagine sulla copertura vaccinale della popolazione tossicodipendente.

Trend delle principali infezioni: infezione da HIV

I dati raccolti dal Ministero della Sanità relativamente alla morbidità per le principali patologie infettive, mostrano negli ultimi tre anni una stabilizzazione della prevalenza che fa seguito al continuo declino della prevalenza, osservato, invece, negli anni precedenti (vedi figura sotto riportata).

Come atteso, i vecchi utenti presentano livelli d'infezione più elevati rispetto ai nuovi utenti. Ciò è in parte dovuto alla maggiore durata dell'esposizione dei vecchi utenti, ma anche al cambiamento dei comportamenti verificatosi negli ultimi anni. E', inoltre, presente un maggior livello d'infezione nelle donne rispetto agli uomini. Tale differenza è probabilmente attribuibile alla trasmissione sessuale.

Trend 1991-1998 della distribuzione percentuale degli utenti Ser.T. positivi al test anti-HIV

Fonte: Elaborazione sui dati del Ministero della Sanità

Test sierologico anti-HIV: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

REGIONE	1991 N. esami 51256	1992 N. esami 61401	1993 N. esami 59826	1994 N. esami 67901	1995 N. esami 69941	1996 N. esami 73513	1997 N. esami 76096	1998 N. esami 71759
PIEMONTE	21,7	19,1	19,7	17,2	15,1	14,5	12,9	11,6
VALLE D'AOSTA	15,8	12,7	2,8	0,5	3,1	11,2	1,2	0,6
LOMBARDIA	42,3	39,2	36,8	37,3	32,2	29,7	28,2	27,7
BOLZANO	31,2	17,3	18,0	16,9	6,6	7,3	7,3	21,2
TRENTO	26,3	14,2	29,0	23,7	23,4	21,9	20,7	16,2
VENETO	25,7	14,7	18,4	16,8	14,2	13,1	14,6	12,1
FRIULI V. GIULIA	14,0	13,3	11,1	12,5	12,2	11,5	8,6	8,4
LIGURIA	38,4	33,3	27,5	29,0	21,0	34,0	23,4	16,5
EMILIA ROMAGNA	40,7	34,2	29,0	28,2	26,6	23,2	22,0	28,2
TOSCANA	21,6	20,9	17,1	14,6	13,7	9,8	11,8	12,2
UMBRIA	30,6	21,5	12,9	12,9	12,0	10,4	9,6	6,0
MARCHE	30,0	23,2	22,8	17,8	21,3	16,6	13,8	13,6
LAZIO	28,5	30,1	33,6	25,1	28,3	24,7	22,5	21,6
ABRUZZO	14,4	9,6	8,8	13,4	7,2	7,0	5,8	4,7
MOLISE	9,7	5,2	7,8	6,5	3,4	3,0	4,0	4,0
CAMPANIA	5,8	5,0	7,0	5,0	4,4	3,3	3,4	3,8
PUGLIA	12,5	10,8	12,8	13,0	11,2	9,2	8,0	13,4
BASILICATA	22,1	14,3	23,3	16,6	13,1	14,5	10,7	13,7
CALABRIA	30,3	24,0	25,9	16,5	10,5	8,4	9,0	6,2
SICILIA	10,9	8,4	11,3	9,3	11,3	6,5	7,8	7,1
SARDEGNA	34,6	15,7	17,3	26,2	22,2	20,9	20,1	21,7
ITALIA	28,8	23,6	23,0	21,3	19,4	16,9	15,7	16,2

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Emilia-Romagna e Lombardia sono le Regioni a più elevata sieroprevalenza, seguite da Sardegna e Lazio.

Rimane bassa la prevalenza nelle Regioni poco colpite dall'epidemia sin dal suo esordio, quali la Campania, l'Abruzzo e il Molise (vedi tabella sopra riportata). La stabilizzazione della prevalenza potrebbe in parte essere dovuta ad un arresto del declino del tasso di incidenza di nuove infezioni.

A questo proposito, uno studio longitudinale condotto a Roma ha evidenziato una diminuzione del tasso di incidenza di nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti (dal 9% anni-persona nel periodo 1985-87 al 5% nel triennio 1987-89, al 4% nel triennio successivo).

Un trend di incidenza simile si era riscontrato a Milano, mentre a Napoli l'incidenza restava costantemente al di sotto dell'1% anni-persona. A Milano, dove lo studio è stato protratto, si è osservato un ulteriore decremento del tasso di incidenza.

Il declino dell'epidemia fra i tossicodipendenti trova riscontro sia nei casi di AIDS che nelle nuove diagnosi di infezione da HIV, che mostrano come la quota di casi attribuibili alla tossicodipendenza sia inferiore a quella attribuibile a contatti sessuali.

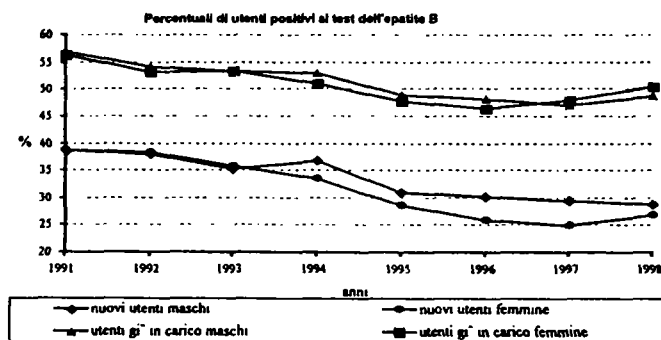
Ciò è dovuto, in parte, al decremento del tasso di incidenza di nuove infezioni nei tossicodipendenti ed in parte al declino dell'epidemia di tossicodipendenza per via endovenosa.

Infezione da HBV e HCV

Dati pressoché analoghi a quelli relativi all'infezione da HIV si rilevano per l'epatite da virus B, anche se la tendenza alla diminuzione risulta meno accentuata (vedi figura sottostante).

Sorprendentemente, la prevalenza dei markers d'esposizione risulta mediamente più elevata nelle regioni del Nord, con esclusione della Liguria (tabella seguente). Ciò fa ipotizzare una maggiore influenza delle pratiche legate all'uso di droga rispetto alla diversa diffusione dell'infezione nella popolazione generale (più elevata nel Sud) nel determinare la circolazione virale fra i tossicodipendenti.

Trend 1991-1998 della distribuzione percentuale degli utenti Ser.T. positivi ai test per l'epatite



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Sanità

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TEST EPATITE VIRALE B: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (*)

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
	N. esami 46700	N. esami 56258	N. esami 54526	N. esami 62853	N. esami 62955	N. esami 69092	N. esami 68062	N. esami 64629
PIEMONTE	56,9	53,1	61,0	54,5	52,5	50,9	52,5	51,6
VALLE D'AOSTA	49,4	47,6	50,0	29,9	7,4	29,8	43,6	62,2
LOMBARDIA	60,8	57,2	56,8	58,9	56,1	53,6	54,0	54,0
BOLZANO	66,5	52,1	52,3	56,7	39,6	60,2	43,1	73,5
TRENTO	7,4	4,6	7,9	8,1	5,8	4,8	38,7	35,2
VENETO	46,0	47,7	49,8	46,4	42,8	49,2	49,9	47,7
FRIULI V. GIULIA	51,7	52,7	55,4	57,5	51,4	54,3	56,7	59,6
LIGURIA	49,9	51,3	51,4	-	61,8	47,3	37,3	22,8
EMILIA ROMAGNA	60,5	60,1	55,0	51,4	52,7	47,5	50,0	62,0
TOSCANA	43,0	43,1	49,5	44,9	37,5	32,3	43,6	45,9
UMBRIA	41,4	46,1	49,1	25,7	28,3	25,2	27,7	19,1
MARCHE	46,9	36,6	45,0	43,3	33,4	33,7	25,8	24,8
LAZIO	49,9	51,4	19,4	62,9	15,1	25,0	40,6	43,3
ABRUZZO	50,6	57,7	44,8	36,8	35,8	32,2	27,4	33,6
MOLISE	51,0	50,4	38,7	33,8	23,4	32,9	28,6	38,1
CAMPANIA	52,3	41,2	37,1	36,1	39,1	44,4	35,7	34,5
PUGLIA	38,8	37,4	42,9	41,9	41,0	37,3	36,2	42,0
BASILICATA	46,4	38,7	55,0	38,5	32,1	33,8	39,2	39,2
CALABRIA	45,6	66,9	46,3	56,6	36,9	48,9	30,6	33,8
SICILIA	28,3	31,0	34,2	32,3	38,8	29,0	25,5	33,1
SARDEGNA	51,4	44,1	50,1	41,3	46,5	41,2	49,8	49,2
ITALIA	50,9	48,7	48,6	48,3	44,1	43,8	43,6	45,3

(*)=la percentuale di positività è calcolata sul totale dei test eseguiti

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Ancora relativamente ridotta si presenta la percentuale di tossicodipendenti sottoposti a vaccinazione (tabella seguente). Una leggera differenza si osserva per quanto riguarda nuovi e vecchi utenti, dovuta probabilmente al maggior tempo di contatto con Ser.T.. Questo dato deve comunque far riflettere sulle potenzialità preventive offerte dalla vaccinazione anti-HBV. E' infatti doveroso ricordare che l'infezione da HBV

è in genere la prima ad essere contratta da parte dei tossicodipendenti, data la sua elevata prevalenza (che condiziona un'elevata probabilità di esposizione) e l'alta contagiosità per via ematica. Il contatto precoce e l'offerta attiva della vaccinazione da HBV produrrebbe un enorme risparmio in termini di riduzione di morbidità, mortalità e costi associati al ricovero e alle cure.

Utenti per condizione rispetto all'infezione del virus dell'epatite B (%) Anno 1998

	NUOVI UTENTI		GIÀ IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
SOGGETTI TESTATI RISULTATI POSITIVI*	10,7	11,5	25,4	25,1
SOGGETTI TESTATI RISULTATI NEGATIVI	26,5	31,3	26,8	24,7
SOGGETTI VACCINATI	5,1	6,4	6,8	7,6
SOGGETTI CHE NON HANNO ESEGUITO IL TEST**	31,4	26,9	26,9	26,7
SOGGETTI PER I QUALI NON E' DISPONIBILE IL DATO SULL'INFEZIONE	26,4	24,0	14,1	16,0

*= rispetto al totale degli utenti dei SERT

**= appartengono a tale gruppo i soggetti che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell'ultimo anno

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Per quanto riguarda l'epatite C, la sieroprevalenza è rimasta stabile negli ultimi 2 anni e risulta omogeneamente distribuita sul territorio nazionale (vedi tabella seguente). Non si evidenziano, al contrario di quanto osservato per l'HIV, rilevanti differenze nella prevalenza fra maschi e femmine.

TEST EPATITE VIRALE C: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

REGIONE	1997 (numero esami = 65911)	1998 (numero esami = 72336)
PIEMONTE	66,8	68,5
VALLE D'AOSTA	69,7	86,9
LOMBARDIA	73,5	71,4
PROV. AUT. BOLZANO	86,2	93,0
PROV. AUT. TRENTO	n.r.	74,8
VENETO	73,9	70,5
FRIULI V. GIULIA	78,7	79,9
LIGURIA	91,0	77,4
EMILIA ROMAGNA	n.r.	79,8
TOSCANA	71,9	73,5
UMBRIA	77,6	74,5
MARCHE	66,8	65,4
LAZIO	66,0	65,2
ABRUZZO	59,5	53,4
MOLISE	58,5	69,2
CAMPANIA	45,8	51,5
PUGLIA	61,2	60,3
BASILICATA	70,0	66,0
CALABRIA	50,9	58,6
SICILIA	67,9	65,0
SARDEGNA	80,5	72,0
ITALIA	67,3	67,6

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Come precedentemente accennato, accanto ai dati di prevalenza raccolti dal Ministero della Sanità esistono altre fonti in grado di fornire informazioni complementari.

I dati del Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (che copre il territorio di 261 U.S.L. corrispondenti al 40% della popolazione italiana) mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi d'incidenza di nuovi casi di epatite virale (da 30/100.000 nella prima metà degli anni '80 a 12/100.000 nella seconda metà

degli anni '90). Il decremento è più evidente per l'epatite B (da 12 a 3/100.000) che per l'epatite C (da 5 a 2/100.000).

La proporzione media di casi riportata in tossicodipendenti nel periodo 1985-1994 era del 21% per l'epatite B e del 22% per l'epatite C. Mentre per quanto attiene all'epatite B non si è registrato un chiaro trend (la proporzione di casi in tossicodipendenti è salita dal 15% nel 1986 ad un massimo di 29% nel 1990, per poi diminuire al 19% nel 1994), per l'epatite C si è registrato un aumento costante (dal 14% del 1986 al 25% del 1994).

Studi longitudinali eseguiti su tossicodipendenti, inizialmente negativi per HCV hanno mostrato come l'impatto di tale infezione sia anche maggiore di quanto si rilevi dai dati relativi ai soli casi sintomatici segnalati al SEIEVA.

Ad esempio, uno studio eseguito a Napoli, un'area urbana a bassa occorrenza di HIV, ha evidenziato un tasso di incidenza di nuove infezioni da virus C in tossicodipendenti pari a 30 per 100 anni-persona.

In conclusione, le patologie infettive correlate alla tossicodipendenza costituiscono un importante problema di sanità pubblica, che pesa sia in termini di sofferenze umane che di costi legati all'assistenza ed al trattamento.

E' pertanto importante continuare gli interventi di prevenzione indirizzati alla riduzione del rischio infettivo, tenendo conto che è più difficile modificare i comportamenti sessuali che non quelli legati alle modalità di uso delle droghe.

Inoltre, la disponibilità di un vaccino efficace per l'HBV è sicuramente un utile strumento preventivo da offrire più attivamente. Per quanto riguarda il futuro, è incerto se le nuove droghe, per lo più non utilizzate per via iniettiva, possano comportare un aumento del rischio di trasmissione sessuale di infezioni quali l'HIV. E' importante, a tale proposito, considerare come priorità di ricerca la valutazione del rischio infettivo legato all'uso di sostanze psicotrope non iniettabili.

A06: L'offerta attiva: gli interventi delle unità di strada

Come nascono e cosa fanno le unità di strada

Gli interventi di strada (comunemente indicati come "lavoro di strada", dal termine inglese "outreach work", che così denomina specifiche finalità operative e di approccio a soggetti che fanno uso di sostanze illecite) sono presenti, anche nel nostro Paese, da oltre un decennio.

Le prime esperienze di intervento di strada sono state sviluppate negli Stati Uniti e successivamente in Olanda e in molte città europee. Questa tipologia d'intervento, rivolta a persone che vivono una condizione di tossicodipendenza, tende ad offrire un'opportunità di contatto e di socializzazione che porti ad una riduzione del rischio ed alla riscoperta di alternative di vita.

La gran parte degli interventi italiani, avviati attraverso sperimentazioni condotte sia nell'ambito del servizio pubblico sia per iniziativa di gruppi del privato-sociale (e prevalentemente finanziate dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga), ha avuto come obiettivo principale il contenimento della diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (data la prevalenza di tale problema nella popolazione tossicodipendente italiana).

Entrare in contatto con tale popolazione (soprattutto quella non in carico ai servizi) era ritenuto un obiettivo importante ed urgente e, pertanto, perseguito attivamente, attraverso iniziative volte ad incontrare i soggetti negli abituali luoghi di incontro e di aggregazione.

Viene così superato il modello concettuale che vedeva i servizi "attendere" il cliente; si afferma, inoltre, un principio di competenza delle persone tossicodipendenti circa la tutela della propria salute; si diffonde la convinzione della possibilità ed efficacia dell'intervento, anche in presenza di un consumo attivo. Tali sperimentazioni, soprattutto dopo il dibattito emerso nel corso della Conferenza di Napoli del 1997, sono andate sempre più consolidandosi

ed estendendosi in quasi tutte le Regioni italiane.

Gli obiettivi di lavoro

L'obiettivo di prevenzione (che mantiene comunque la propria validità ed attualità) si è gradualmente arricchito sulla scorta delle esperienze realizzate ed ha posto al centro dei progetti di intervento la tutela e la promozione della qualità di vita complessiva delle persone tossicodipendenti e non già solamente la prevenzione delle infezioni.

Da un lato, alle forme tradizionali dell'intervento di strada per la riduzione del danno (distribuzione e scambio di presidi di profilassi) si sono affiancate attività volte specificamente alla tutela della vita e, in particolare, programmi finalizzati a contenere il rischio di overdose da oppiacei, sia attraverso training mirati sia mediante la distribuzione di naloxone ai consumatori. Dall'altro, è andata crescendo l'attenzione posta al problema dei bisogni delle persone tossicodipendenti (assistenziali, sociali, relazionali o sanitari) e, conseguentemente, alla connessione ed alla collaborazione con la rete locale dei servizi, sia pubblici che privati, sia specificamente mirati al problema droga sia destinati alla generalità dei cittadini.

In forme diverse viene, in molti casi, promosso e sostenuto un supporto tra pari, nella consapevolezza che anche le persone coinvolte nel problema abbiano un sapere ed una competenza da porre a disposizione degli altri consumatori.

Nel tempo, inoltre, l'intervento delle unità di strada si è orientato a nuove forme di problematicità, sia legate al consumo di sostanze di sintesi (le cosiddette "nuove droghe") con azioni destinate al "popolo della notte" o ai giovani consumatori, sia rivolte ad ampie fasce di popolazione in condizioni di disagio come soggetti stranieri, senza fissa dimora, ex detenuti, emarginati ecc... (svolgendo, di fatto, attività di orientamento e di segretariato sociale).

I destinatari degli interventi e gli strumenti di intervento

Gli obiettivi del lavoro di strada si differenziano in relazione a tre aree di destinatari: i consumatori di sostanze (popolazione target), la popolazione generale, le istituzioni ed i servizi (cui spetta la programmazione generale e la realizzazione degli interventi socio-sanitari ed assistenziali nel territorio).

Rispetto ai consumatori di sostanze, si tratta essenzialmente di ricercarne attivamente il contatto attraverso l'acquisizione di una buona lettura delle caratteristiche del fenomeno sul territorio (mappatura), per migliorare le loro conoscenze, informarli sui rischi, promuovere consapevolezza e stili di consumo meno dannosi, contenere i disagi, facilitare il contatto con la rete locale dei servizi.

Le azioni si realizzano sia attraverso strumenti relazionali (ascolto, counselling, accompagnamento ecc...) sia mediante la distribuzione e lo scambio di presidi di profilassi (siringhe, profilattici, acqua distillata ecc...), sia con la produzione e la distribuzione di materiali informativi mirati (anche in lingua straniera).

Di particolare rilievo la distribuzione di naloxone, volta a contenere il rischio di vita in caso di overdose da oppiacei, il soccorso in caso di overdose o malore, la medicazione di piccole ferite, ascessi ecc...

Per la popolazione generale, l'azione delle unità di strada si caratterizza come concorso alla tutela della salute pubblica e al mantenimento di una buona convivenza tra consumatori di sostanze e cittadini.

Oltre che quelle destinate direttamente ai consumatori, che concorrono a ridurre i costi socio-sanitari derivanti da infezioni, eventi drammatici ed altro ancora, le azioni realizzate sono volte a limitare l'abbandono di siringhe, sia attraverso il meccanismo dello scambio sia mediante istruzioni al corretto smaltimento da parte dei consumatori e la loro raccolta diretta svolta dagli operatori.

Viene inoltre dedicata particolare attenzione all'azione educativa nei confronti dei

consumatori perché limitino eventuali comportamenti scorretti, quali abbandono di rifiuti, atteggiamenti aggressivi ecc...

Un ulteriore elemento di vantaggio per la popolazione generale è costituito dal fatto che, riducendo rischio e danno tra i consumatori, si contribuisce alla riduzione del rischio derivante dall'interazione tra la popolazione dei consumatori e quella generale (si pensi in proposito alla trasmissione di infezioni per via sessuale).

Per la programmazione locale, le unità di strada svolgono una funzione di sensore e di osservatorio, producendo dati conoscitivi sul fenomeno, sulle sostanze consumate, sulle caratteristiche dei consumatori e sui loro bisogni nonché, a volte, un concorso alla progettazione di iniziative e servizi innovativi (es. centri a bassa soglia, drop-in ecc...). Rispetto alla gestione degli interventi, vi è una forte e continua interazione con i servizi territoriali, sovente una gestione condivisa di percorsi e progetti di assistenza, oltre ad azioni informative ed orientative.

Pur essendo questo tipo di lavoro di strada specificamente destinato ai consumatori di sostanze, la condizione stessa della strada, ove non si possono selezionare preliminarmente gli interlocutori, pone, di fatto, gli operatori in contatto con una molteplicità di utenti (interventi di unità di strada vengono realizzati anche nell'ambito della prostituzione, della prevenzione destinata alle aggregazioni giovanili informali ecc...).

L'incontro con le differenti tipologie è determinato, il più delle volte, da scelte operative legate ai luoghi prescelti per l'intervento, ad esempio stazioni piuttosto che nei pressi dei Ser.T., luoghi di spaccio e di consumo piuttosto che parchi pubblici frequentati da chiunque, discoteche e locali piuttosto che piazze ed altro ancora, e alla popolazione con cui si intende prevalentemente interagire (consumatori "tradizionali" o "nuovi", italiani o stranieri ecc...).

Le tipologie

Le tipologie ricorrenti sono comunque costituite da:

tossicodipendenti in carico ai servizi: in tal caso l'intervento di strada si pone come integrativo del trattamento terapeutico, volto a migliorare la "compliance", a limitare e contenere gli abbandoni e ad affrontare gli aspetti che, per molteplici ragioni, non vengono trattati nei servizi (es. il persistere dell'uso, se pur ridotto, le difficoltà nel rapporto con gli operatori ecc...);

tossicodipendenti non in carico ai servizi: in tali casi il lavoro è volto a contenere le condotte rischiose, a migliorare i comportamenti e gli stili di vita, a facilitare con modalità diverse (promozione del contatto, accompagnamento ecc...) il rapporto con i servizi sanitari e/o assistenziali;

tossicodipendenti stranieri: come nel caso precedente, con la complessità derivante dalle difficoltà di accesso ai servizi soprattutto per le persone in condizioni di irregolarità (ci si orienta prevalentemente a servizi del privato sociale);

nuovi consumatori e giovani in genere: l'intervento assume più marcate caratteristiche preventive, puntando molto sull'informazione sulle sostanze e sui rischi che ne derivano, sulle modalità meno rischiose per il consumo; forte attenzione viene dedicata inoltre al tema dei rischi infettivi connessi ai comportamenti sessuali;

stranieri non tossicodipendenti proprio per la collocazione, sovente l'unità di strada diventa luogo di riferimento per persone straniere in condizione di irregolarità, anche se non direttamente coinvolte nel consumo di sostanze. Le attività prevalenti sono di orientamento e di prevenzione delle infezioni per via sessuale;

fasce di marginalità sociale o di sofferenza psichiatrica: come per gli stranieri si tratta di utenti incontrati proprio per le caratteristiche "di strada" dell'intervento. Anche in questo caso le prestazioni sono essenzialmente di ascolto e di orientamento ai servizi assistenziali;

Alcuni dati di riferimento

Le caratteristiche socio-demografiche degli utenti, soprattutto tra i consumatori di sostanze per via iniettiva, descrivono una maggioranza di maschi (circa 1 a 5) rispetto alle femmine, una scolarità di livello medio inferiore, una condizione di integrazione sociale modesta o precaria, con ricorrenza di disoccupazione ed instabilità abitativa, frequenti problemi di carcerazione o di pendenze penali in corso.

ELABORAZIONI SUI DATI DELLE UNITÀ DI STRADA DI ALCUNE GRANDI CITTÀ ITALIANE

Quota di soggetti non conosciuti dai servizi pubblici specifici (Ser.T.)	21%
Quota di soggetti stranieri	11%
Quota di soggetti non utilizzatori di sostanze per via endovenosa (non IDUs)	9%
Quota di soggetti maschi	82%

Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto "Unità di Strada" - ASL Città di Milano, www.indirizzo.it, Osservatorio aziendale sulle tossicodipendenze, Azienda USL città di Bologna www.ossdipbo.org/UMobile, Fondazione "Villa Maraini" www.villamaraini.it

I servizi per le tossicodipendenze sono molto conosciuti ed utilizzati: infatti, circa un utente su due riferisce di essere in carico al servizio al momento del contatto o sono stati utilizzati in precedenza. Ricorrenti i precedenti inserimenti in comunità terapeutiche residenziali.

I comportamenti a rischio sono costituiti ancora dall'uso promiscuo di siringhe (anche se i dati di monitoraggio del fenomeno segnalano una flessione), dall'uso promiscuo dei materiali usati per la preparazione iniettiva e, soprattutto, dalla persistenza di comportamenti sessuali non protetti sia per i maschi che per le femmine, comportamenti sostenuti anche negli assuntori di sostanze stimolanti. Circa il rischio di overdose, cui molti utenti riferiscono di essere stati soggetti, si registra una scarsa conoscenza dei sistemi preventivi, in particolare dell'uso del naloxone ed un aumento del rischio in presenza di abuso di alcool e benzodiazepine. La presenza ed il contatto con tossicodipendenti stranieri appare di rilevante entità (circa 1 su 7) ed in incremento. Le etnie maggiormente presenti sono costituite da maghrebini e centro-africani; in crescita il contatto con est-europei.

Sullo scenario nazionale le sostanze consumate variano, anche in maniera considerevole, in relazione a numerosi fattori, quali i circuiti di consumo e di riferimento dei consumatori, le loro abitudini, la disponibilità di sostanze e la situazione del mercato locale, il controllo esercitato dalle forze dell'ordine e, più recentemente, la provenienza etnica.

Generalizzando i dati delle diverse esperienze, si può affermare che tra i consumatori italiani "tradizionali" si mantiene elevato il consumo di eroina per via iniettiva (anche se i nuovi utenti ne evidenziano sempre più l'uso per inalazione), ma appare in fortissimo incremento anche il consumo di cocaina (sempre per via iniettiva). A queste due sostanze, che costituiscono il consumo primario, vengono associati frequentemente alcool, benzodiazepine, cannabinoidi e metadone illegale (proveniente dal mercato grigio).

Tra i consumatori stranieri prevale il consumo delle medesime sostanze (eroina e cocaina), ma il metodo d'assunzione più frequente è quello per inalazione. Infatti, per fattori culturali e religiosi, l'uso iniettivo è meno praticato; ove presente, con preparazioni particolari, non sempre sufficientemente chiare ("free base", cottura delle sostanze ecc...) costituisce un indicatore significativo di gravità. Appare inoltre di particolare rilievo il consumo di alcool.

In altri circuiti di consumo, prevalentemente connessi alla ricreazionalità, sono presenti psicostimolanti (MDMA e affini), cocaina, ketamina, allucinogeni (LSD); elevato il consumo di alcool (assunto volutamente per ubriacarsi) ed in crescita quello accessorio di eroina in funzione sedativa. E' da notare come, in tali circuiti, soltanto nei confronti dell'uso iniettivo (in particolare di eroina) esista un forte atteggiamento di resistenza tra i consumatori (presumibilmente per la correlazione con lo stereotipo del tossicodipendente "eroina/siringa/AIDS"), cui si associa una notevole disponibilità al policonsumo. Sia tra gli italiani che tra gli stranieri, inoltre, il solo uso iniettivo porta al riconoscersi come persone con un consumo problematico.

L'interazione costruttiva con gli utenti

Le unità di strada, proprio per le caratteristiche della azione svolta (andare incontro, cercare attivamente il contatto) e per i luoghi ove tale azione si realizza (la strada, i luoghi di aggregazione o di incontro dei consumatori, i luoghi del divertimento o dell'emarginazione ecc...) costituiscono indubbiamente un punto molto avanzato di osservazione del fenomeno, ma anche un ambito in cui si realizzano specifiche interazioni con gli utenti.

In molti casi (giovani consumatori, consumatori stranieri ecc...) l'operatore di strada è il primo del sistema d'intervento sulle tossicodipendenze con cui questi soggetti entrano in contatto. Si realizza così un incontro "precoce" tra utente e sistema dei servizi, estremamente utile a contenere i rischi derivanti da comportamenti "inesperti" e nel frattempo, ove possibile, a ridurre i tempi di latenza tra inizio dell'assunzione di sostanze e ricorso ai servizi. Tutte le ricerche internazionali indicano nei primi anni dell'esperienza del consumo di sostanze il periodo di maggior esposizione al rischio di infezione o di overdose accidentale; le medesime indagini stimano in alcuni anni il periodo di latenza ed evidenziano il fattore di forte protettività costituito dall'essere in carico ad un servizio.

I TEMPI DI LATENZA DI ACCESSO AI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE (Ser.T.) IN ITALIA

Da uno studio sulle stime di incidenza effettuato nel corso del 1999 in collaborazione con l'Osservatorio Europeo (OEDT), il Dipartimento di Matematica dell'Università di Tor Vergata di Roma mette in evidenza che la latenza fra primo uso di eroina ed accesso ai servizi risente poco delle differenze nei fattori legati alle diverse tipologie dei servizi o alla diversa situazione socio-economica o culturale dei soggetti studiati. Non risente dell'età anagrafica dei soggetti, né dell'anno di calendario di inizio d'uso. Si evidenziano invece differenze se si considerano le aree metropolitane di Roma e Milano rispetto ai centri minori. Dallo studio emerge che l'età del primo uso dell'eroina si colloca per il campione di circa 11.000 soggetti fra i 18 e i 19 anni, mentre l'età della prima richiesta di aiuto nei confronti dei servizi si colloca fra i 23 e i 24 anni.

Fonte: OEDT Lisbona, Extended annual report on the state of the drugs problem in the EU. www.emcdda.org

Una seconda considerazione è rappresentata dalla "unicità" della relazione con gli operatori di strada. Per molti consumatori, soprattutto quelli occasionali o quelli con un'assunzione di breve durata, l'operatore dell'unità di strada è l'unico che viene incontrato e accettato perché si trova nei luoghi "naturali" del consumo o dell'aggregazione e non in un servizio cui non ci si rivolge perché non si ritiene di averne bisogno.

Analogamente, soprattutto per i consumatori stranieri in condizione di irregolarità, l'operatore di strada può essere, anche per periodi prolungati, l'unico riferimento, stante le fortissime limitazioni che persistono all'accesso di questa utenza nella normale rete dei servizi socio-sanitari ed assistenziali.

La "credibilità" maggiore deriva dal fatto che l'operatore di strada non pone come premessa della relazione d'aiuto la cessazione dell'uso di sostanze o l'impegno a perseguirla. Egli focalizza invece l'attenzione sui comportamenti e sulle pratiche rischiose, fornendo informazioni e presidi di profilassi utili a contenere le conseguenze indesiderate del consumo.

La scelta di percorsi maggiormente impegnativi viene lasciata alla discrezionalità dell'utente, pur essendo l'operatore di strada sempre pronto a coadiuvarla e a facilitarne l'avvio. E' proprio questo approccio che facilita l'instaurarsi di una relazione di fiducia, in cui la critica allo stile di vita del consumatore non assume valore di giudizio o di richiesta di cambiamento, ma di attenzione volta al miglioramento della consapevolezza del soggetto circa la propria condizione. Attraverso questo atteggiamento, molte unità di strada sono riuscite ad avviare percorsi riabilitativi anche con utenti apparentemente indisponibili a qualsiasi tipo d'intervento.

Lavorare in strada (con efficacia) non è facile e richiede una serie di attenzioni, oltre alle difficoltà derivanti dal rapporto con l'utenza (i contatti sono, a volte, molto veloci e discontinui, alcuni utenti possono essere sotto effetto di sostanze che rendono più difficile lo scambio comunicativo, in caso di stranieri possono esistere barriere linguistiche e differenze culturali ecc...). Si tratta di saper scegliere i

luoghi e gli orari giusti, ricordando però che solo attraverso un consenso trovato a più livelli (cittadini, istituzioni, forze dell'ordine, ma anche consumatori e piccoli spacciatori) l'intervento diventa effettivamente possibile.

Gli spazi operativi

Per scegliere i luoghi e gli orari appropriati, è indispensabile una buona conoscenza preliminare del territorio. Vi è quindi la necessità di ottenere informazioni da una pluralità di soggetti (operatori dei servizi, forze dell'ordine e vigilanza urbana, realtà sociali del territorio, farmacisti, negozianti, cittadini della zona ma soprattutto dagli stessi consumatori). Questo consente di valutare se, in un determinato luogo, l'intervento possa essere "efficiente" (sarebbe estremamente diseconomico fare uscite per incontrare tre o quattro utenti).

Il consenso della cittadinanza e delle istituzioni locali (es. consigli di circoscrizione) si ottiene solo se si riesce a far capire che non sono le unità di strada a determinare l'afflusso di tossicodipendenti in una zona (è noto che questo è determinato dalla presenza di spacciatori, dal controllo esercitato dalle forze dell'ordine ecc...) e che, viceversa, la loro presenza contribuisce alla sicurezza ed alla riduzione delle conseguenze del fenomeno in un dato territorio.

Per lavorare effettivamente in un territorio è necessario adottare un atteggiamento di equidistanza tra i vari attori. Ai consumatori deve essere chiaro che possono rivolgersi all'unità di strada senza timore di schedature o segnalazioni (l'anonimato è sempre garantito), ma che non possono aspettarsi connivenze, aiuti o protezioni per attività illecite.

Agli spacciatori deve essere chiaro che non si intende interferire con la loro attività (la repressione dello spaccio spetta ad altri soggetti), ma che si lavora per la tutela della salute di tutti.

Alle forze dell'ordine deve essere chiaro che l'unità di strada non è una "zona franca" ma, al tempo stesso, che non può essere usata come "specchietto per le allodole" per la attività di controllo dei consumatori (si richiede un

atteggiamento discreto e rispettoso dell'intervento). A tale proposito, sono in atto iniziative volte a stabilire procedure rispettose delle specifiche competenze, ma anche capaci di garantire il reciproco supporto fra i diversi operatori.

Conclusioni

Le unità di strada hanno, in questi anni, dimostrato la validità e l'efficacia della propria azione secondo differenti punti di vista.

Hanno contribuito a migliorare lo stile di comportamento, la consapevolezza e le conoscenze preventive dei consumatori di sostanze, contenendo così le occasioni di trasmissione di infezioni o addirittura di morte; hanno supportato ed integrato l'azione dei servizi territoriali, hanno contribuito all'avvio di percorsi riabilitativi e, in molti casi, hanno tutelato questi percorsi sostenendo la motivazione degli utenti; hanno fornito alle Istituzioni ed ai servizi conoscenze ed informazioni dirette sull'andamento del fenomeno sul territorio, contribuendo in tal modo ad una programmazione mirata degli interventi; si sono impegnate, nella loro azione quotidiana, a tutelare la salute della cittadinanza generale; hanno soprattutto raggiunto utenti che, diversamente, sarebbero rimasti lontani dai servizi.

Si tratta a questo punto di uscire definitivamente dalla sperimentality degli interventi, estendendoli e trasformandoli in attività ordinaria, normalmente integrata e parte integrante della rete locale dei servizi e dei sistemi di monitoraggio epidemiologico. Debbono essere fissati standard operativi minimali, definiti i profili professionali degli operatori, verificati sistematicamente i risultati raggiunti, valutate le prestazioni, i costi sostenuti e l'utilità per i singoli e per il territorio.

Devono essere anche superati, attraverso azioni forti di riconoscimento e di sostegno, anche culturale, gli atteggiamenti di squalifica, le accuse di connivenza e di facilitazione al consumo di sostanze, i giudizi di rinuncia alla lotta alla tossicodipendenza, l'ostilità dei cittadini e di parti consistenti del mondo istituzionale, cui sono esposte le strategie di riduzione del danno e con esse le unità di strada e gli operatori che vi lavorano.

A07: La tossicodipendenza al femminile

Un'area di studio da approfondire

Dal punto di vista clinico, la specificità della tossicodipendenza femminile rappresenta un tema ancora poco approfondito dal contesto della comunità scientifica italiana. Oltre a ciò, la tossicodipendenza femminile risulta poco studiata anche per quanto attiene l'aspetto più squisitamente sociale del fenomeno: le informazioni disponibili sono pressoché limitate alla conoscenza del rapporto numerico tra maschi e femmine utenti dei servizi che si occupano di questa popolazione.

In relazione alla tossicodipendenza femminile, i rari studi recenti parlano dell'esistenza di particolari contesti e meccanismi psicologici connessi alla prima assunzione, offrono indicazioni sul grado di consapevolezza della donna circa la scelta compiuta, nonché sul tipo di risorse economiche utilizzate per acquistare la droga. A quanto pare, l'insieme di questi elementi concorre a caratterizzare significativamente il mondo della tossicodipendenza femminile.

Il vissuto della tossicodipendenza al femminile

Il vissuto della tossicodipendenza al femminile è riferibile a giovani donne che si avvicinano alla droga in età preadolescenziale, coinvolte da partner già tossicodipendenti, prive di una piena coscienza (anche in considerazione della giovane età) del potere psicologico (oltre che fisico) della sostanza. La prima assunzione, consumata proprio in compagnia del partner e, prevalentemente, nell'intimità di un'automobile, ha probabilmente un preciso valore rituale ed è funzionale allo stare insieme in un "viaggio a due". Queste ragazze appaiono chiaramente indifese, oltre che per la giovane età, anche per la frequente presenza di un disagio familiare: lontano (intenzionalmente o meno) dall'affettuoso controllo di una famiglia-guida, sembrano ingenuamente trovare un sostegno psicologico ed un punto di riferimento importante nella figura del partner.

Una volta inserite "nel giro", la loro esperienza di tossicodipendenza evolve in modo diverso secondo i mezzi economici a disposizione. Chi può contare su risorse economiche personali riesce a vivere nella legalità; chi ne è priva sperimenta molto spesso la drammatica esperienza della prostituzione, vivendo quindi la propria storia di tossicodipendenza in modo ancora più pericoloso e traumatico. Soffermandosi a considerare il ruolo giocato dal soggetto nella determinazione dei propri comportamenti, si nota il verificarsi di una forma di tossicodipendenza spesso vissuta con ingenuità ed inconsapevolezza, più da "spettatrici di se stesse" che da "protagoniste" più per una sfortunata serie di circostanze (cattive compagnie commiste ad una situazione familiare difficile) che per una

precisa volontà personale. La figura femminile si propone come "ombra" di quella maschile. Ad un vissuto di tossicodipendenza particolarmente drammatico da un punto di vista psicologico si accompagna un'idea di donna come soggetto "doppiamente emarginato": perché donna e perché tossicodipendente.

Infine, poiché la primaria modalità di reperimento della sostanza è rappresentata dalla prostituzione, si è indotti a pensare alla tossicodipendenza femminile come ad una condizione non troppo esposta alla punibilità (e quindi più "tranquilla" rispetto a quella maschile), talvolta senza riflettere in modo sufficiente sulle drammatiche situazioni di sfruttamento a ciò connesse.

Fonte: note estratte dal testo "Tossicodipendenza tra coinvolgimento e autocontrollo: una tipologia multimediale" di L. Vanni; in "Le Case di vetro" M.S. Agnoli, A. Fasanella, et. alt., Sociologia e ricerca sociale, Milano, F. Angeli.

Le situazioni emergenti

Negli ultimi anni, all'incremento del numero di donne che abusano di sostanze ha fatto seguito l'acuirsi di una problematica particolarmente delicata quale quella della maternità in condizione di rischio, a sua volta aggravata dall'emergenza del fenomeno AIDS.

In Italia, le donne rappresentano circa il 14% di tutta la popolazione tossicodipendente; circa un terzo di esse ha figli minori. Naturalmente, il dato si presenta molto eterogeneo nelle varie Regioni e, all'interno di una stessa Regione, il fenomeno può mostrare caratteristiche alquanto diversificate a seconda della zona.

La focalizzazione sui diversi elementi della specificità femminile continua ad essere alquanto difficile. I dati epidemiologici rilevati dai Ministeri dell'Interno, della Giustizia e della Sanità continuano a non prevedere alcun elemento circa la popolazione femminile e la maternità.

I dati rilevati dal Ministero della Sanità dicono che, nel 1998, i servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) hanno trattato 18.916 donne, con un rapporto maschi/ femmine di 6,3/1. Il dato del 1998 conferma, purtroppo, l'andamento crescente della presenza femminile. Il fenomeno, che appare molto più marcato nelle Regioni del nord-est (rapporto di 3,9 in Friuli-Venezia Giulia), si riduce gradatamente spostandosi verso sud (rapporto di 15,9 in Calabria).

Gli unici dati epidemiologici disaggregati per maschi e femmine riguardano le infezioni da HIV e l'epatite B e C. I dati sull'epatite B non evidenziano differenze significative fra i due sessi; rispetto agli anni precedenti, l'epatite C si mostra in lieve aumento nella popolazione femminile.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la percentuale di pazienti adulti di sesso femminile è andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 24,6% del 1° semestre 1999. Al 30 giugno 1999, la distribuzione della sieropositività da HIV, suddivisa per categoria di esposizione, evidenzia il 59,3 % (5.585 casi su un totale di 9.425) di donne sieropositive a seguito di pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (dati provenienti dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità).

Le notizie sulla dipendenza da alcool sono ancora più carenti, ma i dati nazionali disponibili (relativi al 1996) parlano di un rapporto M/F pari al 3,2. Anche questo rapporto varia in funzione della distribuzione geografica: si passa dal 5,8 di Sardegna, Calabria e Molise, al 2,8 di Toscana, Veneto e Lombardia. Diversamente da quanto accade per l'uso di sostanze illegali, il rapporto M/F si abbassa in alcune regioni del Sud (3,1 in Sicilia, Basilicata e Puglia).

A livello nazionale non sono ancora disponibili dati disaggregati per sesso in relazione ad altre patologie (somatiche o psichiche) correlate alla tossicodipendenza o ai trattamenti (farmacologici, psicologici, sociali o educativi) mirati. Resta tutta da indagare l'incidenza della specificità di genere nelle nuove forme di dipendenza (nuove sostanze d'abuso e dipendenza dal gioco). Mancano informazioni circa la situazione familiare delle donne dedite all'uso di sostanze e le notizie sono particolarmente carenti per quanto riguarda la prole e la conseguente capacità genitoriale. Il diverso andamento e la diversità delle forme di espressione della dipendenza femminile porta, dunque, ad individuare la differenza di genere come una variabile significativa, testimoniando la necessità di dar vita a studi specifici.

Ad una bassa prevalenza di donne tossicodipendenti nel rapporto M/F fa fronte una cospicua prevalenza femminile nei disturbi della condotta alimentare.

Alla differenza di genere sembrano, dunque, essere legate anche differenze psicopatologiche, che suggeriscono l'esistenza di un collegamento tra l'area dei disturbi dell'alimentazione (anoressia-bulimia) e la tossicodipendenza. A quanto noto, l'oscillazione lungo l'asse anoressia-bulimia può rappresentare un equivalente della dipendenza da sostanze psicotrope.

Pur essendo percentualmente meno rilevante di quella maschile, la tossicodipendenza femminile spesso si mostra più grave e più difficile da trattare. Numerose, ad esempio, sono le pazienti tossicodipendenti con doppia diagnosi psichiatrica (con netta prevalenza delle forme depressive dei disturbi bipolari), che contribuisce ancor più ad una loro emarginazione sociale e familiare.

Le conseguenze e gli interventi di supporto

La condizione femminile di dipendenza ha, spesso, un effetto più devastante che nell'uomo. A ciò concorrono problematiche di vario genere, non ultima quella del ricorso alla prostituzione quale mezzo per procurarsi le sostanze. La situazione diventa ancora più complessa nel caso di tossicodipendenti madri di minori. Nella nostra cultura, infatti, ricade sulla madre gran parte degli oneri connessi al ruolo di genitore, ma la dipendenza spesso si accompagna ad una alterazione delle capacità genitoriali.

Risulta importante pensare alla creazione di strumenti ed interventi specifici finalizzati al sostegno ed allo sviluppo della competenza genitoriale delle madri tossicodipendenti, predisponendo anche strutture di sostegno (sia territoriali che residenziali) all'intero nucleo familiare. All'occorrenza, è anche necessario aiutare queste donne ad affrontare situazioni particolarmente stressanti (quale ad esempio la separazione dal figlio, nel caso in cui ciò si rendesse inevitabile) senza aggravare ulteriormente la loro condizione di dipendenza.

Occorre evidenziare che, soprattutto nel caso di madri tossicodipendenti, gli interventi istituzionali mostrano attualmente carenze e difficoltà operative riconducibili a:

- difficoltà generalizzata nei rapporti di rete tra i servizi pubblici o del privato sociale e le strutture sanitarie e ospedaliere che si occupano della maternità;
- difficoltà alla programmazione di interventi preventivi di primo livello sul minore figlio di madre tossicodipendente (difficoltà all'espletamento di un efficace livello di controllo sanitario e alla presa in carico della donna in termini di riduzione del danno anche per il figlio);
- totale assenza di modalità di valutazione istituzionale del follow-up rispetto ai figli minori e alla genitorialità.

Alla luce di quanto esposto, appare necessario attivare, in un prossimo futuro, una serie di interventi finalizzati

- alla integrazione tra i vari sistemi di rilevazione dei dati ed alla rilevazione delle caratteristiche dei soggetti di entrambi i sessi con figli;
- alla istituzione di un registro nazionale delle risorse formali e informali che si occupano di questi problemi;
- all'analisi del fabbisogno di servizi specifici; alla costruzione di una base conoscitiva mirata ai diversi aspetti della maternità e della genitorialità in condizione di tossicodipendenza;
- ad un'ampia diffusione delle informazioni circa gli effetti di tutte le sostanze d'abuso sulla gravidanza e sul feto (tale informazione è stata finora centrata sugli effetti degli oppiacei);
- all'avvio di una nuova strategia di offerta dei servizi volta a favorire l'accesso delle donne e lo studio delle problematiche legate alla specificità femminile; alla promozione e sperimentazione di un modello operativo di rete a facile accessibilità, volto alla tutela della salute del minore e della famiglia e in grado di attivarsi in maniera coordinata sin dall'inizio della gravidanza;
- all'avvio di un sistema di monitoraggio delle

situazioni problematiche o a rischio per la salute dei minori;

- alla costruzione di una pagina web, che contenga informazioni utili e link con siti internazionali che si occupano di questi specifici temi.

A08: Le comunità terapeutiche tra permanenza e cambiamento

L'evoluzione del fenomeno ed il cambiamento dell'offerta

Il fenomeno delle tossicodipendenze ha subito, negli ultimi anni, cambiamenti profondi e significativi. Bisogni legati ad un nuovo tipo d'utenza stanno portando anche le comunità terapeutiche verso un ripensamento profondo dei propri modelli operativi e delle modalità d'approccio.

I più recenti dati hanno evidenziato profonde trasformazioni: l'età sempre più elevata degli utenti dei servizi pubblici e privati; la diminuzione delle richieste d'inserimento nei programmi terapeutici "classici" (fino al -10% in alcune annualità); l'aumento delle richieste di presa in carico con farmaci sostitutivi; la maggior richiesta di interventi individualizzati e specifici.

La tossicodipendenza "classica", per la quale erano stati ipotizzati interventi prevalentemente pedagogico-relazionali, sta sempre più lasciando spazio ad utenti con bisogni estremamente specifici e diversificati quali:

- le persone tossicodipendenti con problematiche psichiatriche "franche" o disturbi di personalità non sempre diagnosticati dai servizi pubblici (tali problematiche sono talvolta precedenti o conseguenti all'uso di stupefacenti e richiedono una particolare innovazione di professionalità, tempi e percorsi di presa in carico, interventi terapeutici e di reinserimento);
- le coppie tossicodipendenti, i nuclei familiari o le donne da sole, spesso con bambini, in cui l'intervento richiede una complessiva presa in carico di tutto il "sistema", onde non creare separazioni o rotture difficilissime da recuperare e talvolta dannose al percorso terapeutico;
- i minori consumatori e tossicodipendenti segnalati dal Tribunale dei Minori, che necessitano d'interventi ed ambienti specifici, di professionalità a forte carattere pedagogico e di supporto psicologico;
- i tossicodipendenti stranieri, spesso senza permessi di soggiorno e con gravi problemi legali (basta verificare le denunce per reati

relativi al D.P.R.309/90 o le presenze straniere in carcere), per i quali l'unico intervento applicato rischia di essere quello della detenzione, cui segue l'espulsione una volta scarcerati. Questi soggetti presentano problemi connessi al tema della mediazione culturale e dei processi d'inclusione. Il dato proveniente dal lavoro dei servizi a bassa soglia (unità mobili, drop in, equipe di strada ecc.) segnala una fortissima presenza di tossicodipendenti e spacciatori di provenienza straniera, non in carico ai servizi per le tossicodipendenze anche perché spesso privi di permesso di soggiorno;

- i tossicodipendenti ormai cronicizzati, con alle spalle decenni di abuso e dipendenza (soprattutto di eroina), cui sono correlate gravi problematiche sociali e sanitarie. In moltissimi casi si tratta di soggetti a forte rischio di esclusione sociale, senza fissa dimora, con vari tentativi falliti di uscita dalla droga, con patologie gravi e trascurate, con rotture violente dei legami familiari, ecc., che richiedono un ridimensionamento degli obiettivi dei percorsi classici;
- i policonsumatori con un uso estremamente diversificato e combinato di sostanze stupefacenti. Un approccio "classico" non permette loro di trovare punti di riferimento adeguati al riconoscimento dei loro bisogni;
- gli utenti in carico ai servizi con farmaci sostitutivi, che non hanno trovato ulteriori sistemi di stabilizzazione relazionale e che, talvolta, sommano tali somministrazioni con altri consumi (cocaina, alcool, psicofarmaci ecc.) o che semplicemente necessitano di un accompagnamento relazionale e di un supporto psicosociale integrativo al farmaco, richiedendo quindi un lavoro parallelo (e non solo alternativo) alla somministrazione.

Quelle sopra enunciate non sono che alcune delle possibili tipologie di utenza che sempre meno richiedono alle strutture comunitarie accoglienza o aiuto.

Tale diversificazione ha portato molte delle strutture di accoglienza ad operare un ripensamento e ad immaginare lo sviluppo di progetti