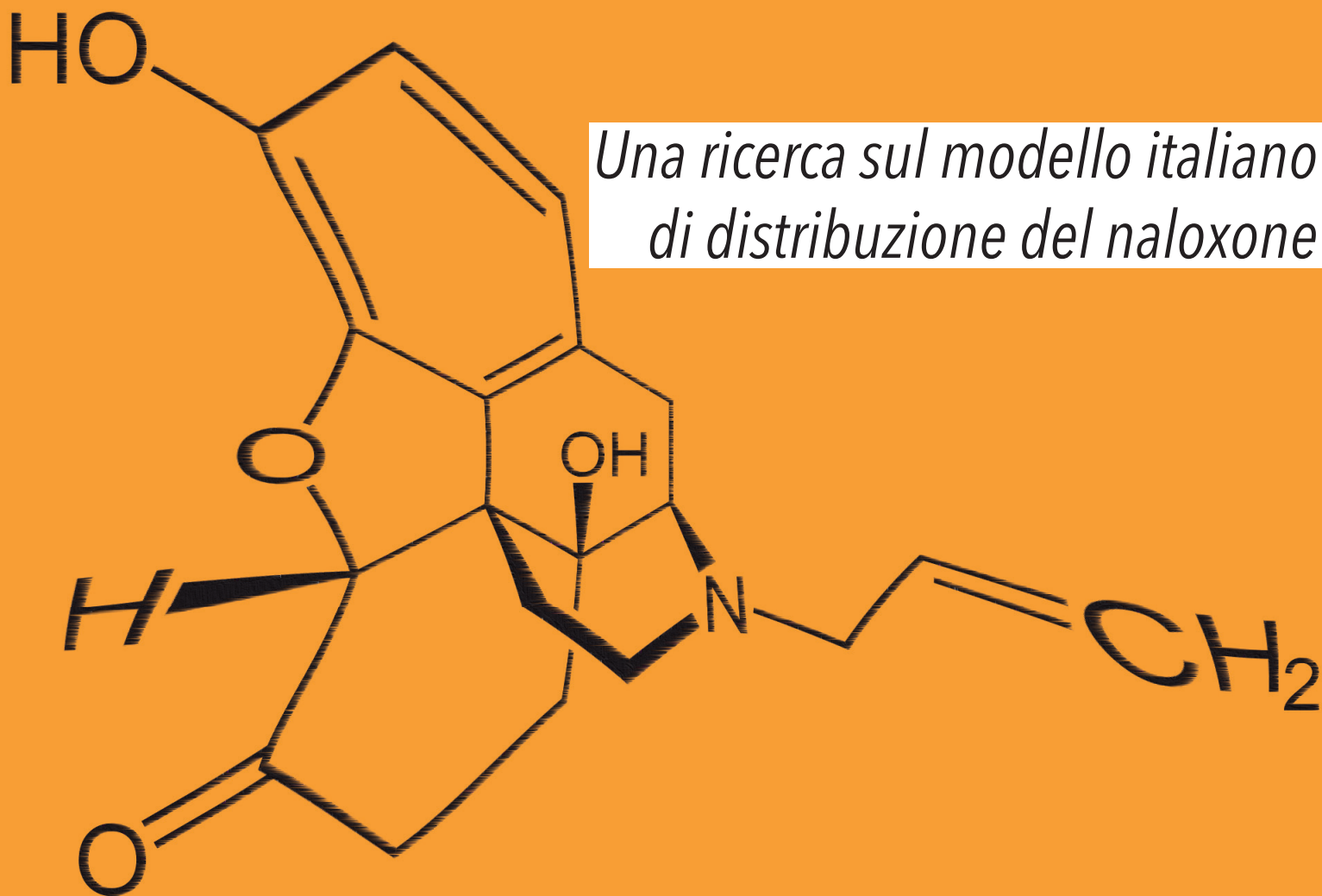


Prevenire le morti per overdose da oppiacei



2016

La ricerca è stata coordinata da **Forum Droghe** e condotta in partnership con **Eclectica**, per quanto attiene l'elaborazione del disegno di ricerca e l'attività di rilevazione e analisi; con **Dipartimento Dipendenze ASL exTorino 2**, **Dipartimento Dipendenze ASL Torino 3**, **Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1** per quanto concerne l'elaborazione del disegno di ricerca, la consulenza scientifica nella diverse fasi del percorso, l'attivazione a garanzia della rilevazione dei dati.

Al gruppo di ricerca hanno partecipato:
Franca Beccaria (Eclectica), **Antonella Camposeragna** (Forum Droghe), **Angelo Giglio** (Dipartimento Dipendenze ASL ex Torino 2), **Paolo Jarre** (Dipartimento Dipendenze ASL Torino 3) **Sara Rolando** (Eclectica), **Susanna Ronconi** (Forum Droghe), **Stefano Vecchio** (Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1), **Grazia Zuffa** (Forum Droghe). Ha contribuito **Paolo Nencini**.

Hanno attivamente contribuito al percorso di ricerca:
ITARDD - Rete italiana di Riduzione del Danno, **CNCA** - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza e le associazioni **Isola di Arran** e **IndifferenceBusters**.

La redazione del Rapporto di ricerca è a cura di **Susanna Ronconi**, con la collaborazione e la consulenza del gruppo di ricerca. Hanno partecipato alla stesura: **Franca Beccaria**, **Antonella Camposeragna**, **Sara Rolando**, **Paolo Nencini**, **Paolo Jarre**.

Con il parziale sostegno di **Foundation Open Society Institute** in collaborazione con il Programma **Public Health** di **Open Society Foundation**

Questo progetto è stato realizzato con il contributo incondizionato di **Indivior Italia Srl**, che non ne ha influenzato i contenuti in alcun modo

Premessa

Questa ricerca sull'esperienza italiana di distribuzione del naloxone ai consumatori e nella comunità sociale (Take Home Naloxone – THN) nasce dalla necessità di colmare un vuoto di conoscenza, di informazione e di comunicazione attorno ad una esperienza ormai più che ventennale di riduzione del danno (RdD) e di limitazione dei rischi correlati (LdR) all'uso di oppiacei.

La letteratura scientifica sul THN italiano è assai scarna, si limita a pochi studi locali e datati, tanto che le più recenti rassegne internazionali paradossalmente non includono o trattano per cenni una delle poche esperienze nazionali di THN significative in termini di durata, continuità e ampiezza degli interventi. Un esempio emblematico: gli studi citati indicano il 1996 come anno di avvio dei primi interventi di THN in Italia, mentre già nel 1991 gli interventi di strada avevano adottato questa modalità, anticipando quanto sarebbe avvenuto in seguito in altri paesi.

Non è certamente, questa lacuna, responsabilità dei ricercatori internazionali, che avevano ed hanno la difficoltà di reperire fonti e dati sull'esperienza italiana.

Questa carenza ha diverse ragioni, la prima delle quali è di natura politica: come meglio detto nel primo capitolo di questo rapporto, le politiche di RdD in Italia “si fanno ma non si dicono”, come recita un popolare detto italiano. Alle pratiche, agli interventi e ai servizi, diffusi in maniera per altro diseguale nelle regioni del paese, non fa riscontro una chiara politica nazionale di indirizzo che riconosca la RdD effettivamente come uno dei pilastri operativi e un approccio trasversale della strategia nazionale sulle droghe. La ricerca sulla RdD e dunque anche sul THN sconta questa mancanza di un chiaro indirizzo politico in termini di disattenzione e mancato investimento. Ci sono poi ragioni di risorse insufficienti, di limitati investimenti e di tagli che mettono i servizi in difficoltà e portano gli operatori – che sono anche i primi osservatori ed esperti del proprio intervento - a dover trascurare obiettivi di monitoraggio e valutazione a favore dell'impegno sul campo. E, ancora, una certa debolezza del pur vivace movimento di advocacy per la RdD, che in Italia vede buone alleanze tra operatori, associazioni, consumatori, ma ancora oggi scarsamente incisivo nell'orientare le decisioni della politica. Tuttavia, alcuni vuoti nel campo della ricerca sulla RdD sono stati colmati, negli ultimi anni, proprio da queste reti, per altro con risorse nulle o scarse.

Questa carenza di studi su evidenze e risultati del THN ha anche diverse conseguenze negative, la prima delle quali è la maggiore difficoltà a ottenere sostegno politico alle pratiche di RdD, in una sorta di circolo vizioso; e non secondariamente, si traduce in un deficit di conoscenza ed analisi degli interventi, necessarie agli stessi operatori per adeguare obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, al fine di accrescerne i risultati e l'adeguatezza.

L'idea di questa ricerca è nata già qualche anno fa, proprio dalla necessità di valutare, innovare e sviluppare gli interventi di THN in Italia, trovarne punti di forza e di debolezza al fine di accettare la sfida dei nuovi scenari del consumo e della relativa riorganizzazione degli interventi; ma ha avuto negli ultimi due anni un particolare, decisivo impulso quando alcuni di noi, che hanno promosso e condotto questo studio, hanno iniziato a ricevere domande sul modello italiano di THN da diverse parti del mondo: erano ricercatori, operatori o consumatori che si stavano attivando per una campagna globale di advocacy per estendere il THN ai tanti paesi dove non è permesso, o comunque dove non è accessibile. Un obiettivo che fortemente condividiamo, una campagna alla quale aderiamo, e a cui pensiamo di poter dare un contributo basato sull'esperienza. Su questa spinta ci siamo dunque attivati, trovando in due sponsor privati e nelle nostre (limitate) risorse il sostegno necessario.

Questo è dunque un lavoro che guarda in due diverse direzioni: una nazionale, per contribuire allo sviluppo, all'aggiornamento e al definitivo accreditamento del THN in Italia, e una internazionale, per dare alla campagna globale sul THN elementi di informazione e conoscenza. È una ricerca quanti-qualitativa che coinvolge i due gruppi di protagonisti, gli operatori e le persone che usano sostanze; siamo consapevoli dell'importanza di sviluppare una raccolta sistematica di dati e contiamo di continuare a lavorarci, con nuove alleanze e sollecitando una nuova attenzione degli enti che se ne dovrebbero, per mission, occupare. Tuttavia sappiamo anche quanto la ricerca qualitativa possa contribuire alla conoscenza, quando di mezzo vi siano i comportamenti umani, le organizzazioni, l'empowerment, la salute.

Questa ricerca è un nuovo capitolo di quello sforzo "dal basso" teso a colmare un vuoto nella conoscenza che pure ha bisogno di ben più attori (soprattutto istituzionali) e di ben altre risorse. Consapevole dell'importanza di coinvolgere più attori, Forum Droghe (associazione di advocacy, formazione e ricerca sulla RdD e per la riforma delle politiche sulle droghe) ha promosso un'alleanza con un ente di ricerca (Eclectica), tre Dipartimenti pubblici per le Dipendenze (ASL ex 2 e ASL 3 di Torino, ASL 1 di Napoli) tra quelli maggiormente attivi sulla RdD; e ha coinvolto nel lavoro una ampia rete di operatori, associazioni, servizi pubblici e privati e persone che usano sostanze (tra loro ITARDD- Rete Italiana per la RDD; CNCA – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, e, per i consumatori, Isola di Arran e IndifferenceBusters).

Una alleanza che è emblematica del volto positivo della RdD italiana e delle sue potenzialità.

Susanna Ronconi – Forum Droghe

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va a tutti i dirigenti e gli operatori, professionali e peer, dei servizi pubblici e del Terzo settore e alle loro reti, che hanno collaborato non solo rispondendo ai questionari e partecipando ai focus group ma anche rendendo accessibili i dati relativi ai loro interventi; e ai singoli consumatori e alle loro associazioni che hanno dato il prezioso contributo delle proprie esperienze, riflessioni e valutazioni. Senza la loro adesione e disponibilità questo studio non sarebbe stato possibile.

Abbreviazioni e acronimi

ART	Trattamenti antiretrovirali
ASL	Azienda Sanitaria Locale
DCR	Stanze del consumo sicuro (Drug Consumption Rooms)
DPA	Dipartimento Politiche Antidroga
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction
IM	intramuscolo
IV	intravenoso
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LdR	Limitazione Dei Rischi
NPS	Nuove Sostanze Psicoattive (New Psychoactive Substances)
OD	Overdose
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OST	Trattamenti sostitutivi (Opioid Substitution Treatment)
PDU	Consumo a rischio / problematico (Problematic Drug Use)
PWUD	Persone che usano sostanze (People Who Use Drug)
SerD	Servizio per le Dipendenze
THN	Distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone)
RdD	Riduzione del Danno
SBS	Servizi a Bassa Soglia
UdS	Unità di Strada

Il rapporto di ricerca

La struttura

Il report illustra i risultati della ricerca condotta nel corso del 2016 tra operatori e consumatori sul sistema italiano di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone, THN), al fine di valutarne punti di forza e di debolezza e di individuare prospettive di innovazione e di maggior adeguatezza ed efficacia dei modelli operativi.

Dopo aver illustrato, al capitolo 1, rationale e obiettivi dello studio e metodologia e strumenti di indagine adottati, il capitolo 2 consente, nella prima parte, di contestualizzare il modello italiano di THN in relazione a dati di sfondo sul consumo di oppiacei e OD correlate e loro trend, e al sistema dei servizi e degli interventi per le dipendenze e ai loro interventi per la prevenzione delle overdose (OD) da oppiacei e delle morti per OD; la seconda parte del capitolo 2 analizza più in profondità il sistema di THN italiano, ne individua alcuni fattori significativi - quali il quadro normativo, le caratteristiche farmacologiche del naloxone e la spesa sostenuta dalla sanità pubblica - e illustra i dati di attività e di processo, e loro trend, dei servizi di Riduzione del Danno (RdD) che distribuiscono naloxone.

Il capitolo 3 espone, in due sezioni con la medesima struttura, i risultati della ricerca sul campo: sia per gli operatori che per i consumatori sono rispettivamente descritti i risultati relativi ai questionari on line e ai focus group di approfondimento, e un paragrafo di discussione dei risultati di entrambi e di conclusione.

Il capitolo 4 illustra le conclusioni complessive ed elabora delle raccomandazioni, articolate in tre ambiti (operatività, politica e ricerca) e differenziate in raccomandazioni generali e generalizzabili, e in raccomandazioni specifiche per il contesto italiano.

In Appendice si trovano bibliografia dei testi citati, i questionari on line utilizzati per operatori e consumatori e brevi curriculum vitae dei componenti il gruppo di ricerca.

Abstract

In Italia, il trend delle morti per Overdose (OD) è in calo costante dal 1997, quello delle OD da oppiacei segue questo andamento, con 470 morti nel 1999, 280 nel 2005 e 101 nel 2015. Anche il trend del consumo di oppiacei, eroina soprattutto, è in calo, con una prevalenza dell'8.1 per mille nel 2004 e del 5.2 per mille nel 2014. Tuttavia, cento morti all'anno continuano ad essere una emergenza, ci sono città e regioni più esposte, e si nota un leggero incremento nel consumo di eroina nell'ultimo biennio, anche tra i giovani tra i 15 e i 19 anni. La prevenzione delle morti per OD da oppiacei continua dunque ad essere un punto di estrema attenzione per i servizi per le dipendenze, così come una maggiore attenzione verso i nuovi consumatori e i loro pattern di consumo.

Dal 1991 in Italia è stata implementata la distribuzione di naloxone ai consumatori e alle loro reti amicali e familiari (Take Home Naloxone, THN) e ad oggi questa strategia - che nel modello italiano si basa principalmente sulla rete dei servizi di Riduzione del Danno (RdD) - si affianca, per quanto concerne la prevenzione delle OD, ai trattamenti con farmaci sostitutivi (OST) con finalità di riduzione del rischio. Sono questi i due "pilastri" per la prevenzione delle OD e delle morti per OD da oppiacei che caratterizzano le politiche italiane. In questo quadro, il THN si inserisce nelle politiche pubbliche e negli interventi dei servizi pubblici e privati convenzionati, mentre il ruolo della vendita privata e delle farmacie resta residuale. I fattori facilitanti questo sviluppo di "salute pubblica" del THN in Italia sono innanzitutto il quadro normativo, che stabilisce che il naloxone sia un farmaco da banco, accessibile ed utilizzabile da tutti i cittadini, i suoi costi

modesti (soprattutto per la sanità pubblica) e le sue caratteristiche farmacologiche che ne fanno un farmaco “sicuro”.

I punti di forza del modello italiano di THN – oggi distribuito da 57 servizi di RdD - sono la valorizzazione delle competenze e delle reti dei consumatori che, individuati come coloro che nella maggioranza dei casi assistono a un OD, rappresentano una risorsa strategica per gli interventi di soccorso; la consulenza professionale degli operatori della RdD, che accompagnano la consegna del naloxone a interventi di informazione, formazione e consulenza mirata a un suo corretto utilizzo; l’assumere l’ottica di promozione della salute, riconoscendo competenze di intervento anche a operatori non sanitari, con la possibilità di ampliare ed attivare una vasta rete di professionalità diverse. Le esperienze italiane segnalano come le pratiche di THN concorrano ad accrescere consapevolezza dei rischi, competenze di intervento e self efficacy tra i consumatori, in un processo virtuoso di apprendimento sociale, e come i consumatori, negli anni, abbiano appreso a tenere con sé e ad utilizzare il naloxone in caso di emergenza.

Il modello italiano sconta, di contro, alcuni punti deboli: soprattutto la limitata copertura a livello nazionale degli interventi di RdD che del THN sono l’asse portante, con regioni che restano del tutto scoperte; un sottoutilizzo dell’intero sistema del trattamento come potenziale rete per il THN; la mancanza di servizi di RdD che potrebbero efficacemente integrare e potenziare il THN, come le stanze del consumo (DCR) o il drug checking, senza contare la mancanza di interventi di RdD nelle carceri.

Il modello italiano – descritto, analizzato e valutato in questo studio da operatori e consumatori -evidenzia il successo del THN, soprattutto quando sia centrato sulle reti dei consumatori, e la sostanziale mancanza di rischi o effetti perversi, e testimonia la sua praticabilità e sostenibilità. Al contempo lo studio individua sfide e innovazioni necessarie verso una maggior adeguatezza ed efficacia degli interventi -sfide che hanno una valenza non solo per il modello italiano ma si propongono come “lezioni apprese” utili in contesti diversi – che rilanciano obiettivi specifici ai diversi ambiti coinvolti: quello delle pratiche, con una migliore diffusione del punti rete del THN, un adeguamento degli interventi nei setting naturali di consumo e l’ideazione di modalità innovative di comunicazione e distribuzione, con una attenzione a raggiungere i nuovi target (giovani policonsumatori, soprattutto, che hanno una percezione del rischio OD molto bassa e poche competenze), anche accelerando l’introduzione di naloxone intranasale; il moltiplicare occasioni di formazione dei consumatori e il sostegno e l’incentivazione al peer support; l’attivazione e la sinergia con nuovi attori sociali e professionali sui territori e con altri servizi sanitari e del trattamento delle dipendenze, verso un continuum degli interventi. L’ambito delle politiche: con un impegno a sostenere senza ambiguità la RdD come pilastro delle strategie nazionali sulle droghe, a fornire chiare linee guida e copertura economica; e quello della ricerca, con un miglioramento del sistema di monitoraggio delle OD, un approfondimento della conoscenza dei pattern d’uso, delle strategie dei consumatori, dell’influenza dei contesti; il monitoraggio e la valutazione degli interventi, al fine di promuoverne efficacia, efficienza e adeguatezza.

Un articolato e ragionato elenco di raccomandazioni finali si propone come base per un confronto nazionale e internazionale.

Indice

Premessa e ringraziamenti	1
Abbreviazioni e acronimi	3
Il report	5
- La struttura	
- Abstract	
1. La ricerca	
1.1 Razionale e obiettivi	7
1.2 La metodologia	8
2. Il THN nel sistema italiano	
2.1 Scenario. Consumo di oppiacei e overdose in Italia	12
2.2 Contesto. Interventi per la prevenzione delle morti da overdose da oppiacei	16
2.2.1 Il ruolo dei SerD	17
2.2.2 Il ruolo dei Servizi di Riduzione del Danno	19
2.3 Il THN nel modello italiano	23
2.3.1 La cornice normativa	23
2.3.2 Caratteristiche farmacologiche del naloxone	25
2.3.3 I costi del THN	28
2.3.4 La distribuzione del naloxone ai consumatori. Dati e trend	29
2.3.5 Il ruolo delle farmacie nell'accessibilità del naloxone	36
3. I risultati della ricerca.	
3.1 La prospettiva degli operatori	37
3.1.1 Risultati dai questionari	37
3.1.2 Risultati dai focus group	58
3.1.3 Discussione e conclusioni	68
3.2 La prospettiva delle persone che usano sostanze	72
3.2.1 Risultati dai questionari	72
3.2.2 Risultati dai focus group	90
3.2.3 Discussione e conclusione	107
4. Conclusioni e Raccomandazioni.	
4.1 Raccomandazioni per il modello operativo e per le pratiche	112
4.2 Raccomandazioni per la politica	116
4.3 Raccomandazioni per la ricerca	118
Appendice	
Bibliografia	
Gli strumenti di ricerca	
Il gruppo di ricerca	

1. La ricerca.

1.1 Razionale e obiettivi.

La diminuzione dei casi di morte da overdose (OD) da oppiacei è, fin dagli anni '80, una priorità delle politiche europee ed internazionali sulle droghe, ed è stato, insieme al contenimento dei casi di siero conversione da HIV, l'obiettivo che più significativamente ha portato a ridisegnare le strategie nazionali e comunitarie, adottando l'approccio della riduzione del danno droga correlato (RdD). In questo ambito, dalla metà degli anni '80, sono stati adottati diversi modelli di intervento, e la diffusione di servizi definiti a bassa soglia di accesso e all'operatività di outreach ha consentito il contatto con una popolazione di consumatori spesso lontana dal sistema dei servizi formali di cura. Nel tempo gli interventi di RdD hanno mostrato la loro efficacia – come testimoniano numerosi studi e le analisi condotte dallo stesso EMCDDA, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction – e la loro maggiore diffusione in tutti i contesti nazionali, nonché l'obiettivo di un loro miglioramento nel solco di una maggiore efficacia, permangono obiettivi delle politiche comunitarie e nazionali.

Una crescente attenzione viene oggi data alla modalità di intervento adottata in un numero ancora estremamente ristretto di realtà nazionali che prevede la accessibilità diretta, da parte dei consumatori e delle loro reti più prossime, al naloxone, il farmaco salva vita in caso di overdose da oppiacei (Take Home Naloxone – THN), e sulla possibilità di fare delle competenze dei consumatori stessi e delle loro reti sociali un punto di forza, strategico, della prevenzione.

Negli ultimi due anni, in particolare, si sono intensificati dibattito e iniziativa attorno alla strategia di intervento che punta sulla accessibilità del farmaco utilizzabile nell'ambito dei servizi e degli interventi di riduzione del danno, sia dagli operatori stessi anche non sanitari, sia e soprattutto attraverso la distribuzione ai consumatori stessi. Sono oggi in corso campagne e iniziative in tutta l'Unione e anche a livello globale da parte di reti e ong di consumatori, operatori e società civile¹ perché a livello globale il naloxone sia facilmente accessibile; la stessa EMCDDA ha condotto uno studio propedeutico in questo senso² e l'OMS ha emanato linee guida nel merito³. Inoltre, la disponibilità di naloxone per via intranasale accresce le possibilità di una maggiore diffusione e accesso. Un'azione di advocacy si rivela necessaria e urgente, perché sono rari i paesi in cui a tutt'oggi il naloxone è un farmaco da banco e dunque sono pochi i contesti in cui sia possibile attuare un capillare e diffuso intervento di prevenzione affidato ai consumatori, alle loro competenze, relazioni e responsabilità.

L'Italia gioca in questo quadro un ruolo potenzialmente leader: fin dalla fine degli anni '80, il naloxone è un farmaco da banco, e fin dai primi anni '90, con l'avvio degli interventi di RdD e soprattutto con il lavoro di outreach mirato ai consumatori di eroina, l'accessibilità al naloxone da parte dei consumatori e l'informazione, la formazione e la promozione del suo utilizzo sono stati strumento cardine degli interventi di prevenzione. Sono oggi 57 i servizi di RdD su tutto il territorio nazionale, alcuni con continuità nell'arco di oltre vent'anni, che attuano questa strategia di intervento, raggiungendo migliaia di consumatori, distribuendo decine di migliaia di dosi di naloxone, organizzando corsi e momenti informativi sul suo utilizzo, sostenendo reti e pratiche solidali tra consumatori ai fini di una reciproca assistenza, sensibilizzando reti amicali e attuando essi stessi, sul campo, interventi di soccorso.

Monitoraggi e valutazione condotti a livello locale, da singole unità operative e servizi, hanno portato a proseguire, aggiornare e potenziare questo tipo di intervento.

Tuttavia manca a tutt'oggi, a livello nazionale, uno studio sistematico attorno a questo modello di intervento, che analizzi in maniera approfondita processi, metodologie, sostenibilità, esiti. Quanto si sta muovendo a livello internazionale porta in Italia, grazie alle reti e alle occasioni di scambio cui gli operatori e i consumatori italiani partecipano, una crescente domanda di conoscenza del "modello italiano" e dei suoi risultati, fonte

¹<http://www.eurohrn.eu/index.php/overdose-campaign>;

http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/models_of_community_report.pdf;

http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/study_report_euroHRN_II.pdf;

<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/stopping-overdose>; <http://www.naloxoneinfo.org/>

²<http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness>

³³ WHO (2014) Community management of opioid overdose, in www.who.int

potenzialmente preziosa di apprendimento per chi intenda oggi implementare accesso e distribuzione di naloxone, e – non ultimo – sostegno alla campagna globale di advocacy per l'accessibilità al farmaco.

La ricerca ha la finalità generale di produrre conoscenza attorno al “modello italiano” di distribuzione del naloxone, in termini di approccio, modello operativo, modalità e strumenti di intervento, e analisi dei punti di forza e di debolezza. In particolare gli obiettivi sono:

- Fornire informazione ed analisi dei fattori di contesto e di sistema che hanno facilitato l'adozione del modello THN in Italia
- Fornire dati di processo sull'attività degli interventi di RdD a livello nazionale inerenti l'accesso al naloxone (2000-2015)
- Compiere uno studio di assessment del modello operativo THN adottando una duplice prospettiva, quella degli operatori e quella delle persone che usano sostanze, anche mettendo a confronto i due diversi sguardi
- Analizzare modelli di intervento, metodologie e strumenti di lavoro al fine di evidenziarne fattori di successo e fattori di debolezza
- Individuare, in base ai risultati della ricerca, le migliori pratiche anche in prospettiva di innovazione del modello italiano
- Individuare, in base ai risultati della ricerca, alcune raccomandazioni utili alla riproducibilità del modello THN in altri contesti e allo sviluppo dello stesso modello italiano

1.2 La metodologia.

La ricerca adotta un metodo quanti-qualitativo (mixed-methods), e opera attraverso due strumenti: il questionario on line e il focus group. A questi si aggiunge la raccolta di dati di processo e di attività rilevati presso alcuni servizi di RdD.

1.2.1 Questionari on line.

Ricerca rivolta agli operatori dei servizi

Il questionario (Allegato 1) destinato agli operatori dei servizi pubblici e privati per le dipendenze è stato costruito utilizzando il software per sondaggi online SurveyMonkey e inoltrato ai potenziali rispondenti attraverso una mailing list (che include i Dipartimenti dipendenze delle 30 maggiori città italiane) costruita ad hoc dal gruppo di lavoro con l'intento principale di raggiungere i servizi che distribuiscono il naloxone – e attraverso il sito web www.itardd.com della Rete Italiana Riduzione del Danno, che riunisce operatori, associazioni, enti e consumatori. La richiesta di compilazione era accompagnata da una lettera sintetica che riassumeva lo scopo della ricerca e indicava il tempo medio di compilazione (10-15 minuti). Veniva richiesta la compilazione da parte di un responsabile operativo del servizio e/o da operatori (professionali e pari) che avessero una conoscenza diretta delle pratiche di distribuzione di naloxone e una prospettiva “storica”. Nel caso di enti comprendenti più unità operative (ad esempio SerD, drop-in, unità mobile...) erano invitati a compilare il questionario più operatori, fino a un massimo di tre questionari per servizio.

Il questionario è stato lanciato – via mail e via web – il 20 aprile 2016. Sono stati fatti due re-call, il primo il 19 maggio e il secondo il 16 giugno, con proroga di scadenza, in quanto molte delle risposte ottenute erano incomplete. Al termine della raccolta, il data-set così ottenuto (144 risposte) è stato pulito eliminando i questionari incompleti e tenendo solo quelli compilati per almeno il 50% delle domande. Va segnalato che un numero molto elevato di rispondenti ha abbandonato la compilazione quasi subito, per poi magari ricollegarsi in un secondo momento, come suggerisce la presenza di indirizzi IP doppi. Altri, meno numerosi, hanno risposto alle domande di ricerca ma non hanno compilato i dati relativi al rispondente e al servizio. Infine solo un numero esiguo di rispondenti ha interrotto la compilazione a circa metà questionario.

Seguendo questa procedura è stato ottenuto un campione finale composto da 63 questionari, di cui 44 servizi che distribuiscono o hanno distribuito in passato il naloxone ai consumatori: un risultato soddisfacente se si considera che dall'ultima pubblicata Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di dipendenze in Italia 2016 (dati aggiornati al 31/12/15), i servizi di riduzione del danno che dichiarano di distribuire il naloxone sono 57) I dati sono stati trattati con il software S.P.S.S. versione 20.

Ricerca rivolta alle persone che usano sostanze

Il questionario rivolto ai consumatori (allegato 2) include le aree: Descrizione della popolazione di consumatori per caratteristiche demografiche (età, genere, area geografica di domicilio), uso attuale di oppiacei (modalità, frequenza, anni di uso), esperienze pregresse di overdose da oppiacei personali e di altri (cui hanno assistito), conoscenza del naloxone e del suo impiego. A questo proposito è stata utilizzata una versione ridotta de "Opioid Overdose Knowledge Scale"⁴.

Il questionario è stato autosomministrato e la compilazione è avvenuta con due modalità: cartacea e on line. Per quest'ultima è stata impiegata la piattaforma SurveyMonkey© che dà alte garanzie di protezione dei dati sensibili e della privacy, mediante il protocollo di rete SSL e l'impiego della protezione dei dati con Norton e TRUSTe.

Il questionario era anonimo. Pur restituendo i dati in forma aggregata è stato comunque richiesto il consenso a rispondere ai sensi del DL 30 giugno 2003, n. 196.

I requisiti di eleggibilità del campione erano i seguenti: essere maggiorenni e aver consumato oppioidi al di fuori di una prescrizione medica, sia per via endovenosa che per altra modalità di somministrazione, almeno 10 volte nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi precedenti la data di compilazione). Per oppiacei si intendono: eroina, morfina, oppio, metadone assunti al di fuori di un trattamento.

Il reclutamento del campione è avvenuto sia tramite web (siti di reti e associazioni disponibili) che presso Drop in, centri diurni, unità di strada, servizi per le dipendenze che hanno fornito il supporto logistico e organizzativo (accesso a un pc connesso ad internet oppure distribuendo i questionari cartacei) necessario per la compilazione. I suddetti servizi hanno anche diffuso l'informazione sulla ricerca per dare modo di parteciparvi in autonomia, fornendo il link per rispondere al questionario. Tale link è stato anche sponsorizzato sui siti www.fuoriluogo.it (Forum Droghe) e www.sostanzeinfo.it (sito di informazione, consulenza e drug use self management gestito dal Comune di Firenze)

Inoltre è stata richiesta la collaborazione di Rete italiana per la riduzione del danno (ITARDD), Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), e di Forum Droghe, per la diffusione dell'indagine.

Il periodo di somministrazione è stato di 7 settimane dal 13 maggio al 27 giugno 2016.

Le statistiche utilizzate sono state per le variabili discrete il test Z e il test della mediana, utilizzando come indice di significatività $p < .05$, mentre è stata impiegata la T di Student per quelle continue.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SPSS vers. 19 IBM©.]

1.2.2 I focus group

Sono stati condotti quattro focus group, due con operatorie due con consumatori.

I focus si sono svolti secondo una traccia semi strutturata volta ad approfondire alcune tematiche più significative emerse dai questionari, secondo le opportunità offerte dalla ricerca qualitativa.

Per quanto riguarda gli **operatori**, i gruppi si sono tenuti uno a Napoli e uno a Torino, ed hanno coinvolto operatori di servizi pubblici e privati per le dipendenze più attivi nelle pratiche di distribuzione del naloxone in diverse regioni. In tutto hanno partecipato 18 operatori, provenienti dal privato sociale (9) – cooperative, associazioni e fondazioni che gestiscono servizi a bassa soglia – e da servizi pubblici, comuni (1) e soprattutto Ser.D - Servizi per le Dipendenze (7), che includono anche servizi Drop-in e Unità di strada. Le città rappresentate sono: Brescia, Collegno (TO), Firenze, Latina, Milano, Napoli, Perugia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Settimo Torinese (TO), Torino, Venezia.

Il reclutamento degli operatori è avvenuto per contatto diretto dei ricercatori, secondo un criterio di inclusione di rappresentanti di aree geografiche diverse, città di diverse dimensioni, settore pubblico e settore privato, diverse professionalità.

I focus group sono stati facilitati da un ricercatore sulla base di una traccia predisposta.

⁴ In EMCDDA (2015) Preventing opioid overdose death with Take Home Naloxone, in <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

La traccia per la conduzione del focus group include le aree:

- Punti di forza e punti di debolezza del modello italiano di THN
- Risultati ottenuti
- Analisi dell'andamento degli interventi nel tempo, trend e scenari futuri
- Il THN e le politiche sulle dipendenze, aspetti critici e prospettive
- Obiettivi e proposte concrete per lo sviluppo del THN in Italia

In riferimento ai due focus con i **consumatori**, la provenienza dei partecipanti è Torino (e hinterland) e Napoli, 8 a Torino, 5 a Napoli per un totale di 13 persone, di cui 2 donne. Le età oscillano in un range tra 27 e 56 anni, con una età mediana di 45 anni; dei 13 partecipanti, 5 hanno avuto almeno una OD da oppiacei nella vita (3 a Torino, 2 a Napoli), 8 hanno soccorso qualcuno (5 a Torino e 3 a Napoli) e solo 2 partecipanti (che non consumano per via iniettiva) non hanno avuto né esperienza personale di OD né hanno avuto occasione di assistere a una OD o soccorrere qualcuno.

Dato l'obiettivo di approfondimento del modello italiano di THN nella prospettiva dei consumatori, sono state scelte due realtà, Torino e Napoli, dove fosse possibile reclutare consumatori con esperienza diretta di accesso a questa prestazione. Le due città infatti sono tra quelle in cui i servizi e gli interventi di RdD sono maggiormente continuativi (attivi da 20 anni ed oltre) e presentano una minor riduzione delle risorse dedicate rispetto alla media nazionale. Inoltre, i referenti dei locali Dipartimenti delle dipendenze e gli operatori dei servizi hanno garantito una maggiore efficacia nella somministrazione del questionario ai consumatori, per cui i rispondenti di queste città sono stati numericamente maggiori rispetto al resto di Italia.

Il reclutamento dei consumatori è avvenuto sia per contatto diretto dei ricercatori, con membri di associazioni di consumatori, sia attraverso l'attivazione di operatori dei servizi a bassa soglia delle due città. A Torino, il focus group si è tenuto presso la sede dell'associazione di peer Isola di Arran, a Napoli presso la sede del SerD. Ai partecipanti sono stati offerti dei gadget per la loro partecipazione.

I focus group sono stati facilitati da un ricercatore sulla base di una traccia predisposta.

La traccia per la conduzione del focus group include le aree:

- Percezione dei fattori di rischio OD
- Competenze sull'OD ed esperienze di utilizzo del THN e opinioni relative
- Competenze tra i giovani consumatori e rapporti generazionali tra consumatori
- Sistema di distribuzione del THN: opinioni sull'efficacia dei servizi RdD e prospettive e sviluppi
- Ostacoli a una migliore diffusione del THN
- Advocacy, lezioni apprese e messaggio al movimento internazionale per l'accesso al THN

Analisi.

I focus group sono stati registrati e trascritti e i testi sono stati analizzati secondo il metodo proposto dalla Grounded Theory⁵: una lettura secondo un approccio induttivo che da narrazioni, eventi, opinioni porta a costruire concetti e categorie interpretative.

I testi sono stati scomposti in unità di significato, brani ai quali sono stati attribuiti dei codici; attraverso un processo di selezione dei codici e di successiva integrazione secondo un criterio di affinità di significato, si è proceduto alla costruzione di concetti più generali. Selezionando i concetti si è poi arrivati a creare delle categorie interpretative. Le categorie interpretative costruite con questa modalità – basate, appunto sui dati – hanno consentito la formulazione di un'interpretazione dei risultati.

⁵ Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Alcan; 1967; Glaser B. Theoretical Sensitivity. San Francisco: Sociology Press; 1978.

1.2.2 Dati di attività

La ricerca ha incluso la raccolta di dati di processo inerenti le attività di alcuni tra i servizi di RdD che erogano naloxone con maggior continuità e durata nel tempo, dati che integrano quelli già raccolti con questionari online agli operatori. Questo monitoraggio è stato proposto a 20 servizi, tra i quali 10 hanno fornito risposte sufficientemente complete. La rilevazione copre un arco di tempo dal 2000 al 2015 (i dati relativi agli anni '90 non erano disponibili in formato elettronico), tra i 10 servizi rispondenti 5 hanno fornito dati per tutto il periodo 2000-2015, mentre 1 servizio ha inviato dati a decorrere dal 2001, 1 dal 2006, 1 dal 2007, 1 dal 2009 e 1 dal 2011.

La rilevazione include: numero di fiale di naloxone distribuite per anno (10 servizi rispondenti), numero di contatti (tutte le prestazioni) per anno (10 servizi), numero di utenti (persone fisiche) (6 servizi), numero di colloqui sul THN (6 servizi), numero di materiali informativi THN distribuiti (4 servizi), numero di interventi di soccorso effettuati dagli operatori del servizio (5 servizi), numero di corsi di formazione in gruppo sul THN (3 servizi) e numero di interventi di soccorso effettuati/riportati dagli utenti afferenti al servizio (2 servizi).

2. Il THN nel sistema italiano.⁶

2.1 Il contesto. Il consumo di oppiacei in Italia e i casi di overdose.

2.1.1 Il trend dei consumi di eroina e altri oppiacei

Al fine di avere un quadro sul consumo di oppiacei in Italia, le fonti disponibili sono i dati sui sequestri, che danno indicazioni limitatamente a quanta sostanza sia disponibile sul mercato, e le stime di prevalenza dei consumatori problematici (PDU), indicatore tra “i cinque indicatori chiave utilizzati dall’EMCDDA per fornire stime comparabili e scientificamente fondate, della prevalenza dei pattern di consumo più problematici, che non possono realisticamente essere misurati dalla ricerca⁷. Sono considerati PUD i consumatori abituali per via endovenosa di oppiacei e cocaina, che nel contesto italiano coincidono prevalentemente con i consumatori per via endovenosa di oppiacei.

Le stime di prevalenza utilizzano il metodo treatment multiplier, basato quindi sui dati delle persone in trattamento alle quali si aggiungono dati provenienti da altre fonti ufficiali. La prevalenza viene calcolata sulla popolazione generale di età compresa tra i 15 e 64 anni.

Le stime indicano un recente decremento dei consumatori di oppiacei in Italia, passando da una prevalenza del 7.7‰ (range 7.4-8.0) stimata nel 1996 (corrispondente a circa 299.000 a persone) ad una del 8.1 (range 7.8-8.3) nel 2004 (circa 312.000), ad una del 5.2 (range 4.5-5.7) nell’ultima stima disponibile (circa 203mila persone) relativa all’anno 2014.

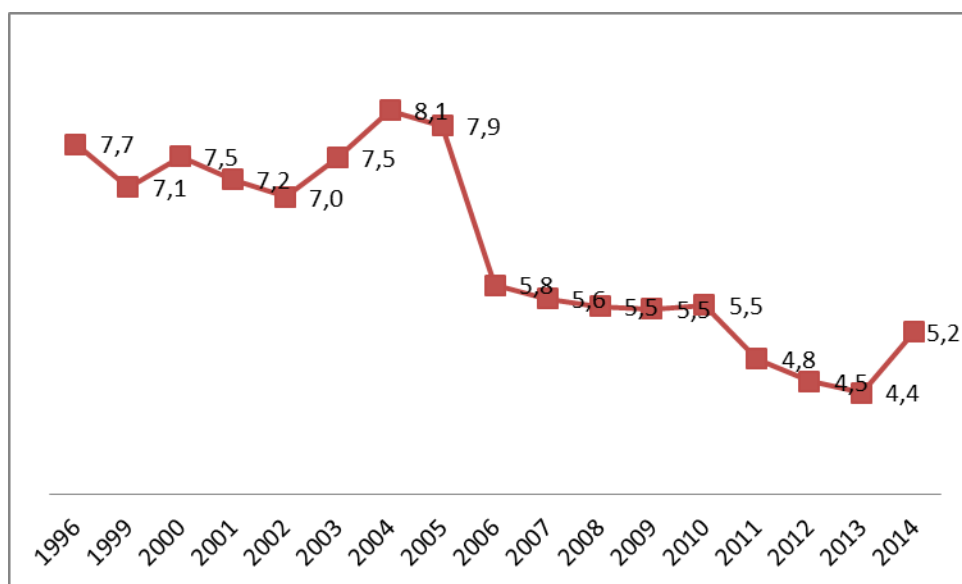


Fig. 2.1 Tassi di prevalenza PDU per 1000 abitanti (15-64 anni), Italia. Elaborazione dai dati pubblicati da EMCDDA Statistical Bulletin (years 2004-2015)

L’Italia, in confronto agli altri paesi europei, è tra le 5 nazioni con maggior prevalenza di PUD, come riportato dall’ultimo European Drug Report⁸ pubblicato da EMCDDA.

⁶ A cura di Susanna Ronconi e Antonella Camposeragna, con i contributi di Paolo Jarre e Paolo Nencini

⁷ EMCDDA(2004), Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>

⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ITN.pdf>

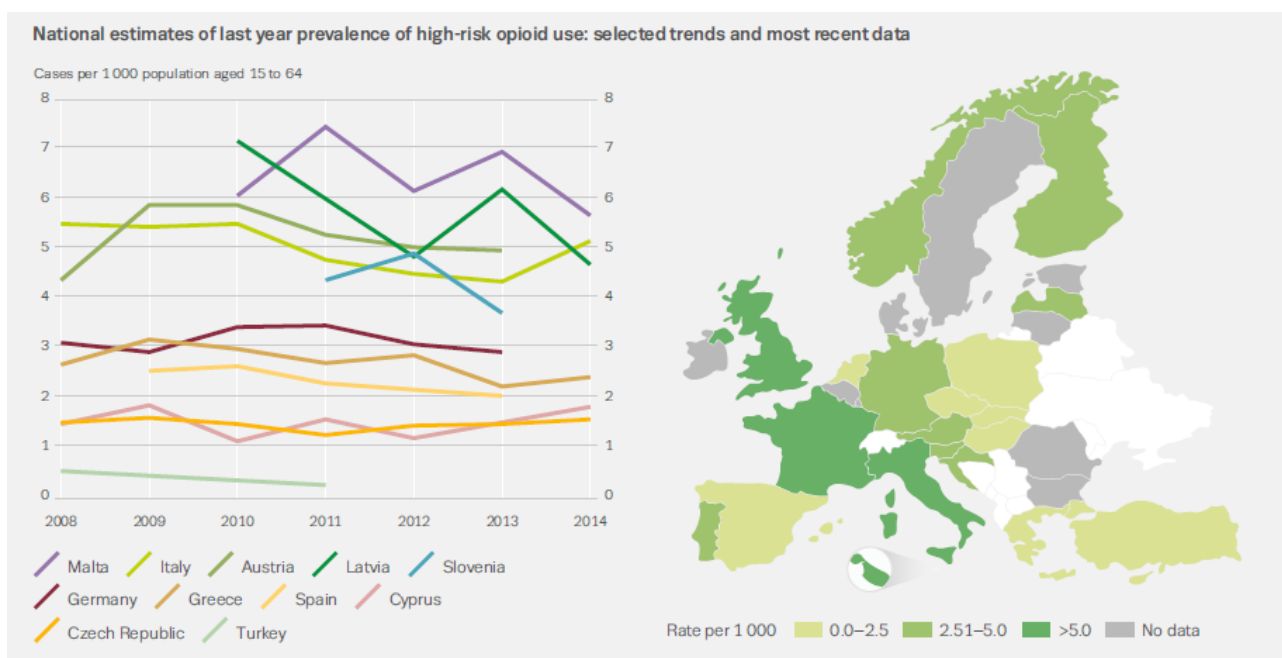


Fig. 2.2 Tratto da EMCCDA Drug Report 2016 pag.50

Tuttavia i dati ufficiali dei consumatori di oppiacei in trattamento, forniti dal Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)⁹ istituito presso il Ministero della Salute, mostrano comunque un decremento consistente a partire dal 2010 per le persone in trattamento per la dipendenza da oppiacei, con una inversione di tendenza nel 2015¹⁰.

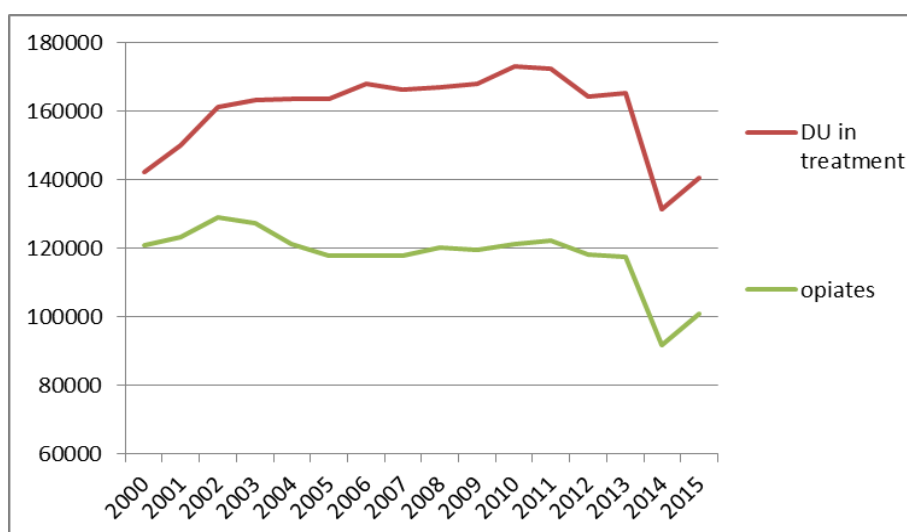


Fig. 2.3 Persone in trattamento nei SerD e persone in trattamento per oppiacei (come droga primaria o secondaria), Italia. Elaborazione dai dati Relazione annuale al Parlamento, anni 2000-2016

⁹ Fonte: DPA - Relazioni annuali al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, anni 2000-2015 <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>

¹⁰ I dati relativi agli anni 2014-2015 sono stati raccolti in modo differente rispetto ai precedenti (2008-2013), per cui è possibile una sottostima in quanto la copertura del SIND non è pari al 100%. Negli anni precedenti, per ovviare al problema della copertura totale, venivano apposti aggiustamenti (cfr Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2015, <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/752325/parte%20iii.pdf> pg 389)

Nel tempo la percentuale di consumatori di eroina sul totale delle persone in trattamento è in diminuzione passando da oltre l'85% nei primi anni 2000 al 70,1% nel 2015, mentre si assiste ad un aumento di persone consumatrici di cocaina in trattamento.

I dati riportati da EMCDDA¹¹ e forniti dal National Focal Point (Dipartimento Politiche Antidroga) per l'anno 2014 riportano che la proporzione di consumatori di oppiacei quale sostanza primaria tra coloro che per la prima volta accedono al trattamento (casi incidenti) scende al 41%. Secondo il SIND, le persone in trattamento per dipendenza da oppiacei in trattamento farmacologico sostitutivo (OST) sono 75.964, di cui il 90% (68.385) con metadone e i restanti con buprenorfina.

Anche per quanto riguarda il consumo di oppiacei (eroina) nella popolazione giovanile (indagine sugli studenti italiani di età 15-19 anni¹²), si registra un netto decremento negli anni 2000-2009, il consumo nel corso dell'ultimo anno passa dal 2,8% all'1%; tuttavia, tra il 2010 e il 2014 si assiste a una inversione di tendenza, con un incremento dall'1% all'1,3%. Stesso trend anche per l'uso frequente (10 o più assunzioni nell'ultimo mese), con un aumento dallo 0,2% allo 0,6-0,7%. Circa un terzo degli studenti che ha usato eroina nell'ultimo anno dichiara di averne fatto un uso limitato (5 assunzioni in un anno) e circa il 50% un uso più frequente (20 o più volte in un anno)

Se, in conclusione, il consumo di oppiacei in Italia registra nel complesso un decremento nel tempo, esso rimane un fenomeno significativo, e l'ultimo biennio segnala un andamento variabile, con un incremento che, sebbene limitato, investe anche le generazioni più giovani.

2.1.2 Mortalità droga correlata.

I casi di morte per overdose (OD), in relazione a tutte le sostanze, in Italia sono complessivamente in netto calo, trend confermato dai diversi modelli ed enti di rilevazione.¹³

Gli episodi di OD sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rileva gli episodi in cui siano state interessate le Forze di Polizia su base indiziaria (per segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive). In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1002 casi di decesso per OD da sostanze psicoattive (tutte le sostanze), si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011 con un numero di decessi pari a 365, un lieve aumento nel 2012 (393 decessi) per poi scendere fino al minimo registrato nel 2015 con 305 morti.

La mortalità per intossicazione acuta da sostanze, come riportato nella fig. 4, mostra un trend in netta diminuzione negli ultimi 20 anni. Il tasso di mortalità droga correlata tra la popolazione adulta (15-64 anni) relativo al 2014 è di 8,0 morti per milione di abitanti, notevolmente più basso della media europea (19,2 morti per milione)¹⁴, come riportato da EMCDDA nell'ultimo European Drug Report.

¹¹<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016>

¹²CNR - Consiglio Nazionale delle Ricerche e ISS - Istituto Superiore Sanità, Studio ESPAD 2015 (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), in DPA - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, 2016 <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>

¹³ Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT; Registro Speciale (RS)64 della DCSA Ministero degli Interni, riferiti alle morti direttamente attribuite all'assunzione di droghe per le quali vi sia stato l'intervento delle Forze di polizia

¹⁴<http://www.emcdda.europa.eu/countries/italy#pdu>

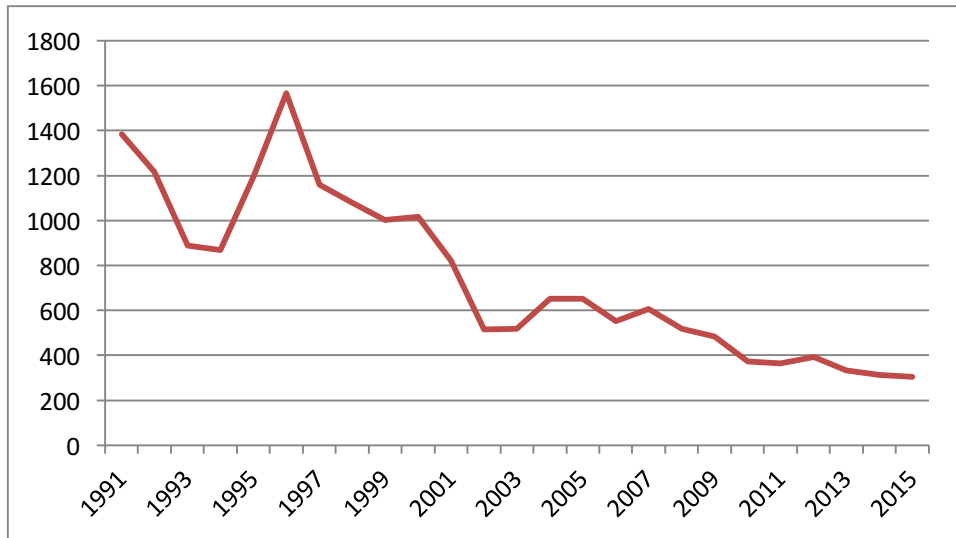


Fig. 2.4 Decessi per overdose da sostanze psicoattive nel tempo. Elaborazione da dati DCSA Ministero dell'Interno

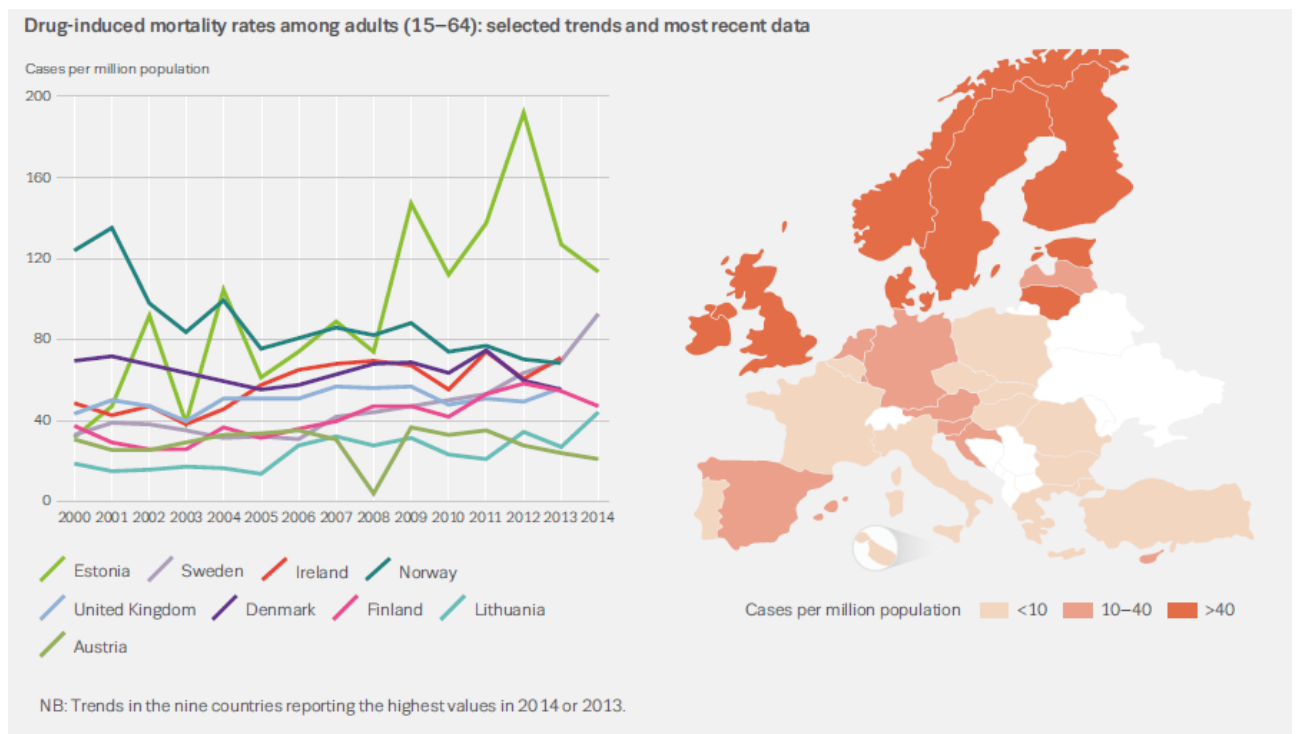


Fig. 2.5 Tratto da EMCCDA Drug Report 2016 pag.69

I dati disponibili¹⁵, disaggregati a livello provinciale per luogo di decesso relativi all'ultimo anno (2015), indicano che le morti sono avvenute in 83 province sulle 110 e il 35% dei casi si è verificato nelle province di Bologna (22 casi), Torino (21), Napoli (21), Roma (20) Firenze (12) e Sassari (12) e "nel 93,1 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e provincia di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio"¹⁶. A livello regionale, il maggior numero di decessi è avvenuto rispettivamente in Emilia Romagna (41), Campania (27), Lazio (33), Toscana (33) e Piemonte (32).

¹⁵ ibidem

¹⁶ ibidem

La certezza che questi decessi siano dovuti ad intossicazione acuta da oppiacei avviene solo nei casi in cui l'autorità giudiziaria dia incarico ad un medico legale di predisporre accertamenti quali l'autopsia, quando necessario, e le analisi tossicologiche a sostegno o meno della diagnosi.

Le morti per OD da oppiacei calano come la mortalità per OD di tutte le sostanze psicoattive, seguendo il trend generale. Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno, seppur non lineare, arrivando ai 280 casi del 2005 (unico anno con una spiccata inversione di tendenza), ai 154 casi del 2010 (anno con un decremento del -34,7% rispetto all'anno precedente) fino ai 101 casi del 2015.

Si tratta, per il 2015¹⁷, del 33% di tutte le OD fatali. Tale percentuale è in calo, mentre cresce quella delle morti per sostanze non specificate, il 51,8% del totale (era il 44,5% solo un anno prima), dato che allude tanto alla poliassunzione quanto alla difficoltà di identificare le nuove molecole che via via diventano reperibili sul mercato.

In generale le OD sicuramente attribuibili ad oppiacei vanno dal 30% al 50% del totale delle OD e dal 90% al 65% delle OD con esame tossicologico.

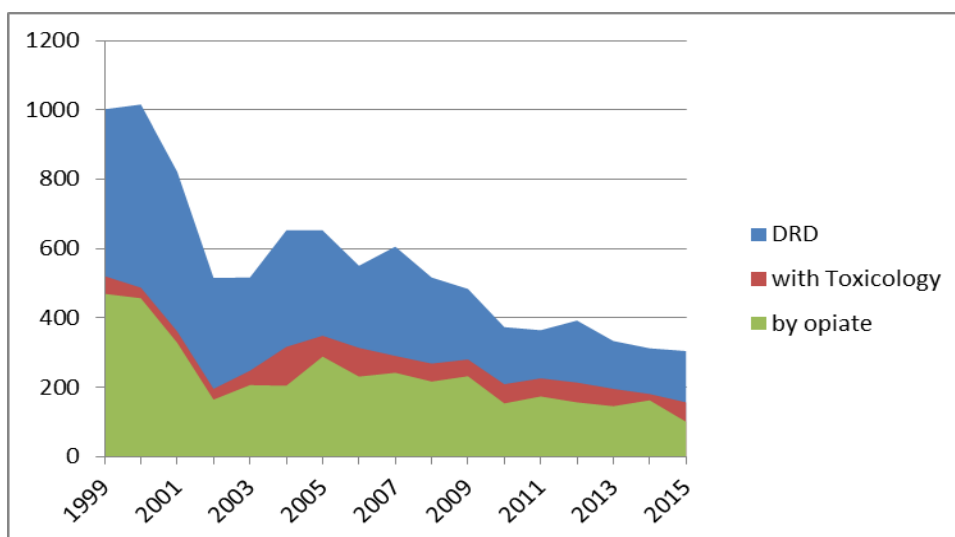


Fig. 2.6 Decessi per OD da sostanze psicoattive (Drug Related Death), e per sostanza oppiacee, nel tempo. Elaborazione da dati DCSA Ministero dell'Interno

2.2 Il contesto (2). Interventi per la prevenzione delle OD e delle morti per OD da oppiacei

L'Italia ha un sistema di servizi pubblici, SerD, Servizi per le Dipendenze¹⁸, per la prevenzione, il trattamento, la riduzione del danno (RdD) e la riabilitazione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, sono 525 con 638 presidi territoriali presenti su tutto il territorio nazionale¹⁹. L'organizzazione dei servizi ha base regionale, il sistema pubblico può operare in sinergia con le realtà del privato sociale (Terzo Settore) secondo modelli di accreditamento / convenzione che sono diversificati nelle 20 regioni italiane, costituendo un sistema non omogeneo sotto il profilo dei modelli operativi e organizzativi.

L'accesso ai trattamenti del sistema pubblico/privato accreditato è garantito a tutti i cittadini, i trattamenti offerti – quali sostegno psicosociale e trattamento farmacologico (OST), test clinici, terapie

¹⁷ ibidem

¹⁸ TU309/1990 e successive modifiche

¹⁹ DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (anno 2015 e primo semestre 2016), in <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

antiretrovirali (ART)- sono garantiti in tutto il paese attraverso i LEA- Livelli Essenziali di Assistenza, prestazioni sanitarie stabilite a livello nazionale, concordate tra governo centrale e Regioni, cui le Regioni sono tenute e pertanto garantite a tutti i cittadini²⁰. Fino al 2016, le prestazioni di RdD non erano incluse nei LEA e questo le ha fino ad oggi esposte a grande variabilità ed incertezza, perché in assenza di un vincolo nazionale cogente, esse dipendono da scelte di politica locale regionale; con l'ultima revisione dei LEA del 2016 (che entrerà in vigore nel 2017) è stata introdotta la RdD, e nel corso del 2017 dovranno essere definite le relative prestazioni. Negli anni 2000 e 2008 sono state redatte da gruppi di lavoro di esperti Linee guida sulla RdD²¹, che tuttavia, in entrambi i casi, non hanno avuto il tempo di diventare operative, a causa del successivo insediarsi di governi non favorevoli ad adottare un approccio di RdD nelle politiche nazionali; entrambe le versioni prevedevano esplicitamente la distribuzione del naloxone ai consumatori, accompagnata da formazione e informazione adeguate, ed eleggevano unità mobili e drop in a servizi a questo preposti.

Come vedremo, questo vuoto di indirizzo nazionale, politico e operativo, influisce sensibilmente anche sull'offerta omogenea di THN sull'intero territorio italiano, e rappresenta uno dei nodi critici del sistema che per anni è stato al centro di una intensa azione di advocacy da parte di una rete di realtà professionali e della società civile.

Questa azione di sollecitazione e advocacy della società civile verso il governo ha portato, come sopra accennato, nel 2016 alla ridefinizione dei LEA che per la prima volta includono la RdD; il THN è una delle prestazioni che dovrebbero essere garantite.

2.2.2 Il ruolo dei SerD

I SerD sono l'asse portante degli interventi sulle dipendenze, la rete più capillare presente sul territorio, ma i loro 638 ambulatori appaiono essere modesti promotori della diffusione del THN²², diffusione che si basa quasi esclusivamente sulla rete dei servizi a bassa soglia della RdD (drop in, unità di strada, interventi di outreach nei setting naturali), anch'essi al 98% parte del sistema pubblico/privato accreditato²³, ma, al contrario dei presidi territoriali SerD, presenti nella geografia del paese in maniera disuguale e discontinua, come descritto nel paragrafo successivo. Questo ruolo modesto della rete degli ambulatori SerD nell'utilizzo del THN è uno dei nodi problematici che indeboliscono il potenziale del sistema italiano.

Tuttavia, ragionando in termini di sistema di interventi integrati, di *cycle of overdose management*²⁴, i SerD ricoprono un ruolo importante per la prevenzione delle OD, intervenendo attraverso i trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina, OST) finalizzati anche ad abbassare il rischio OD da oppiacei. In Italia il trattamento con sostitutivi è una prestazione garantita dal sistema pubblico, anche

²⁰ Ibidem; i Livelli Essenziali di Assistenza in vigore fino al 2016 sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002; a decorrere dal 2017 è in vigore una nuova formulazione, che ha introdotto nuove prestazioni, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13.1.2017, http://www.sossanita.it/lea_13-1-2017_2345.html

²¹ Ministero della Sanità -Ministero della Solidarietà sociale (2000) Linee guida sulla Riduzione del Danno, http://emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231450_EN_IT; Ministero della Salute (2008), Linee guida sulla riduzione dei danni e dei rischi nelle dipendenze patologiche, in www.fuoriluogo.it

²² Non sono disponibili dati ufficiali sugli ambulatori SerD che adottano il THN; il presente studio ha pertanto rilevato il dato coinvolgendo i Dipartimenti Dipendenze delle 30 maggiori città italiane; sui 21 SerD rispondenti 11 dichiarano di distribuire naloxone. Il dato tuttavia appare sovrastimato: è probabile che in alcuni casi la risposta affermativa si riferisca non all'ambulatorio Ser.D ma ai servizi di RdD che il SerD stesso gestisce.

²³ Ronconi S.(2016) HR investments: Italy Case Study, in HRI- Harm Reduction International, Harm Reduction Investments, in via di pubblicazione; Forum Droghe - CNCA (2016) Riduzione del danno e limitazione dei rischi, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia- (Anno 2015 e primo semestre 2016), in <http://www.politicheantidroga.gov.it>

²⁴ "Secondo il modello *cycle of overdose management*" Per avere efficace impatto sulle morti per overdose è necessaria una combinazione tra disponibilità di terapie metadoniche, educazione della comunità, sostegno ai famigliari, offerta di stanze del consumo, distribuzione del naloxone ai consumatori", in EUROHRN (2014) Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations On Opioid Overdose, in http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/study_report_euroHRN_II.pdf

se i dati più recenti parlano di una copertura limitata al 57% del numero stimato di consumatori problematici di oppiacei (PDU)²⁵.

Il metadone e la prevenzione dell'OD in Italia²⁶

L'utilizzo del metadone in Italia risale alla metà degli anni '70, con le prime sperimentazioni di uso endovenoso in contesti per lo più costituiti da cliniche private. Si era all'alba della costituzione dei primi Servizi pubblici istituiti alla fine degli anni '70 (Centri medici e di assistenza sociale, CMAS) in alcune delle principali città (Legge 685/1975). Nel primo periodo di utilizzo si privilegiavano gli effetti "riabilitativi" descritti negli anni '60 da Vincent Dole, in particolare, nella modalità di MM (methadone maintenance): riduzione del ricorso alla droga di strada, delle patologie e della microcriminalità correlate, miglioramento della funzionalità scolastica o lavorativa. Accanto al metadone in alcune città italiane per alcuni anni si continuò ad usare la morfina come sostitutivo (Napoli, Firenze, Roma).

In quei primi anni nessuno in Italia ipotizzava l'uso del metadone come farmaco per la prevenzione dell'OD anche se di fatto alti dosaggi ed ampie pratiche di affidamento creavano i presupposti per una protezione di una larga parte degli eroinomani afferenti ai servizi.

Anni '90, il "proibizionismo delle cure"

Dalla metà degli anni '80 e per tutta la prima metà degli anni '90 (in piena espansione dell'epidemia HIV!) prese piede in Italia un diffuso "proibizionismo delle cure", con l'offensiva proibizionista dei politici italiani infatuati dalla *war on drugs* reaganiana, e la demonizzazione del metadone come "droga di Stato" da parte del variegato e potente mondo delle Comunità terapeutiche. Nelle Regioni Italiane cominciarono a fiorire i provvedimenti di limitazione "ope legis" dei dosaggi del metadone (ad esempio in Piemonte una circolare dell'Assessore alla Sanità della metà degli anni'80 sanciva il limite di 40 mg/die). Le morti ufficiali per OD da eroina in Italia, meno di 100 all'anno sino al 1985 superano i500 casi nel 1990 e raggiungono il picco storico di quasi 700 nel 1996 (nel 2015 sono state 101). Dopo l'approvazione del TU 309/90 (tuttora in vigore, modificato), il Decreto 445 del Ministero della Sanità impone l'uso del metadone solo per trattamenti a scalare a breve termine (questo decreto decadrà nel 1993 con il referendum che modifica la legge 309/90 in senso meno punitivo). L'OD viene descritta e trattata come una fatalità connessa alla natura del disturbo tossicomane e quasi nessuno si pone il dubbio che possa essere razionalmente prevenuta con un uso tempestivo e a dosaggi adeguati degli oppio-agonisti.

Metà anni '90. L'approccio di RdD

Le cose cambiano nella seconda metà degli anni '90, grazie al progressivo diffondersi dei primi interventi di RdD (compreso il THN), alla tenacia di una minoranza di operatori Ser.T che non avevano smesso di studiare e di praticare, di conseguenza, "in scienza e coscienza" e ai primi studi promossi dagli Osservatori epidemiologici regionali, che mettono nero su bianco l'inadeguatezza delle pratiche di molti SerD rispetto alle prescrizioni della letteratura scientifica. Si "scopre" l'uovo di Colombo: il metadone usato in dosi tra i 40 e gli 80 mg produce oltre alla soppressione dei sintomi astinenziali anche un livello di saturazione recettoriale tale da rendere estremamente improbabile un'OD con eroina assunta successivamente.

Dall'anno 2000 ad oggi

I dosaggi in Italia progressivamente negli ultimi 15 anni sono alla fine diventati quelli prescritti dalla letteratura scientifica (la media italiana attualmente è superiore ai 60 mg) ma ancora manca una concettualizzazione dell'intervento metadonico ad interim con finalità propriamente protettive, da intraprendere tempestivamente anche in contesti non trattamentali (unità di strada, drop in). Di fatto si usa così ora in Italia, ma senza una compiuta consapevolezza e quindi senza una corretta e giusta

²⁵ DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2014), Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, in <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

²⁶ A cura di Paolo Jarre

condivisione con il paziente con il quale ora spesso si intraprende un contenzioso, opposto a quello dell'epoca del "proibizionismo delle cure", quando si forzava la diminuzione, per tentare di convincerlo ad aumentare la dose del farmaco per proteggerlo, quando invece spesso il consumatore preferirebbe dosaggi inferiori, tali da sopprimere l'astinenza ma non l'effetto dell'eroina assunta con finalità di piacere.

Bibliografia su OST e prevenzione dell'OD:

Hawk KF, Vaca FE, D'Onofrio

Reducing Fatal Opioid Overdose: Prevention, Treatment and Harm Reduction Strategies

The Yale journal of biology and medicine ,2015 Sep;88(3):235-45

Schwartz RP, Alexandre PK, Kelly SM, O'Grady KE, Gryczynski J, Jaffe JH

Interim versus standard methadone treatment: a benefit-cost analysis.

Journal of substance abuse treatment, 2014 Mar;46(3):306-14

Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M. et al.

Addiction. doi: 10.1111/add.12536

Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D. and Robertson, J. R.

Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment

2010, British Medical Journal (Clinical research ed.) 341, p. c3172.doi: 10.1136/bmj.c3172.

Larney S, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, Burns L, Gibson A, Kimber J, Degenhardt

Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study

BMJ open , 2014 Apr;4(4):e004666

Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De Angelis D, Robertson JR

Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment , BMJ (Clinical research ed.) 2010 Jul;341():c3172

Cornish R, Macleod J, Strang J, Vickerman P, Hickman

Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database.

BMJ (Clinical research ed.) ,2010 Oct;341():c5475

2.2.3 Il ruolo dei servizi di RdD

Il modello italiano di THN e, più in generale, la prevenzione dell'OD da oppiacei e delle morti per OD, è ancorato fortemente al sistema operativo della RdD e alla rete dei servizi a bassa soglia (SBS).

Questo – come ampiamente dimostrato dai risultati di questo studio – comporta punti di forza e punti di debolezza. Come vedremo, i primi sono soprattutto la possibilità di raggiungere consumatori non in trattamento, offrire consulenza sul safer use, fornire formazione e informazione sul naloxone e le modalità di prevenzione e di soccorso, lavorare per educare il contesto locale e farne un alleato e non un ostacolo, tutti aspetti che ottemperano ai criteri guida fondamentali per un'efficace politica del THN²⁷. Punto di forza è soprattutto la qualità della relazione che i SBS instaurano con i loro clienti:

²⁷ WHO (2014) Community management of opioid overdose, in

http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/; EMCDDA (2016),

Preventing opioid overdose with take home naloxone, in

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>; EMCDDA (2015), Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers, in

l'attitudine all'ascolto, partire dagli obiettivi del consumatore, adottare la sua prospettiva nel considerare comportamenti e problemi, assumere uno sguardo empowering capace di coglierne e valorizzarne competenze e saperi, la dimestichezza a pensare e agire in dimensione di gruppo, e l'attenzione alle variabili culturali e di contesto – tipiche dell'approccio di RdD - costruiscono un approccio che efficacemente (e più efficacemente rispetto a una relazione tradizionalmente terapeutica) promuove attivazione, responsabilità, apprendimento sociale²⁸.

Gli interventi dei SBS per la prevenzione delle OD e delle morti per OD, oltre alla consegna di THN, consistono in:

- counselling individuale sul safer use
- informazione e consulenza individuale per l'intervento OD
- distribuzione di materiali informativi
- sostegno a dinamiche di peer support tra i clienti
- formazione in gruppo sul safer use e sull'intervento di emergenza
- raccolta e diffusione di informazioni e eventuale allerta sulla qualità della sostanza basate su informazioni dei clienti
- collocazione di fiale di naloxone nei luoghi del consumo più frequentati
- interventi diretti di soccorso da parte di operatori sanitari e non

Al contempo, tuttavia, il ruolo dominante dei SBS fa i conti con i limiti della RdD in Italia e con l'attuale trend che la vede sottoposta a tagli e ridimensionamenti: un recente studio ha stimato che la copertura dei servizi quali drop in e unità di strada non supera il 15% dei consumatori problematici stimati (PDU)²⁹. Questo dato è fortemente correlato ai limiti delle politiche sopra citati: infatti, solo il 2,4% dei servizi di RdD ha una fonte di finanziamento diversa da quella pubblica, la quasi totalità dei servizi è sostenuta da ASL, Regioni o Comuni³⁰, ancorati, appunto alle scelte nazionali e regionali in tema di politiche delle dipendenze e di budget sanitario.

I servizi di RdD a bassa soglia (SBS). Al centro del sistema di THN italiano sono i drop in e le unità di strada per la RdD, e, sebbene in maniera molto più limitata, gli interventi di outreach in setting del divertimento e della notte. Il più recente monitoraggio dei servizi di RdD relativo all'anno 2015³¹ rileva complessivamente 115 servizi di RdD, dei quali 104 hanno fornito i dati richiesti per la ricerca. Di questi: 35 sono unità di strada per la RdD, 34 interventi di outreach di limitazione dei rischi nei contesti del divertimento, 23 drop in e 12 servizi di altra natura. Questa rete di SBS è diffusa sul territorio nazionale in modo assai diseguale, con intere aree del paese in cui non sono presenti prestazioni di RdD, tra cui il THN. Come si evince dalla mappa, vi sono intere regioni prive di servizi di RdD, particolarmente penalizzato è il Sud del paese e le Isole.

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/932/TDAU14009ENN.web_.pdf ; EUROHRN (2014),

cit

²⁸ Ronconi S. (2003) Peer Support e servizi a bassa soglia (con Molinatto P.), EGA Ed.

²⁹ Ronconi S.(2016) cit

³⁰ Forum Droghe - CNCA (2016) Riduzione del danno e limitazione dei rischi, cit

³¹ Ibidem. Questo monitoraggio non è istituzionale; il sistema SIND del Ministero della Salute che raccoglie dati sui servizi per le dipendenze non include attualmente – per le ragioni di seguito citate nel paragrafo – i servizi di RdD. La rilevazione è a cura di ricercatori del CNCA- Coordinamento Comunità di Accoglienza ed è effettuata con il metodo dello snowballing a partire da una mappa di base dei servizi RdD esistenti, e al contributo della rete ITARDD- Rete Italiana Riduzione del Danno.

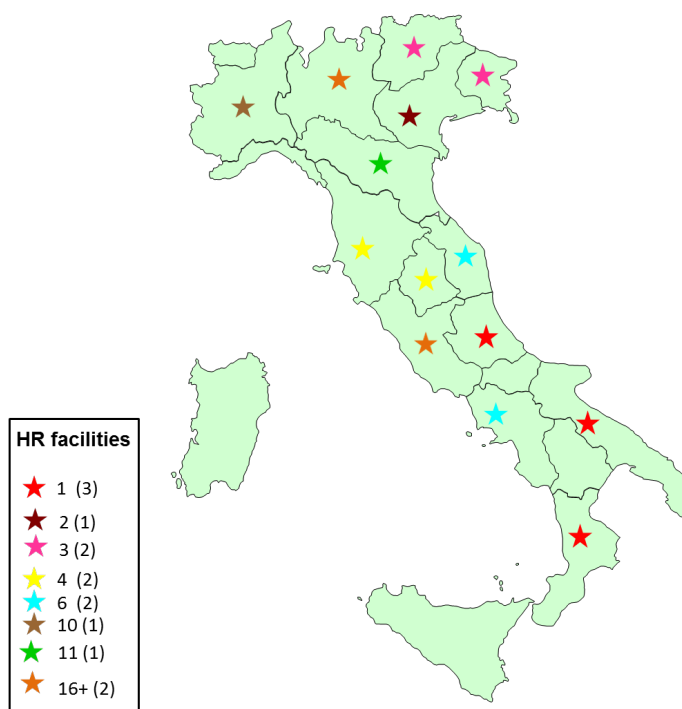


Fig 2.7 - Distribuzione regionale di Dropin e Unità di strada RdD –Dati 2015, CNCA

Se è vero che il numero dei servizi in regioni come Lombardia o Lazio è funzione anche della popolazione residente, che è tra le più numerose, questa non risulta nel complesso una variabile significativa: la Sicilia, dove non è censito alcun servizio di RdD, è molto più popolosa del Piemonte, che ne annovera 10.

I dati provenienti dalle mappature in diversi anni e da diverse fonti³² rivelano inoltre come vi sia uno scarso sviluppo nel tempo, permanendo sostanzialmente invariato il novero sia delle Regioni che attuano interventi di RdD e di Limitazione dei Rischi (LdR) sia di quelle che non li attuano; una cartografia “immobile” che appare indipendente dall’andamento dei dati relativi a trend di consumo e relativi bisogni sul piano degli interventi. Questa geografia diseguale e sostanzialmente fissa nel tempo comporta forti e persistenti diseguaglianze tra i consumatori in termini di diritto alla salute.

Ci sono anche sensibili problemi di continuità delle prestazioni: secondo la Relazione al Parlamento 2015, nel 2014, a causa delle scelte regionali di budget, meno di un terzo dei servizi ha una certezza di continuità, mentre la maggior parte (il 38%) ha una vita certa tra uno e due anni, il 22% di due anni e l’11%meno di un anno³³. Tali dati vengono confermati anche dalla citata mappatura2015 (dati al 31.12.15): eccetto i servizi a diretta gestione pubblica (33%), l’affidamento ai gestori del privato sociale avviene tramite convenzioni a tempo determinato, il cui rinnovo non è garantito.

Un altro limite del sistema di RdD italiano che influisce sull’efficacia della prevenzione delle overdose infauste riguarda la mancanza di servizi quali le *stanze del consumo sicuro* e le scarse e precarie attività di *drug checking*.

Le stanze del consumo sicuro– servizio attivo in Europa dal 1986 e diffuso in molti stati membri - non sono ad oggi attive in Italia; le ragioni sono politiche, hanno a che fare con la resistenza ad adottare in maniera coerente l’approccio di RdD e scontano l’eredità delle linee di indirizzo del 2009, quando l’allora DPA – negativamente orientato verso la RdD - esplicitamente le esclude dai servizi previsti,

³² DPA - Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, droghe e dipendenze, anni 2011, 2012, 2013, 2015 in <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

³³ Interventi di riduzione del danno, a cura di CNCA-Coordinamento Comunità di Accoglienza, inDPA- Relazione al Parlamento su droghe e dipendenze 2015, <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

insieme a drug checking e trattamenti con eroina medica. Nonostante questo indirizzo non fosse stato condiviso dalle Regioni, tuttavia nessuna Regione decise di sperimentare autonomamente questi servizi. Le stanze del consumo si sono nel tempo dimostrate servizi efficaci per la prevenzione delle OD, tanto che i paesi che le hanno avviate rinnovano il loro investimento e nuovi paesi si avviano alla loro implementazione³⁴

La pratica del drug checking, che può fornire in tempo reale informazioni ai consumatori circa la composizione chimica della dose acquistata – è un valido supporto alla prevenzione, che mette chi consuma nella condizione di conoscere ciò che il mercato illegale rende ignoto e variabile e di adeguare di conseguenza i propri comportamenti. Anche a causa delle citate linee guida DPA del 2009, nonché a causa di una restrittiva interpretazione della legge vigente, il drug checking vive in Italia oggi solo grazie alle pratiche informali ed auto-organizzate di alcuni gruppi e alla sperimentazione in ambito di progetti mirati³⁵. Di scarso o nullo impatto diretto, invece, il sistema di Early Warning attivato istituzionalmente³⁶, per la tempistica lenta- e del tutto inadeguata alle esigenze di chi consuma e rischia qui e ora - e per la logica di indagine e monitoraggio prettamente interistituzionale, focalizzata soprattutto alle NPS, e comunque non mirata a informare *just in time* consumatori e operatori a fini di riduzione del rischio.

Queste due mancanze, si rivelano gravi carenze di sistema, sotto il profilo di quella che viene definita *combination intervention*³⁷, in cui si sottolinea come una offerta integrata di più servizi significhi maggiore possibilità di successo di ognuno degli strumenti di intervento, proprio nel momento in cui operano in sinergia tra loro. Una accezione, dice l'EMCDDA, non *solo di pragmatismo o di necessità, ma anche una scelta basata sull'evidenza e sull'efficacia dei risultati*³⁸

Ultima ma non per importanza, la criticità degli interventi di *RdD nelle carceri*, tanto più cruciale quanto più si consideri che una delle più ricorrenti cause di OD è la diminuita tolleranza a seguito di una carcerazione. Dallo Studio Pride³⁹, il cui obiettivo è misurare l'applicazione delle 15 raccomandazioni di OMS⁴⁰ per la salute dei detenuti è emerso che, rispetto a Francia, Austria, Belgio e Danimarca, l'Italia è il paese con minore offerta di interventi di RdD nelle carceri. In generale, le misure più applicate sono i trattamenti con antiretrovirali per l'HIV e il trattamento farmacologico con metadone (prevalentemente per disintossicazione) per le persone dipendenti da oppiacei. La misura più negletta è lo scambio di siringhe, e, tra i 5 paesi partecipanti allo studio, l'Italia è l'unico in cui i preservativi non

³⁴ EMCDDA(2004) Report on drug consumption rooms, in http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf; EMCDDA (2016), Drug Consumption rooms: an overview of provision and evidence, in <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>

³⁵ Tra i gruppi attivi, Alchemica, che opera anche in rete con altri interventi europei, <http://lab57.indivia.net/tag/lab57-alchemica/>; tra i progetti, il progetto europeo, in corso, BAONPS- Be Aware On Night Pleasure Safety, che include interventi di drug checking in Italia, Slovenia, Portogallo e Germania, in <http://coopalice.net/baonps> Nel dicembre 2016 il sistema di monitoraggio BAONPS ha lanciato un allerta proprio su variazioni allarmanti nel principio attivo dell'eroina di strada (<http://coopalice.net/baonps/alert>)

³⁶ Sistema di allerta precoce, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), cit

³⁷ Vedi anche in CNCA - Forum Droghe (2016) Riduzione del danno e limitazione dei rischi, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), cit

³⁸ EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

³⁹ Michel et al. (2011) Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRIDE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 2011 11:400; Michel L et al (2015), Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern BMC Public Health. 2015 Oct 27;15:1093.

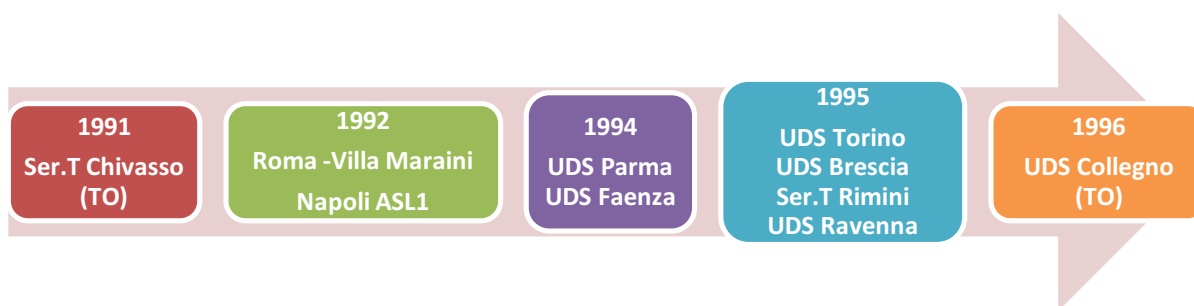
⁴⁰ UNODC: HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions; Policy brief. Vienna, June 2013. http://www.unodc.org/documents/hivds/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

sono forniti in nessun carcere. Nel 2016 il Ministero della Salute ha finanziato un progetto⁴¹, che si concluderà nel 2017, il cui obiettivo è implementare l'offerta di tali interventi, i quali sono, al contempo, un obiettivo delle azioni di advocacy della società civile.

2.3 Il THN nel modello italiano

Lo scenario descritto evidenzia come la *prevenzione delle OD* da oppiacei in Italia si basi su due capisaldi: i trattamenti farmacologici in prospettiva di riduzione del rischio e gli interventi di limitazione di rischi e danni offerti dal sistema della RdD; mentre la *prevenzione delle morti per OD* ha due attori principali: il sistema di Emergenza sanitaria presente sul territorio, che garantisce l'intervento di emergenza delle ambulanze e il successivo ricovero ospedaliero⁴², e i servizi di RdD che includono la distribuzione del THN. In questo quadro, nel modello italiano il THN gestito dai servizi di RdD svolge dunque un ruolo forte, su cui si è investito – pur con i limiti e le discontinuità citate - a decorrere dai primi passi della RdD, nei primi anni '90.

Contrariamente infatti a quanto emerge dalla letteratura internazionale⁴³ - a cui sono mancate le necessarie fonti - che colloca le prime esperienze di THN nel 1996, l'avvio della distribuzione del naloxone nei servizi di RdD in Italia decorre dal 1991⁴⁴



L'attuale classificazione del naloxone come farmaco da banco data dal 1996. Gli interventi avviati prima di quella data, a decorrere dal 1991, sono stati possibili grazie all'iniziativa di medici dei servizi pubblici delle dipendenze, che sotto la propria responsabilità, in un momento di picco drammatico delle OD da oppiacei, hanno autorizzato gli operatori dei servizi di RdD a distribuire il farmaco. Questa pratica pionieristica - che non essendo formalmente regolata ai tempi ricevette anche contestazioni - ha di fatto spinto verso il provvedimento poi adottato dell'Agenzia del Farmaco del 1996.

Tre le **precondizioni** che hanno giocato in modo facilitante: la cornice giuridica e legale, le caratteristiche farmacologiche del naloxone, il costo non elevato del farmaco.

2.3.1 La cornice normativa del THN in Italia

In Italia, la pratica di distribuzione del naloxone ai consumatori ha le sue premesse nella normativa nazionale. Due sono gli aspetti normativi significativi: la **classificazione del farmaco** e le norme del codice penale che riguardano **lo stato di necessità e l'omissione di soccorso**.

⁴¹ http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2299

⁴² Gli interventi d'urgenza droga correlati sono esplicitamente inclusi tra gli ambiti prioritari di intervento: "Il servizio è completamente gratuito e da contattare in caso di incidente stradale, incidente domestico, malore, urgenze collegate a tossicodipendenza, problemi urgenti cardiologici e psichiatrici"

⁴³ EMCDDA (2016), Preventing opioid overdose with take home naloxone, cit

⁴⁴ Rilevazione del presente studio

a) Classificazione del farmaco.

Il naloxone in Italia è un farmaco da banco, cioè viene venduto in farmacia senza obbligo di prescrizione medica (SOP), e questo ne garantisce l'accessibilità a qualsiasi cittadino. Insieme, è un farmaco salvavita, e questo fa sì che le farmacie siano obbligate ad averlo sempre a disposizione.

Il naloxone è, tra i farmaci salvavita, una eccezione specificamente contemplata nella Farmacopea Ufficiale Nazionale, che per gli antidoti ad azione specifica normalmente prevede l'obbligo di ricetta: la tabella 4 della Farmacopea Ufficiale include un *Elenco dei prodotti che il farmacista non può vendere se non in seguito a presentazione di ricetta medica* (Art. 124, lettera a del T.U.LL.SS., art. 71 del Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e art. 88 del Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modifiche e integrazioni) che al punto 25) esplicita la deroga per il naloxone: *Antidoti ad azione specifica, ad eccezione del naloxone iniettabile*⁴⁵

La stessa fonte di classificazione, alla tabella 2 - *Sostanze medicinali di cui le farmacie debbono essere provviste obbligatoriamente* (Art.123, lett. a del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (TULS) approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265; art. 34 del Regolamento per il Servizio Farmaceutico approvato con R.D. 30 settembre 1938, n. 1706) - include il naloxone⁴⁶. E prevede specificamente che "Le farmacie sono obbligate ad essere provviste dei medicinali indicati nella presente tabella nei quantitativi ritenuti sufficienti al regolare espletamento del loro servizio e nelle forme - salvo diverse specificazioni nell'elenco - e nei dosaggi rispondenti alle abituali esigenze terapeutiche, nonché nei confezionamenti più idonei alla loro conservazione ed al loro pratico impiego".

Questa norma favorisce pertanto con chiarezza l'accessibilità del naloxone sia sotto il profilo della possibilità di somministrazione ad opera di personale non specializzato, sia sotto quello della sua reperibilità.

b) Norme sullo stato di emergenza e sull'omissione di soccorso

Nonostante la disposizione sopra citata, accade tuttora che siano espresse preoccupazioni – sia a livello di singoli cittadini che da parte di operatori non sanitari ed anche sanitari – circa la possibilità che venga contestato un comportamento non conforme o propriamente illecito in caso di complicanze o anche semplicemente in caso di somministrazione per via endovenosa, pratica sanitaria che la norma italiana limita ai soli professionisti sanitari.

Il Codice Penale italiano (CP) offre, per questi ipotetici casi, un orientamento sufficientemente chiaro. L'articolo 54 CP (**Stato di necessità**)⁴⁷, recita che "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". E in caso di eventuali danni correlati alle pratiche di soccorso valutate necessarie (tipico esempio la frattura delle costole durante un massaggio cardiaco), l'articolo 54 derubrica il comportamento da reato a non reato.

L'articolo 593 CP (**Omissione di soccorso**)⁴⁸, di contro sanziona chi omette di prestare il suo intervento, e sancisce che commette reato: "Chiunque trovando [...] un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne avviso alla autorità", prevedendo sanzioni penali fino a 1 anno di reclusione o una multa fino a 2500 euro⁴⁹; se dall'omissione del soccorso deriva una lesione personale, la pena è aumentata, e se ne deriva la morte la pena è raddoppiata.

⁴⁵XII Edizione della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, in http://www.iss.it/binary/farc/cont/Integrazioni_e_Correzioni_alla_XII_ed_FU.pdf

⁴⁶Ibidem

⁴⁷ CP Titolo III <http://www.altalex.com/documents/news/2014/12/09/del-reato>

⁴⁸ CP Titolo XII <http://www.altalex.com/documents/news/2014/10/28/dei-delitti-contro-la-persona>

⁴⁹ Le pene sono state aumentate con la legge n.72/2003, <http://www.camera.it/parlam/leggi/030721.htm>

La legge configura dunque nei casi di serio pericolo un vero e proprio “obbligo al soccorso”, che ha – per il cittadino soccorritore volontario, non per il personale medico – deroghe solo in casi eccezionali di forza maggiore: avvenimenti esterni naturali, inevitabili ed irresistibili, quali grave malattia del soccorritore, ostacoli fisici al raggiungimento della persona da soccorrere, soccorso in condizioni di reale e consistente pericolo (incendi, esalazione di gas tossici, presenza di cavi di corrente elettrica scoperti, ecc.) che possono mettere a repentaglio la vita del soccorritore.

2.3.2 Caratteristiche farmacologiche del naloxone

Un fattore indubbiamente facilitante sono le caratteristiche farmacologiche del naloxone, che non comporta effetti indesiderati gravi ed è sotto questo profilo un farmaco “sicuro” e di facile utilizzo. Alcune delle possibili conseguenze negative per i consumatori sono relative all’astinenza acuta che può subentrare alla somministrazione e al conseguenze rischio di nuove assunzioni di oppiaceo, rischi che tuttavia possono essere evitati attraverso una somministrazione corretta per dosaggio, modalità e accompagnamento alla persona⁵⁰.

Farmacologia del naloxone⁵¹

Il naloxone fu sviluppato negli anni '60 del secolo scorso e introdotto in terapia nel 1971. Caratteristica fondamentale del farmaco è l’antagonismo competitivo a carico dei tre diversi tipi di recettore oppiaceo, mu, kappa e delta, con la massima potenza a carico del primo, il maggiormente coinvolto nell’espressione degli effetti depressori degli oppiacei naturali e di sintesi a carico del sistema nervoso centrale. È importante notare che il naloxone è privo di qualsivoglia effetto nel soggetto naïve, osservazione che depone sia per l’assenza di rilevabili conseguenze fisiologiche al blocco del sistema oppioide endogeno sia per l’assenza di effetti aspecifici del farmaco, situazioni entrambe che permisero di predire una notevole sicurezza del farmaco stesso, come per altro il massiccio impiego clinico ha ampiamente confermato.

Le caratteristiche farmacocinetiche del naloxone contribuiscono in notevole misura alla sua efficacia antidotica nell’overdose da oppiacei (Sivilotti, 2015; Kim & Nelson, 2015). In particolare, il naloxone è un farmaco lipofilo (logP del coefficiente di ripartizione ottanolo/acqua: 2.1) dotato di un discreto volume di distribuzione (2.7 l/Kg), con il conseguente rapido abbandono del torrente circolatorio e il superamento della barriera emato-encefalica. L’onset del suo effetto è pertanto particolarmente rapido, nell’ambito di 1-2 minuti con un picco dopo 5-10 minuti. La permanenza del farmaco nell’organismo è parimenti breve con una emivita plasmatica compresa tra i 30 e gli 80 minuti. Il metabolismo è prevalentemente epatico con la formazione di un derivato di glucuronazione ed è di tale efficacia da rendere pressoché nulla la biodisponibilità orale del farmaco per la sua elevata estrazione di primo passaggio attraverso il filtro epatico.

L’azione antagonista del naloxone sulla depressione respiratoria da oppiacei è limitata a non oltre un’ora e mezza, come verificato sperimentalmente in uno studio nel quale differenti dosi di naloxone e di morfina furono somministrate, da sole o in combinazione, a volontari sani (Kaufman et al. 1981). Questo studio ha infatti dimostrato che entro quell’intervallo di tempo l’azione del naloxone segue il principio dell’antagonismo competitivo sul medesimo recettore dell’agonista, permettendo di calcolare la dose di naloxone capace di dimezzare la dose di morfina in termini di sua efficacia: così 1.55 mcg/Kg di naloxone erano in grado di ridurre l’effetto di 12 mg di morfina a quello indotto da 6 mg dell’analgico. È tuttavia importante notare che questo principio non può essere esteso all’azione del naloxone nei confronti di oppiacei dotati di maggiore affinità recettoriale rispetto alla morfina. È questo il caso della buprenorfina la cui lenta cinetica di dissociazione dal recettore, a fronte di una

⁵⁰ Questo aspetto è approfondito nei capitoli seguenti

⁵¹ A cura di Paolo Nencini, già professore ordinario di Farmacologia

rapida cinetica di eliminazione del naloxone, impone la necessità di fronteggiare l'eventuale sua overdose adottando il regime di infusione dell'antagonista (Yassen et al., 2007).

Le caratteristiche farmacocinetiche del naloxone ne condizionano la via di somministrazione. Le vie parenterali sono ovviamente privilegiate e, in ambiente extra ospedaliero, quella endovenosa non è ritenuta necessariamente più rapida rispetto a quella intramuscolare per la latenza che essa richiede per accedere ad una vena. In questo particolare contesto notevole interesse ha suscitato l'introduzione dello spray intranasale per la facilità di impiego e per la rapidità di onset dell'effetto, che è infatti comparabile a quello ottenibile con la via intramuscolare. La lipofilia del naloxone e la mancanza di estrazione epatica presistemica del farmaco predicono una buona biodisponibilità attraverso questa via d'introduzione; in effetti, gli studi sinora condotti mostrano che tale biodisponibilità varia tra il 10% e il 40%, in funzione della concentrazione del farmaco nel nebulizzato, ma comunque ritenuta sufficiente a revertire la depressione respiratoria dell'overdose, sebbene ulteriori studi siano indubbiamente necessari per ottimizzare l'impiego del naloxone attraverso questa modalità di somministrazione (Strang& McDonald, 2016; Winstanley, 2016).

Reazioni avverse da naloxone

Come precedentemente accennato, la somministrazione di naloxone a volontari sani è priva di effetti farmacologici rilevabili. In pazienti cronicamente esposti a farmaci oppiacei, al contrario, essa può comportare la comparsa di eventi avversi mediati dall'ipertono neurovegetativo e dal rilascio di citochine in corso di sindrome d'astinenza. Il Servizio Sanitario Inglese ha quindi emesso un Patient Safety Alert (NHS/PSA/W/2014/016; 20 November 2014) concernente pazienti anziani in trattamento cronico a scopo antalgico, dove la crisi d'astinenza potrebbe infatti causare iperalgesia e angoscia. Assai rari sono tuttavia gli eventi avversi potenzialmente fatali associati alla somministrazione di naloxone in soggetti dipendenti da oppiacei; tra questi sono da annoverare casi di edema polmonare acuto, probabilmente causati dal brusco ripristino dell'attività respiratoria dopo l'episodio di apnea in assenza di adeguato supporto ventilatorio (Kim&Nelson, 2015); descritti sono anche casi di tachicardia ventricolare, di nuovo attribuiti alla iperstimolazione simpatica in corso di sindrome d'astinenza (Lameijer et al., 2014). Sempre problematico è il trattamento dell'overdose con naloxone in corso di gravidanza, per le possibili conseguenze di una sindrome d'astinenza acuta fetale e parimenti rischioso è tale trattamento nei primi giorni di vita per il rischio di precipitare una crisi convulsiva neonatale (Sivilotti, 2015; Kampman&Jarvis, 2015).

Una non trascurabile complicazione del trattamento rianimativo con naloxone nel caso del paziente tossicodipendente è il brusco risveglio in condizione di astinenza acuta, condizione che viene sperimentata come altamente avversiva (Neale&Strang, 2015.) e tale da poter indurre comportamenti violenti nei confronti del soccorritore, ovvero condurre all'abbandono del trattamento da parte del paziente. Considerati anche i rischi di complicazioni cardiache e polmonari connessi con il precipitare di una sindrome d'astinenza acuta, l'approccio posologico al trattamento antidotico con naloxone è mutato passando dalle dosi piene di 0.4-2.0 mg di naloxone inizialmente raccomandate in quanto in grado di raggiungere rapidamente non solo il ripristino della ventilazione ma anche il risveglio dell'intossicato, ad una titolazione della dose di naloxone che permetta l'immediato ripristino di una valida attività respiratoria in assenza di manifestazioni astinenziali gravi. Tali dosi iniziali sono prossime a quelle teoricamente capaci di dimezzare l'occupazione recettoriale da parte di un agonista quale l'eroina e i suoi metaboliti, monoacetilmorfina e morfina. Come abbiamo visto, essa è teoricamente di 1.55 mcg/Kg e in effetti l'attuale suggerimento è di iniziare con una dose di 40 mcg e adeguare le successive somministrazioni alla risposta ottenuta con questa prima dose (Kim&Nelson, 2015.).

Le evidenze disponibili dimostrano come le modalità di utilizzo del naloxone in emergenza tossicologica siano fondate su un assai robusto razionale farmacocinetico-farmacodinamico e depongono per un notevolissimo grado di sicurezza del farmaco. È importante osservare che tali modalità si sono dimostrate efficaci e sicure anche quando il farmaco è impiegato in ambiente pre-

ospedaliero da personale paramedico (Yealy et al., 1990.) e anche nei casi in cui i pazienti hanno rifiutato una ulteriore assistenza (Levine et al, 2016). Da queste evidenze deriva la razionalità dei programmi di “take home naloxone” che permettono familiari e amici di tossicodipendenti di intervenire nel caso, purtroppo sempre possibile, di overdose. Tali programmi si stanno dimostrando particolarmente efficaci, come quello condotto nella città di San Francisco, dove nel 2013 ben 253 casi di overdose da eroina sono stati in questo modo trattati contribuendo al declino della mortalità da eroina (Rowe et al., 2015). Ancor più convincente è la recentissima metanalisi di 22 studi osservazionali dove sono stati riportati 2249 trattamenti riusciti su 2336 somministrazioni di naloxone, pari quindi al 96.3% dei casi (McDonald &Strang, 2016). In accordo, le linee guida della Società americana di medicina delle tossicodipendenze raccomandano la distribuzione domiciliare di naloxone per il trattamento della overdose, oltre all’addestramento e autorizzazione di vigili del fuoco e forze di polizia all’uso del naloxone in condizioni di emergenza (Kampman and Jarvis, 2015).

Bibliografia

Kampman K. and Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med* 2015;9: 358–367.

Kaufman, R. D., Gabathuler M.L and Bellville J. W.: Potency, duration of action and pA2 in man of intravenous naloxone measured by reversal of morphine-depressed respiration. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1981; 219: 156-162.

Kim HK, Nelson LS. Reducing the harm of opioid overdose with the safe use of naloxone: a pharmacologic review. *Expert Opin Drug Saf.* 2015 Jul;14(7):1137-46.

Lameijer H, Azizi N, Ligtenberg JJ, Ter Maaten JC. Ventricular Tachycardia After Naloxone Administration: a Drug Related Complication? Case Report and Literature Review. *DrugSaf Case Rep.* 2014;1:2.

Levine M, Sanko S, Eckstein M. Assessing the Risk of Prehospital Administration of Naloxone with Subsequent Refusal of Care. *PrehospEmerg Care.* 2016; 20:566-9.

McDonald R. & John Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction* 2016;111: 1177–1187.

Neale J. &StrangJ. Naloxone—does over-antagonism matter? Evidence of iatrogenic harm after emergency treatment of heroin/opioid overdose. *Addiction* 2015. 110: 1644–1652

Prescott F. Nalorphine in the prevention of opiate-induced neonatal narcosis”. *Can. Anaes. Soc. J.* 1956; 3:39-42.

Rowe C., Santos G-M., Vittinghoff E. et al. Predictors of participant engagement and naloxone utilization in a community-based naloxone distribution program. *Addiction* 2015; 110:1301–1310.

Sivilotti M.L.A. Flumazenil, Naloxone, and the “coma cocktail”. *Br. J. ClinPharmacol* 2015; 81: 428-436.

Strang J. and McDonald R. New approved nasal naloxone welcome, but unlicensed improvised naloxone spray kits remain a concern: proper scientific study must accompany innovation. *Addiction* 2016; 111:590-592.

Wikler A. Opiates and opiate antagonists. A review of their mechanisms of action in relation to clinical problems. Public Health Monograph No. 52 (PHS Pub. No. 589) U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1958.

Winstanley E.L. Tangled-up and blue: releasing the regulatory chokehold on take-home naloxone. *Addiction* 2016; 111: 583-584.

Yassen A, Olofsen E, van Dorp E, et al. Mechanism-based pharmacokinetic-pharmacodynamic modelling of the reversal of buprenorphine-induced respiratory depression by naloxone: a study in healthy volunteers. *ClinPharmacokinet.* 2007;46(11):965-80.

Yealy DM, Paris PM, Kaplan RM, et al. The safety of prehospital naloxone administration by paramedics. *AnnEmerg Med.* 1990;19:902-5.

2.3.3 I costi del farmaco

La centralità dei servizi pubblici per le dipendenze nel modello italiano di THN, se da un lato espone la distribuzione di naloxone alle oscillazioni di bilancio di regioni e ASL, e dunque in regime di crescenti tagli alla sanità può rappresentare un fattore di rischio, nel complesso negli anni ha giocato un ruolo facilitante sotto il profilo dei costi. Il naloxone distribuito ai consumatori è quello ospedaliero e proviene dalle farmacie delle ASL; il naloxone non è un farmaco costoso, e l'acquisto da parte dei servizi pubblici in un ambito di economia di scala ne abbatta ulteriormente il livello: secondo dati 2016⁵², una fiala costa alla sanità pubblica in media (calcolata su diversi produttori) 2,07 euro nel 2016, con flessioni non importanti negli anni (erano 1,7 euro nel 2013, 1,8 euro nel 2014, 1,93 nel 2015). Nel 2016, alle farmacie private, il farmaco viene venduto ad un prezzo variabile tra 2,62 € (Galenica Senese srl) e 4,54 € (Hospira Italia srl). Il dato medio 2016 è di 4,2 euro.

Di seguito la stima dei costi sostenuti in un anno (2015) in media da ognuno dei 57servizi di RdD censiti che distribuiscono naloxone⁵³:

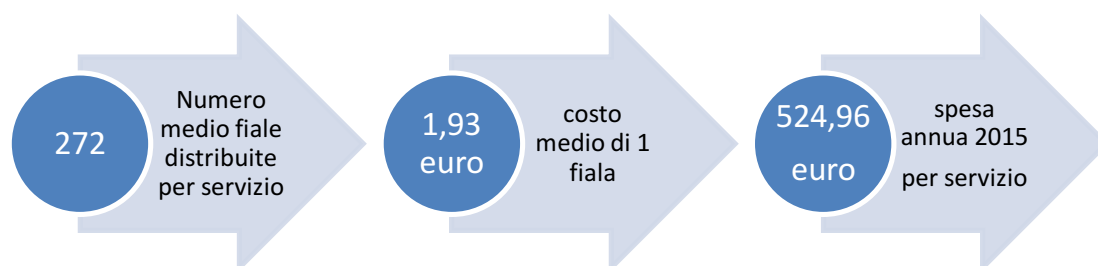


Fig 2.8. Spesa annua stimata per il naloxone per servizio, 2015

Considerando il numero di fiale distribuite complessivamente nell'anno 2015 secondo il medesimo censimento, il volume di spesa nazionale complessivo stimato risulta:

⁵² dati desunti da Farmacie ASL

⁵³ I dati relativi ai servizi di RdD che distribuiscono naloxone sono in: CNCA - Forum Droghe (2016) Riduzione del danno e limitazione dei rischi, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), cit

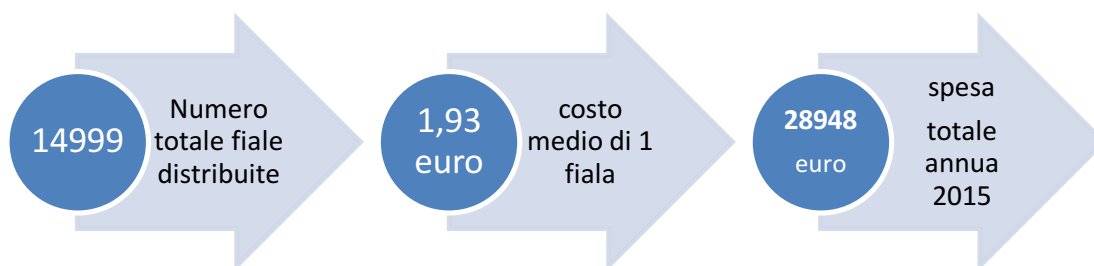


Fig 2.9. Spesa annua stimata per il naloxone, 2015

Questi dati indicano una indubbia sostenibilità economica degli interventi di THN, considerando che le prestazioni di consulenza, informazione e formazione che accompagnano la consegna del farmaco fanno parte delle prestazioni professionali a regime, già previste nella gestione dei servizi di RdD.

2.3.4 La distribuzione del naloxone nel sistema dei servizi di RdD

Rilevazione CNCA (2014 e 2015)

Tra i servizi di RdD rilevati dalla citata mappatura (dati 2015)⁵⁴ 57, tra unità di strada e drop in, distribuiscono naloxone.

Nel 2015 questi servizi risultano distribuiti in maniera diseguale sul territorio nazionale: la maggiore copertura è in Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Campania; le regioni che risultato totalmente scoperte sono, al Nord, valle d'Aosta, Liguria; al centro Abruzzo e Molise e al Sud e Isole Basilicata, Sicilia e Sardegna

⁵⁴ CNCA - Forum Droghe (2016) Riduzione del danno e limitazione dei rischi, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), cit

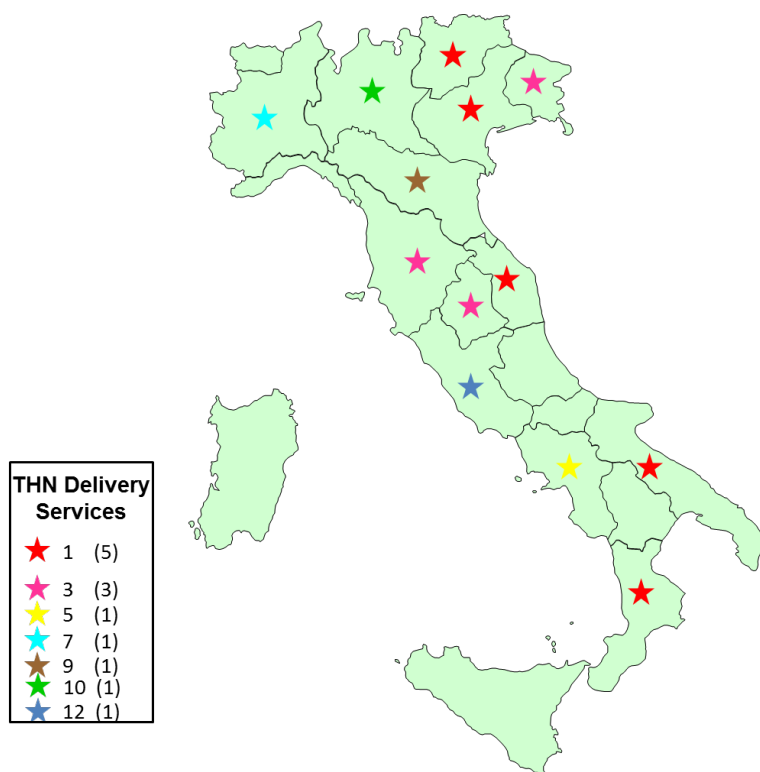


Fig 2.10 - Servizi che distribuiscono THN nelle Regioni italiane (dati 2015), CNCA

Tra il 2014 e il 2015 la stessa fonte registra un incremento medio del 6% nel numero di servizi che distribuiscono naloxone (da 54 a 57), con un andamento positivo per alcune regioni e una flessione negativa per altre:

Regione	Rilevazione2015	Rilevazione2014	Variazione %
Calabria	1	0	+100%
Campania	5	2	+150%
Emilia Romagna	9	6	+50%
Friuli Venezia Giulia	3	0	+300%
Lazio	12	14	-14%
Lombardia	10	7	+43%
Piemonte	7	12	-42%
Puglia	1	0	+100%
Toscana	3	4	-25%
Trentino Alto Adige	1	1	-
Umbria	3	3	-
Veneto	1	4	-75%
Marche	1	1	-
Totale	57	54	6%

Come già osservato per i servizi RdD in generale, non vi è sempre corrispondenza tra la presenza e il numero di servizi THN e popolazione residente, vi sono regioni molto popolate prive di THN o scarsamente coperte:

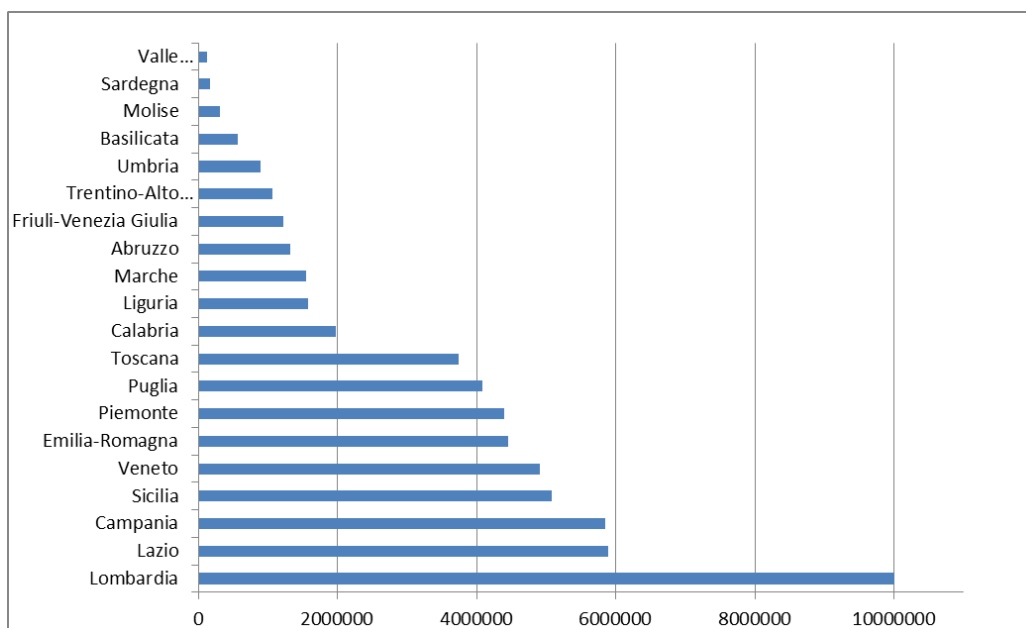


Fig 2.11 - Popolazione residente al 1/1/2016 per Regione (fonte ISTAT, 2016)

Nel 2015 dei 57 servizi che distribuiscono THN ai propri clienti, 2 non hanno fornito dati; i 55 servizi di cui si conoscono i dati di attività hanno un volume complessivo di *fiale distribuite* di 14.999, una media di 272 fiale all'anno.

Secondo questa fonte, il numero medio di contatti per servizio è di 10.735. Per contatti si intende la prestazione offerta agli utenti ad ogni loro passaggio dal servizio. La maggior parte dei servizi RdD registrano questo dato e non, se non una minoranza, quello relativo al numero degli utenti (persone fisiche), a causa delle peculiarità di questi servizi (anonimato, intervento sulla popolazione dei consumatori e non solo con i singoli) e per le differenti modalità di monitoraggio delle attività.

Il numero di contatti include pertanto l'offerta di prestazioni diverse, oltre alla consegna di naloxone: counselling e ascolto su diverse problematiche socio sanitarie, invio e accompagnamento ad altri servizi, consegna di materiale sterile e ritiro di quello usato, consegna di condom, effettuazione di test. Si stima che ogni 39 prestazioni, così complessivamente considerate, 1 consista nella consegna di naloxone.

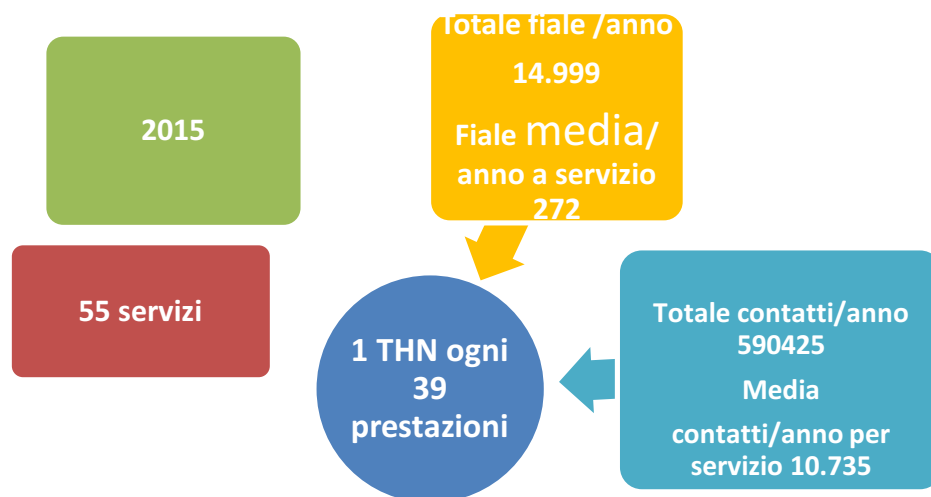


Fig 2.12 Consegna di naloxone per numero di contatti/prestazioni – Monitoraggio CNCA

Rilevazione del presente studio

Nell'ambito della ricerca, è stato compiuto un approfondimento circa i dati di attività di alcuni servizi, selezionati tra quelli che hanno partecipato allo studio, in base alla continuità di erogazione della prestazione THN e alla disponibilità e accessibilità dei dati di processo.

Hanno inviato i dati richiesti 10 servizi⁵⁵ su 20 interpellati.

Nella grafica i dati disponibili in ordine crescente per numero di servizi rispondenti (su 10 servizi):

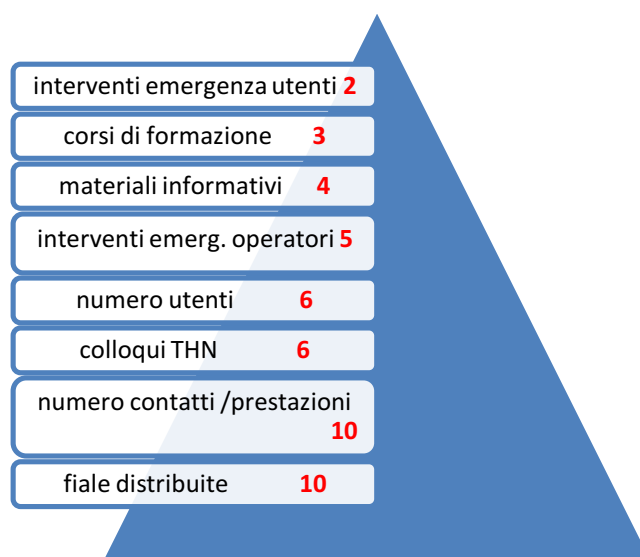


Fig 2.13 – Dati di attività disponibili per numero di servizi

⁵⁵ I 10 servizi censiti sono: **Piemonte**: Drop in Prassi ASL exTO2 – Torino; UDS Can GoASL exTO2 – Torino; Drop in ASL TO 3 – Collegno (TO); **Veneto**: Drop in e UDS Comune Venezia; **Trentino –Alto Adige**: Drop in Caritas - Bolzano; **Lombardia**: UDS Cooperativa Calabrone – Brescia; **Emilia Romagna**: Drop in AUSL e Cooperativa la Quercia – Reggio Emilia; **Campania**: UDS ASL Napoli1 – Napoli; **Lazio**: Centro Prima Accoglienza Parsec- ROMA; UDS Parsec - Roma

In base alle informazioni circa l'accessibilità ai dati di attività, si è verificato che questi erano disponibili per la gran parte dei rispondenti già dai primi anni di attività (metà anni '90) ma che per i più lo erano in formato elettronico solo a partire dal 2000. La rilevazione pertanto riguarda un arco di tempo tra il 2000 e il 2015. Nella grafica gli anni da cui sono disponibili dati di attività in formato elettronico per numero di servizi rispondenti (su 10 servizi):

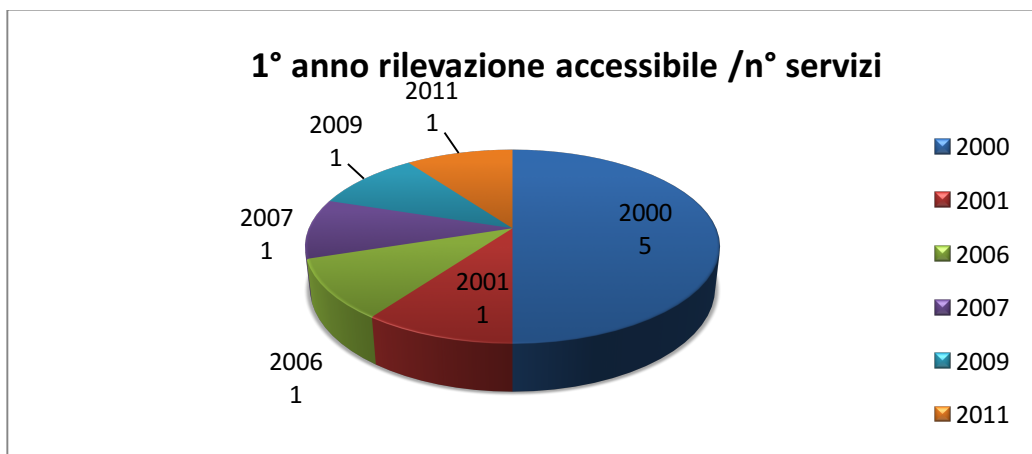


Fig 2.14 – Primo anno di rilevazione dati accessibile

Anno 2015.

L'ultimo anno di rilevazione dei dati di processo (2015) include dati relativi a *fiale distribuite e numero contatti* rilevati da tutti i 10 servizi rispondenti (per i contatti vale quanto esposto sopra in merito alle diverse prestazioni incluse). Questi i dati complessivi, che evidenziano come, in media, ogni 40 contatti/prestazioni uno include la consegna di naloxone, confermando il dato del precedente monitoraggio:



Fig 2.15 - Consegna di naloxone per numero di contatti/prestazioni – Monitoraggio del presente studio

Tra i 6 servizi che producono dati sul numero degli *utenti* (persone fisiche), risulta che ogni 5 utenti, in media 1 riceve il naloxone:

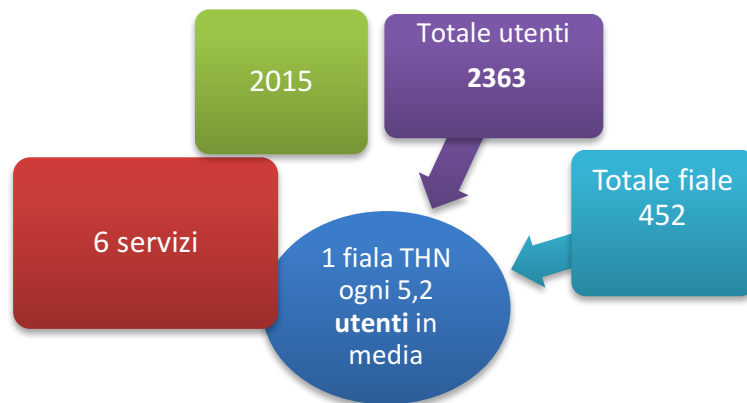


Fig 2.16 - Consegna di naloxone per numero di utenti– Monitoraggio del presente studio

Per quanto concerne i colloqui informativi e di consulenza correlati alla consegna di naloxone, complessivamente tra i 6 servizi che hanno prodotto questo dato è possibile considerarne soltanto 3, in quanto i rimanenti 3 hanno fornito dati relativi a tutti i colloqui, non disponendo di dati disaggregati per oggetto dei colloqui stessi. Gli stessi 3 servizi indicano anche il numero dei materiali informativi sul naloxone distribuiti contestualmente alla consegna

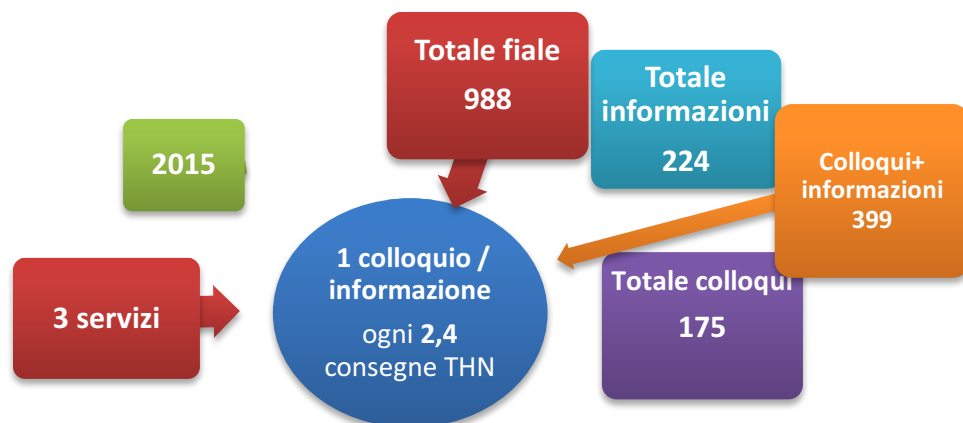


Fig 2.17 – Colloqui / informazioni per numero di consegne di naloxone – Monitoraggio del presente studio

Il risultato – 1 colloquio/informazione ogni 2,4 consegne – va letto considerando quanti, tra gli utenti, hanno già avuto il naloxone durante l’anno o comunque lo ricevono non per la prima volta.

Solo 3 servizi su 10 riportano dati su corsi di formazione di primo intervento per gruppi di utenti, ognuno dei servizi ha organizzato, nel 2015, tra 2 e 3 eventi.

Per quanto riguarda il soccorso portato direttamente dagli operatori a utenti in OD che si trovavano nei pressi del servizio, è un dato rilevato da 5 servizi, che complessivamente, nel 2015, hanno svolto 88interventi, con un range da un massimo di 48 interventi a un minimo di 1.

Solo un servizio su 10 raccoglie dati circa interventi di emergenza compiuti da utenti nel 2015: 200 interventi monitorati dall’Unità di strada di Napoli (24.000 contatti/anno), mentre un secondo servizio, quello di Venezia, ne segnala 26-28 all’anno negli anni 2008-2010 (7.300-10.600 contatti/anno)

Trend 2000-2015.

Considerando tutti i 10 servizi, la distribuzione del naloxone negli anni tra il 2000 e il 2015 registra un calo relativamente sia al numero di fiale consegnate rispetto al numero complessivo di contatti/prestazioni, sia rispetto al numero degli utenti.

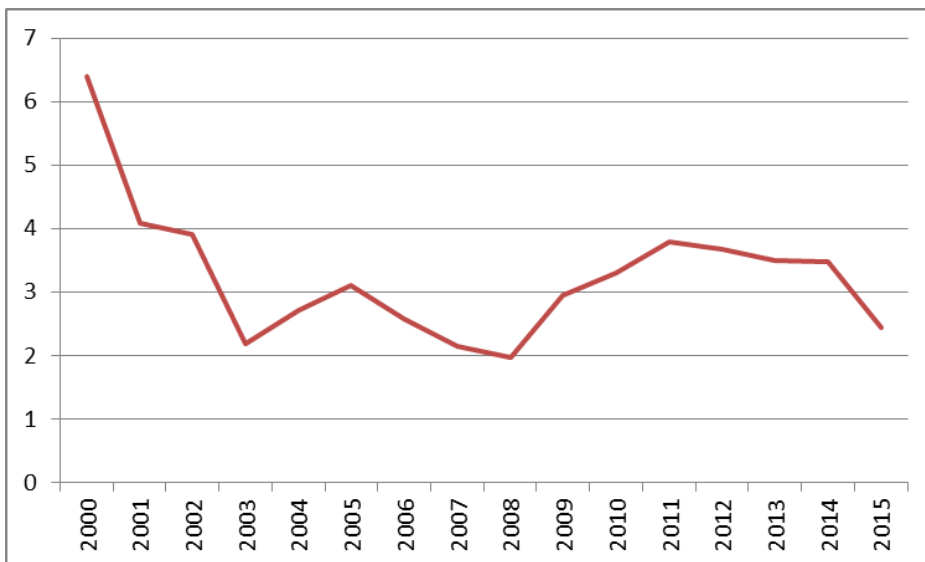


Fig 2.18 Andamento del tasso di distribuzione: numero medio di fiale per 100 contatti

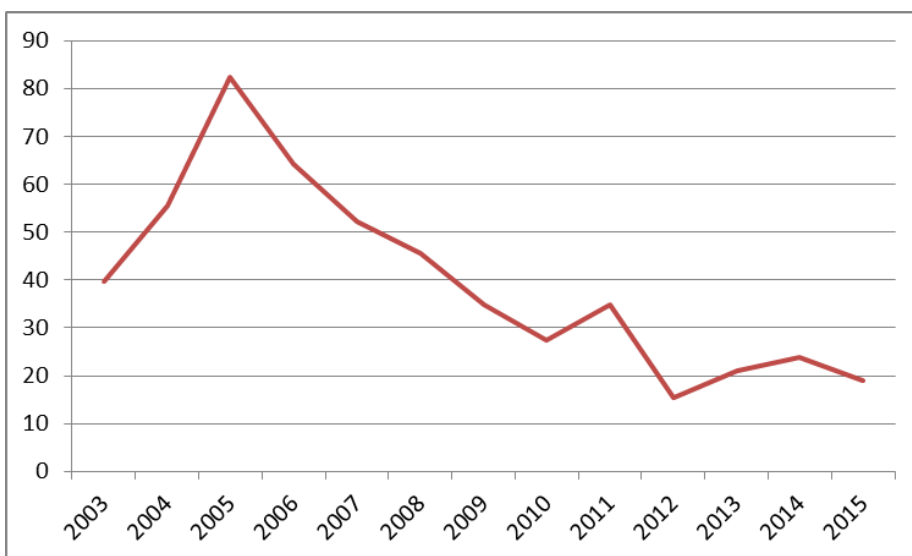


Fig 2.19 Andamento del tasso di distribuzione: numero medio di fiale per 100 individui (dati disponibili dal 2003)

Le ragioni di questo decremento – evidenziate dal presente studio⁵⁶ – sono riferite a molteplici fattori che caratterizzano il contesto italiano.

➤ **Fattori relativi all'utenza** dei servizi: tra il 2000 e il 2015 alcuni servizi di RdD hanno registrato un calo nel numero di contatti/prestazioni o degli utenti; altri, pur mantenendo o anche incrementando il volume di attività, segnalano mutamenti nella composizione dell'utenza, che si

⁵⁶ Per una analisi approfondita vedi al capitolo 3.1

differenza per stili di consumo, con l'emergere di consumatori che non usano oppiacei (per esempio la crescente affluenza di utenza immigrata che usa prevalentemente alcool) o che ne fanno un uso saltuario e non per via iniettiva (per esempio i giovani policonsumatori), dunque con una diversa sensibilità verso il rischio OD. Inoltre, va considerato che nei servizi in questione – alcuni attivi da 20 anni - la percentuale di nuovi utenti sul totale degli utenti nel tempo è diminuita, dunque è aumentata percentualmente l'utenza che già frequenta il servizio ed è in possesso del naloxone. Fatta eccezione per gli interventi nei setting naturali di consumo e del divertimento, i servizi di RdD, i drop in e le UDS che sono attivi nel modello THN, intercettano raramente i nuovi (poli)consumatori di oppiacei

➤ **Fattori relativi al contesto e alla politica delle droghe:** l'effettivo decremento delle OD negli anni ha concorso ad abbassare l'attenzione delle politiche nazionali sulle OD stesse, attenzione che, al contrario, era stata enfatizzata dall'allarme delle morti droga-correlate negli anni '90. Questo calo di attenzione politica, che contribuisce a demotivare gli operatori, si riflette secondo gli intervistati anche all'interno dei servizi, in un momento in cui tuttavia l'OD da oppiacei continua a rappresentare un danno correlato significativo e in parziale aumento nell'ultimo biennio. In altre parole, i servizi stanno scontando il più generale scarso investimento e sostegno politico alla RdD, l'assenza di linee guida nazionali, il mancato investimento per una ricerca finalizzata sia alla conoscenza degli stili di consumo sia a monitorare e valutare gli interventi di RdD e del THN in particolare.

➤ **Fattori relativi alle risorse:** la politica di austerità ha riguardato anche il sistema dei servizi delle dipendenze pubblici e privati convenzionati, influenzando non tanto sull'acquisto di naloxone in sé – che come si è detto rappresenta un costo contenuto – quanto sulla riduzione complessiva del personale, del monte ore degli operatori e delle ore di apertura e di intervento, fattori che riducono complessivamente l'operatività ricadendo anche sulla prestazione THN. Questi tagli hanno portato anche a un mancato turn over nelle equipe, con conseguenti situazioni – riportate dagli operatori - di stanchezza e burn-out che vanno a discapito di una costante, attenta e motivata offerta di naloxone, capace anche di raggiungere e sollecitare i nuovi utenti e quelli più resistenti.

2.3.5 Il ruolo delle farmacie nell'accessibilità del naloxone

Il naloxone in quanto farmaco da banco è in vendita presso le farmacie e può essere acquistato liberamente, senza ricetta, da qualsiasi cittadino. Inoltre, in quanto farmaco salvavita, le farmacie sono obbligate ad averlo sempre a disposizione. Nonostante questo, le farmacie non hanno un ruolo rilevante nel modello italiano di THN: nel presente studio sia i consumatori che gli operatori confermano quanto rilevato in modo aneddotico da chi opera sul campo, i consumatori si rivolgono raramente alle farmacie, vuoi per ignoranza circa l'accessibilità del farmaco, vuoi e non secondariamente per fattori correlati al rapporto spesso non facile con il personale delle farmacie, la percezione dei consumatori di essere "clienti non graditi" priva i farmacisti della potenziale opportunità di essere un più incisivo punto-rete per le persone che usano sostanze, in ottica di prevenzione e promozione della salute, vuoi per l'acquisto di materiale sterile che per il naloxone⁵⁷. Si tratta indubbiamente di una opportunità persa, se si considera la presenza capillare delle farmacie negli 8000 comuni italiani: nel 2015 le farmacie in Italia sono complessivamente 18.201 (16.560 private e 1.641 pubbliche), in media 1farmaciaogni 3.340 abitanti, dato in linea con la media europea.⁵⁸

Non ci sono dati disponibili sul numero complessivo di dosi effettivamente vendute in farmacia in Italia; è possibile tuttavia avere un quadro relativo al mercato del naloxone attraverso i dati delle forniture alle farmacie di ospedali e presidi sanitari, da un lato, e alle farmacie (private o comunali) dall'altro⁵⁹. Nel periodo di 3 anni compreso tra maggio 2013 e maggio 2016, ospedali e presidi sanitari hanno acquistato 999.942 confezioni di naloxone (in media 333.314 all'anno), a fronte di

⁵⁷ Per approfondire vedi al capitolo 3.2

⁵⁸ Dati Federfarma, in <https://www.federfarma.it>

⁵⁹ dati desunti da Farmacie ASL

62.273 fiale alle farmacie per la vendita a privati (in media 20.757 all'anno). Considerando il numero di farmacie sul territorio, ogni anno ogni farmacia acquista 1,1 confezione di naloxone, un dato estremamente basso, indicatore di un mercato estremamente ridotto.

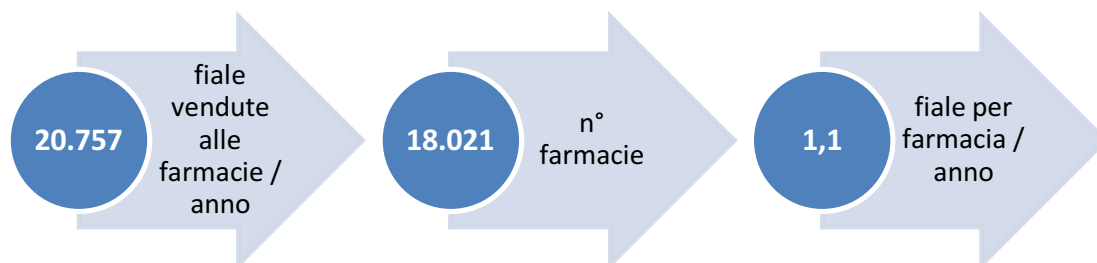


Fig. 2.20 - Vendita naloxone alle farmacie - Italia

I risultati della ricerca

3.1 La prospettiva degli operatori⁶⁰

Il capitolo presenta i risultati dell'indagine svolta attraverso questionario on line mirata agli operatori, i risultati dei focus group e la discussione conclusiva

3.1.1 Risultati dell'indagine sugli operatori

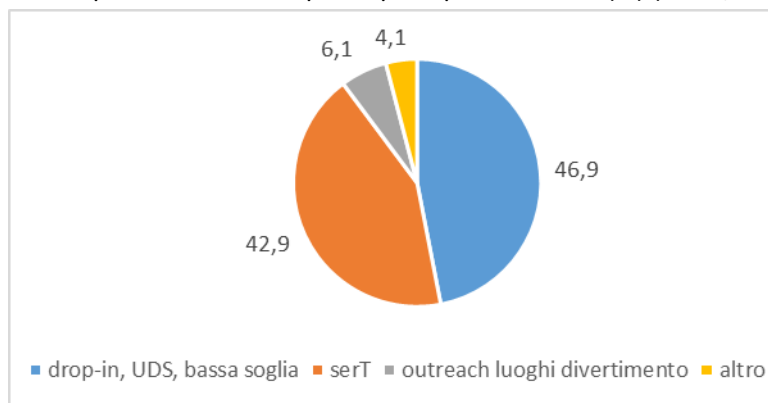
1. Il campione
2. Distribuzione del naloxone
3. Strategie di prevenzione
4. Le pratiche relative al THN
5. Cambiamenti nel tempo
6. Opinioni su farmaco e sul TRN

1. Campione

Il campione è composto prevalentemente da servizi di drop-in, unità di strada (USD) e altri servizi a bassa soglia (dormitori, servizi notturni), che costituiscono poco meno della metà del campione (46,9%) e dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerD) (42,9%). Hanno risposto anche tre servizi che si occupano di interventi di outreach nei luoghi del divertimento e due Comunità, una terapeutica e una di reinserimento, che sono computate nella categoria "altri servizi".

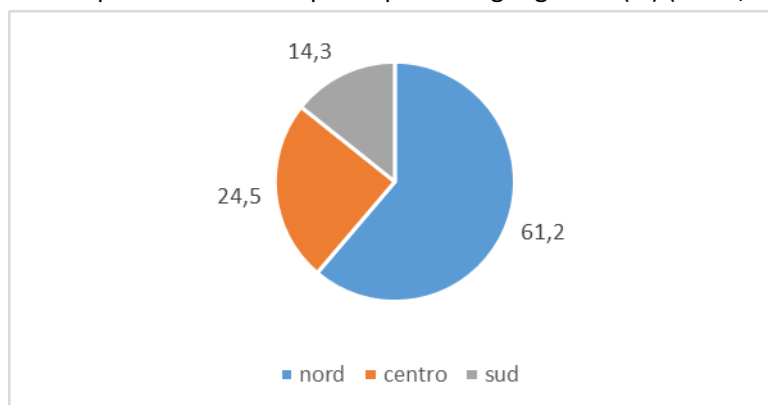
⁶⁰Capitolo a cura di Sara Rolando e Franca Beccaria

Fig. 3.1 Composizione del campione per tipo di servizio (%) (N=49, 14 n.r.⁶¹)



La maggior parte dei servizi rispondenti (61,2%) si trova in un comune del nord Italia, mentre solo circa uno su quattro (24,5%) è collocato in una delle regioni dell'Italia centrale. I servizi del sud Italia costituiscono una stretta minoranza del campione, inferiore al 15%. In linea con i dati di una precedente indagine⁶² questa composizione riflette una reale minore diffusione dei servizi che distribuiscono il naloxone nelle regioni meridionali.

Fig. 3.2 Composizione del campione per area geografica (%) (N=45, 18 n.r.)



Come era stato richiesto, vista la natura pragmatica delle domande, a compilare il questionario sono stati soprattutto responsabili operativi e operatori dei servizi, che costituiscono insieme quasi il 70% del campione, mentre i dirigenti rappresentano solo il 25% del campione.

Per quanto riguarda la professionalità dei rispondenti, si tratta in prevalenza di medici e di educatori professionali, che rappresentano rispettivamente il 37,5% e il 35,4% del campione. Al terzo posto seguono gli psicologi (10,4%), al quarto gli infermieri e gli operatori pari (entrambi pari al 4,2%). Nella categoria altro si trovano due operatori sociosanitari (OSS), un sociologo e un operatore di strada. I medici, che sono in assoluto i più numerosi (N=18), sono in prevalenza specializzati, nell'ordine, in psichiatria, igiene, medicina di urgenza e tossicologia.

⁶¹ "Non risposte", numero risposte mancanti rispetto, in questo caso, al campione generale

⁶² DPA - Relazione al Parlamento 2015, Riduzione del danno, in <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>.

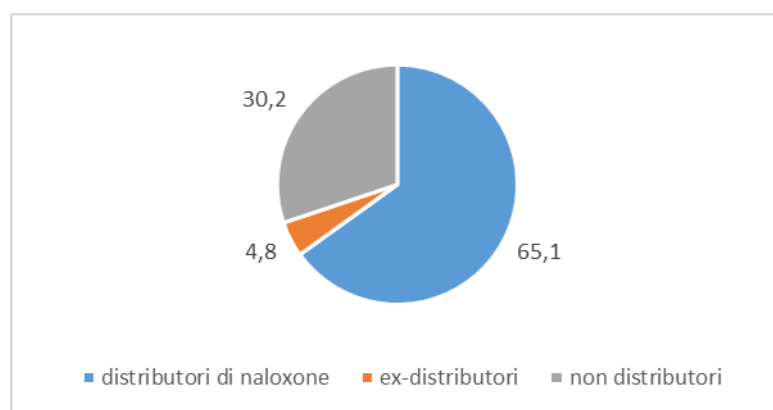
L'età media dei rispondenti è 49,5 anni, gli over50 rappresentano la maggioranza relativa del campione, costituendo quasi il 50% dei rispondenti, mentre gli under 40 sono solo il 16,7%. Questa composizione riflette quanto richiesto dalle indicazioni di compilazione, rivolte in modo particolare a coloro che possiedono una prospettiva "storica" delle pratiche relative al THN.

Il sesso dei rispondenti è prevalentemente femminile (58,3%), anche se la distribuzione di genere è abbastanza bilanciata.

2. Distribuzione del naloxone

Coerentemente con lo scopo della ricerca e con la strategia di diffusione adottata, la maggior parte del campione è costituita da servizi che distribuiscono il naloxone o che lo hanno distribuito in passato (circa 70%). La restante parte del campione è composta da servizi che non lo hanno mai distribuito, tra cui anche servizi pubblici per le dipendenze (SerD), sebbene la prevenzione delle morti per overdose (OD) faccia parte della loro mission. A questo circa 30% del campione è stata proposta una selezione ridotta di domande specifiche.

Fig. 3.3 Distribuzione del naloxone nei servizi coinvolti (N=63)



Incrociando i dati sul tipo di servizio e quelli sulla distribuzione del campione (tabella1) possiamo notare che chi non distribuisce il naloxone sono le comunità (comprese nella voce altro) e poco meno della metà dei SerD (47,6%), mentre lo distribuiscono tutti i servizi di outreach nei luoghi del divertimento e la maggior parte (78,3%) dei drop-in e degli altri servizi a bassa soglia che hanno risposto.

Come si può evincere dalla tabella seguente, la maggior parte dei servizi settentrionali coinvolti nell'indagine (80%) distribuisce il naloxone, come succede per il centro, anche se in misura inferiore (58,3%) a differenza del sud che, oltre a essere il campione numericamente più ridotto, è anche composto prevalentemente da

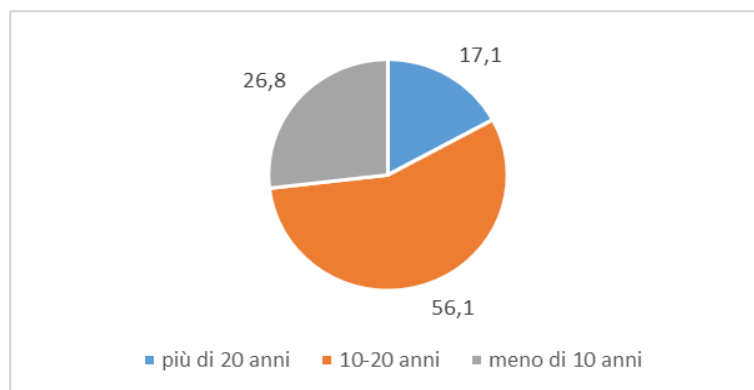
servizi che non distribuiscono il naloxone (6 su 7). Questa distribuzione, seppure non rappresentativa, rispecchia quanto rilevato dal già citato lavoro di mappatura svolto nel 2015.

Tab. 3.1 – distribuzione di naloxone * area geografica (N=49, 14 n.r.)

	Area geografica		
	nord	centro	sud
distributori	24 80,0%	7 58,3%	1 14,3%
ex-distributori	0 0,0%	1 8,3%	0 0,0%
non distributori	6 20,0%	4 33,3%	6 85,7%
totale	30 100,0%	12 100,0%	7 100,0%

I servizi che distribuiscono attualmente naloxone (41), lo fanno mediamente da molti anni: più della metà del campione (56,1%) da almeno 10 anni, e il 17,1% da addirittura più di 20 anni. Quelli che hanno adottato questa pratica da meno di 10 anni, cioè dopo il 2006, rappresentano invece solo poco più di un quarto del campione (26,8%). L'arco temporale va dal 1990 al 2013, la media è rappresentata dal 2001 con una deviazione standard pari a 6,64.

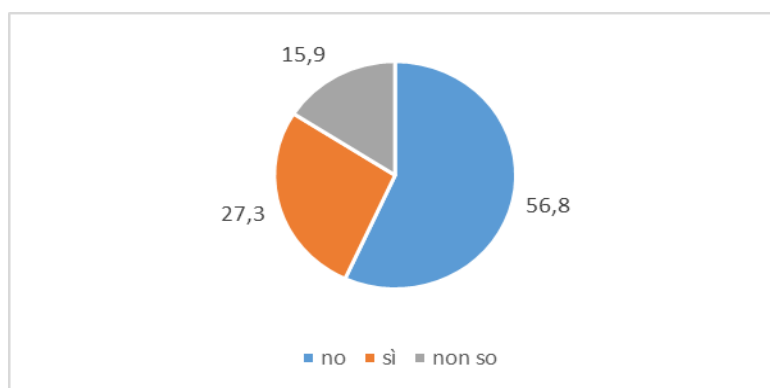
Fig. 3.4 Da quanto tempo viene distribuito il naloxone (%) (campione distributori, N=41)



Dei tre servizi del campione che abbiamo denominato “ex-distributori”, uno ha distribuito il naloxone per un lungo periodo (14 anni) mentre gli altri due hanno avuto un’esperienza più breve (4 e 7 anni). Secondo quanto dichiarato la distribuzione è stata interrotta per diverse ragioni: una riduzione del bisogno dell’utenza (in ragione dei cambiamenti intervenuti nei consumi) (3 casi su 3), mancanza di fondi (2 casi su 3) e per una modifica dell’assetto organizzativo istituzionale (1 caso). Le risposte su chi ha deciso tale interruzione sono più vaghe: solo un rispondente su tre infatti ha indicato che la decisione è stata presa a livello aziendale.

L’introduzione della pratica Take Home Naloxone (THN), secondo più della metà dei rispondenti non ha incontrato degli ostacoli, mentre nel 27,3% dei casi risultano esserci stati dei problemi.

Fig. 3.5 Ostacoli all’introduzione del THN (%) (campione distributori + ex-distributori, N=44)



Si tratta in tutto di 12 rispondenti, che in più della metà dei casi fanno riferimento alle difficoltà di accettare questa pratica di intervento da parte o degli operatori in generale (4 casi), o di quelli sanitari (2) o dei volontari (1). Altri ostacoli segnalati riguardano la mancanza di sostegno da parte della Regione (3) o dell'azienda (2 casi), le difficoltà incontrate con le forze dell'ordine (2) e quelle di natura organizzativa (2).

Tab. 3.2 Ostacoli all'introduzione del naloxone (N=12)

	N	% dei casi (N=12)
difficoltà di accettazione da parte degli operatori	4	33,3%
mancanza di sostegno regionale	3	25,0%
mancanza di sostegno aziendale	2	16,7%
problemi di budget	2	16,7%
difficoltà di accettazione da parte degli operatori sanitari	2	16,7%
difficoltà con le forze dell'ordine	2	16,7%
difficoltà organizzative	2	16,7%
difficoltà di accettazione da parte di volontari	1	8,3%

Dei servizi che distribuiscono o hanno distribuito il naloxone in passato, più di due su tre (70,6%) hanno dichiarato di avere dati di monitoraggio sulla distribuzione, ma solo 5 servizi hanno condotto delle ricerche sulle modalità di utilizzo del naloxone da parte degli utenti.

Esaminando i servizi in cui il naloxone non è mai stato distribuito, secondo la metà dei rispondenti una delle ragioni per non avere adottato questo intervento è la sua non appropriatezza rispetto alla mission del servizio. Altri motivi, meno frequentemente citati, sono la mancata accettazione da parte degli operatori (3 casi), la scarsa presenza di consumatori di oppiacei tra gli utenti (3 casi) la mancanza di risorse (2 casi) e gli

effetti iatrogeni del farmaco (1 caso). Tra le motivazioni fornite liberamente nella voce “altro” qualcuno sostiene – denotando una certa confusione - che “*si punta maggiormente sulla prevenzione dell’overdose più che sulla sua cura*” o che distribuire il naloxone “*non è stata focalizzata quale priorità*”, qualcun altro invece fa riferimento a problemi di tipo burocratico che finora lo hanno impedito.

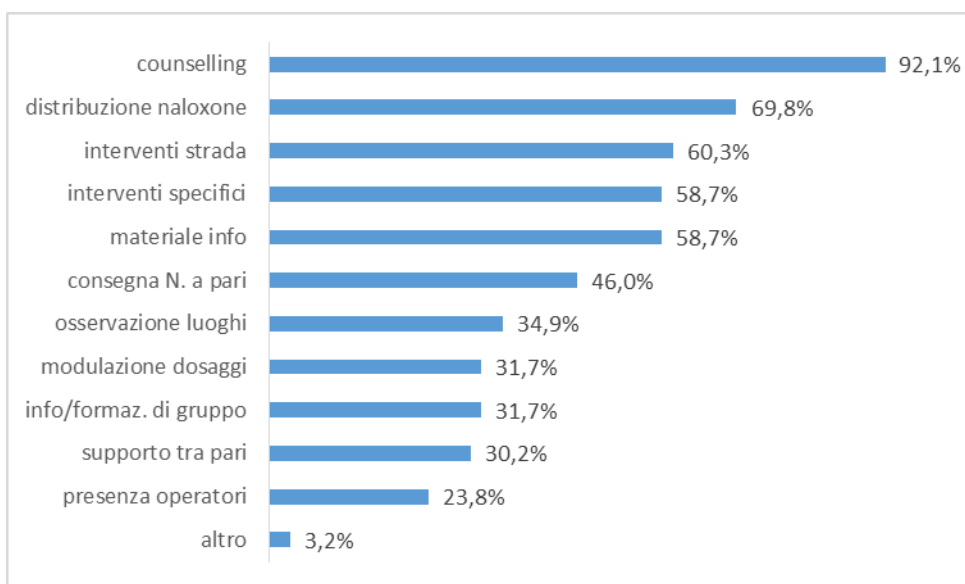
Tab. 3.3 Motivi per non distribuire il naloxone (campione non distributori, 2 n.r.)

	% N	n casi (N=14)
non appropriatezza dell'intervento	7	50,0
non accettazione degli operatori	3	21,4
scarsa presenza consumatori	3	21,4
altro	3	21,4
mancanza risorse	2	14,3
effetti iatrogeni	1	7,1
mancanza prove efficacia	0	0,0

3. Strategie di prevenzione e dell’esito negativo delle overdosi

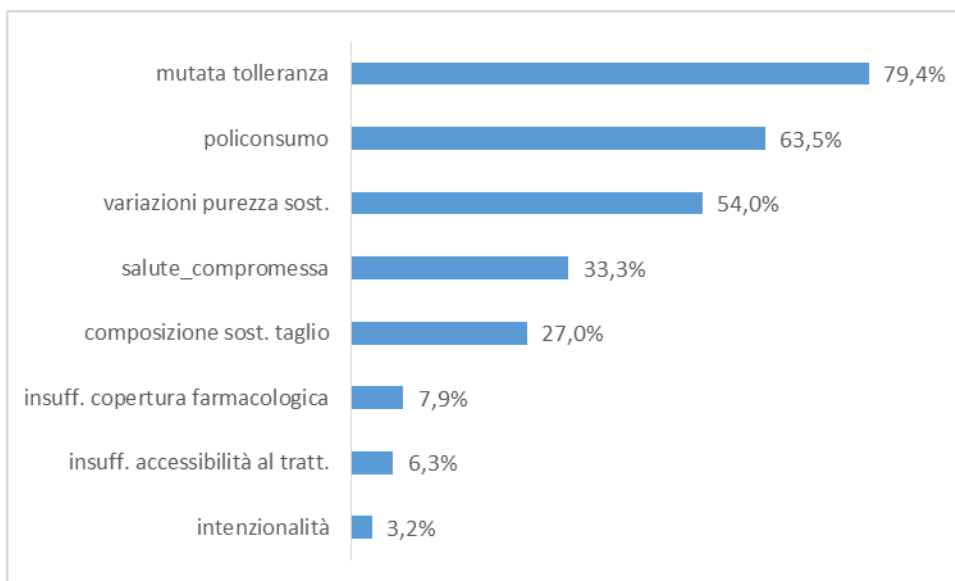
Per prevenire gli episodi di OD e la mortalità da OD di eroina i servizi utilizzano diverse strategie. Tra queste la più citata è il counselling individuale, segnalato da più del 90% dei rispondenti. La distribuzione di naloxone ai consumatori viene al secondo posto, indicata da più di due rispondenti su tre (69,8%). Incrociando le risposte per tipo di servizio, si può notare che la quota dei servizi che distribuiscono il naloxone sale all’82,6% nel caso dei drop-in e degli altri servizi bassa soglia e al 100% nei servizi di outreach nei luoghi del divertimento, mentre scende al 57,1% nel caso dei SerD. Seguono, con valori simili che si attestano intorno al 60%, gli interventi di strada e nei contesti di consumo (69,8%), la distribuzione di materiale informativo (58,7%) e l’attivazione di specifici interventi protettivi rivolti ai soggetti a maggiore rischio (58,7%). Poco meno della metà dei servizi (46%) consegna il naloxone, oltre che ai consumatori, anche a pari, familiari o amici. Più di un servizio su tre (34,9%) adotta quale strategia quella di osservare la mobilità dei consumatori e la variazione dei luoghi di aggregazione sul territorio locale (34,9%). Poco meno di un servizio su tre (31,7%) adotta l’informazione o la formazione di gruppo o modula i dosaggi e gli affidamenti dei farmaci oppio agonisti. Circa il 30% dei servizi lavora sul supporto tra pari, anche attraverso il coinvolgimento di opinion leader. Infine, nel 23,8% dei casi, i servizi garantiscono la presenza fisica degli operatori con naloxone e defibrillatore nei luoghi di consumo. Altre strategie, segnalate spontaneamente dai rispondenti, sono lasciare il naloxone disponibile nei SerD e nei drop-in e adottare dei protocolli di intervento in caso di intossicazione.

Fig. 3.6 Strategie di prevenzione della overdose da eroina (% dei casi, N=63) (più risposte possibili)



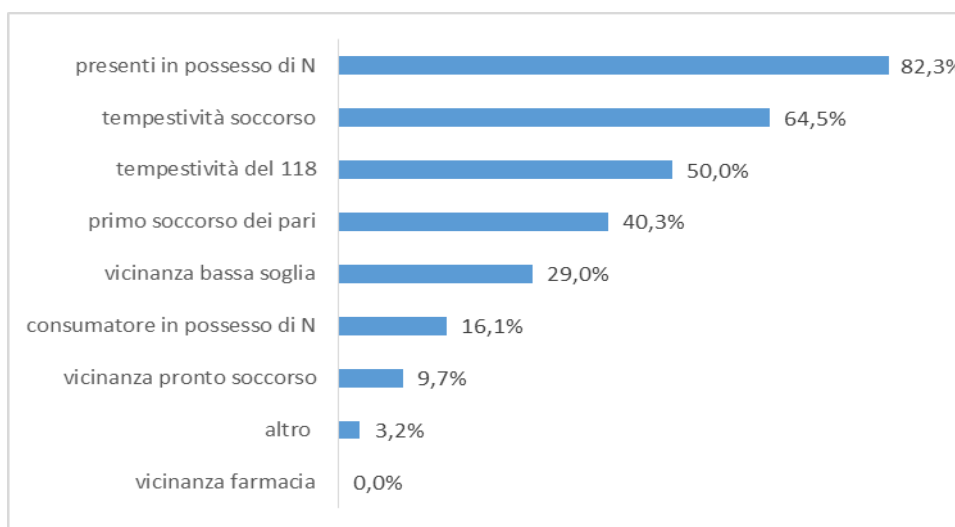
La causa di OD da oppiacei più citata dai rispondenti (79,4%) sono i mutati livelli di tolleranza del consumatore, ad esempio in seguito a un periodo di astinenza trascorso in carcere o in comunità. Al secondo posto si colloca il policonsumo, cioè l'assunzione contemporanea di sostanze psicoattive diverse (63,5%). Al terzo posto vengono le variazioni della purezza della sostanza, citate da più della metà dei rispondenti (54%). Seguono: uno stato di salute compromesso, indicato da un rispondente su tre (33,3%) e la diversa e non nota composizione della sostanza da taglio (27%). Meno di un rispondente su dieci ha invece indicato, tra le principali cause di OD, un'insufficiente copertura farmacologica dovuta al basso dosaggio di oppio agonisti e una scarsa accessibilità al trattamento. Infine, sono solo due i rispondenti che includono tra le principali cause delle OD un certo grado di intenzionalità da parte del consumatore.

Fig. 3.7 Principali cause delle overdose da oppiacei (% dei casi, N=63) (più risposte possibili)



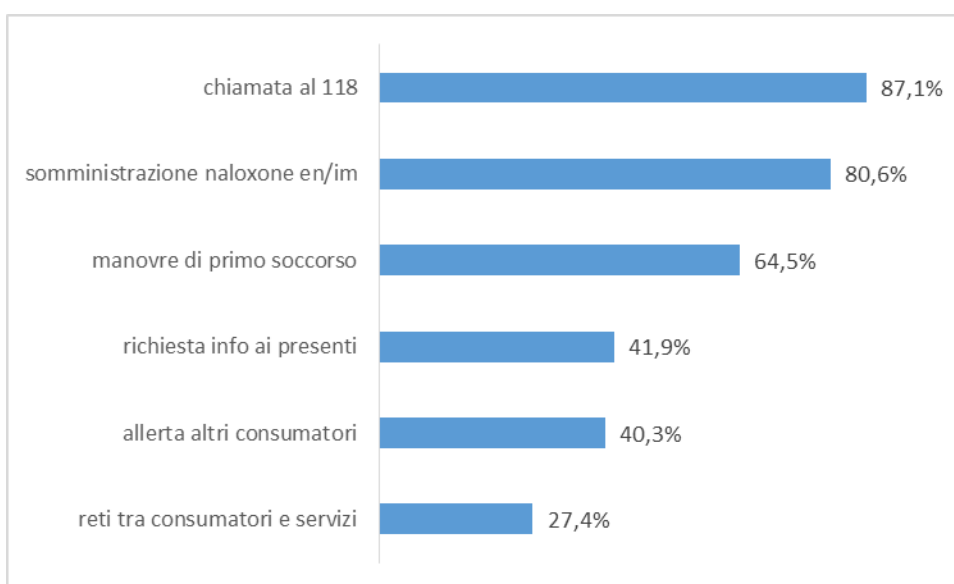
Il possesso di naloxone da parte di persone presenti è la condizione più frequentemente citata dai rispondenti quale fattore predittivo di un esito positivo di un'OD (82,3%), anche più della tempestività degli interventi di soccorso (64,5%) e del 118 (50%). Questa convinzione è diffusa soprattutto nei servizi che distribuiscono il naloxone o che lo hanno distribuito in passato, più che nei servizi che non lo distribuiscono, con una differenza statisticamente significativa rilevata con il test di Fisher ($p_1=0,025$; $p_2=0,033$). Il possesso di naloxone da parte del consumatore interessato risulta invece molto meno efficace, essendo stato indicato da meno di un intervistato su sei (16,1%). Più importante è invece la conoscenza delle pratiche di primo soccorso da parte dei pari, indicato dal 40,3% del campione. In riferimento alla presenza di servizi specifici in prossimità dell'episodio di OD, solo i servizi di bassa soglia risultano utili, secondo il 29% dei rispondenti, per evitare un esito negativo, mentre la vicinanza di un pronto soccorso sembra incidere poco (9,7%) e quella di una farmacia per nulla (0%). Altri fattori predittivi citati spontaneamente dai rispondenti sono la disponibilità anche di anexate, farmaco antagonista delle benzodiazepine, e il consumo in luoghi non isolati.

Fig. 3.8 Fattori predittivi dell'esito positivo di un'overdose(% dei casi, N=62, 1 n.r.) (più risposte possibili)



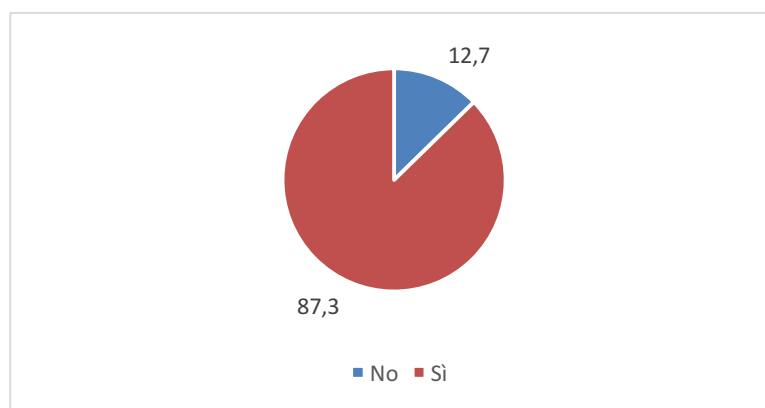
Quasi il 90% dei rispondenti ha dichiarato che il proprio servizio dà agli operatori l'indicazione di chiamare il servizio di pronto soccorso (118) in caso di overdose. Anche la somministrazione di naloxone, endovena o intramuscolo, è una indicazione diffusa, citata dall'80,6% del campione. Le manovre di primo soccorso, incluse le tecniche denominate *Basic Life Support*, sono citate da più della metà dei rispondenti (64,5%), mentre la richiesta di informazioni alle persone presenti e l'allerta e la sensibilizzazione degli altri consumatori si attestano intorno al 40% dei casi. L'attivazione di modalità di collaborazione tra consumatori e servizi, in funzione di antenna e di monitoraggio, riguarda invece solo il 27,4% del campione, ma con grandi differenze guardando ai diversi tipi di ente: infatti questa strategia è adottata da più della metà dei servizi di RDD (56,5%) a fronte di un solo servizio sui 21 SerD rispondenti, pari al 4,8%. Nei SerD risultano meno diffuse anche l'allerta diffusa ad altri consumatori e la richiesta di informazioni ai presenti.

Fig.3. 9 Indicazioni operative per la gestione delle overdosi (% dei casi, più risposte possibili) (N=62, 1 n.r.)



Le indicazioni operative adottate in caso di OD dai servizi risultano essere state condivise anche con operatori non sanitari e operatori pari nella stragrande maggioranza dei casi (87,3%). Questo dato è più alto nei servizi di RdD rispetto ai SerD (91,3% vs 85,7%).

Fig.3.10 Condivisione delle indicazioni operative con operatori non sanitari e operatori pari (% , N=63)



In più di un caso su tre del campione (34,9%), tutti gli operatori presenti sul posto sono autorizzati a somministrare il naloxone. Escluse le risposte "tutti" e "nessuno" (quest'ultima riguarda le comunità

terapeutiche e di reinserimento) le figure professionali citate sono prevalentemente quelle sanitarie, cioè medici e infermieri.

Tab. 3.4 Operatori autorizzati a somministrare il naloxone in caso di emergenza (N=61)

	Risposte		% dei casi (N=61)
	N	%	
tutti	30	34,9%	49,2%
nessuno	3	3,5%	4,9%
medici	24	27,9%	39,3%
infermieri	19	22,1%	31,1%
educatori	3	3,5%	4,9%
operatori pari	2	2,3%	3,3%
volontari	2	2,3%	3,3%
altro	2	2,3%	3,3%
psicologi	1	1,2%	1,6%
totale	86	100,0%	141,0%

Raggruppando le risposte per tipo di professione, risulta che nella maggior parte dei servizi (60,3%) sono autorizzati a somministrare il naloxone sia gli operatori sanitari (medici e infermieri) che quelli con un profilo sociale (principalmente educatori, ma anche operatori pari e volontari). Il dato generale nasconde però delle marcate differenze tra servizi per le dipendenze e servizi bassa soglia, con una significatività confermata dal test di Fisher ($p_1=0,001$; $p_2=0,001$): nei SerD infatti sono prevalenti i casi in cui sono autorizzati solo medici e infermieri (61,9%), a differenza dei servizi a RdD in cui prevalgono i casi in cui sono autorizzati tutti i profili professionali, anche quelli sociali (87%). Dai commenti aggiunti dai rispondenti nella modalità "altro" si capisce inoltre che, in qualche caso, gli operatori non sanitari sono soggetti a restrizioni: in un caso viene specificato che questi possono intervenire solo dopo avere contattato il 118 se autorizzati, in un altro che sono autorizzati a somministrare il naloxone solo per via intramuscolare. Un rispondente, infine, lamenta il fatto che gli operatori del suo servizio sono costretti a somministrare il farmaco dietro propria responsabilità personale a causa della mancanza di una normativa regionale in materia. Questa risposta indica che permane nei servizi una certa confusione sulla legalità dell'intervento, che non richiede alcuna specifica legge regionale.

Tab. 3.5 Professionalità autorizzate a somministrare il naloxone nei servizi (valori %, N=63)

	Tipo di servizio				Totale
	drop-in, UDS, bassa soglia	SerD	outreach luoghi divertimento	altro	
sanitari	3	13	1	0	17
	13,0%	61,9%	33,3%	0,0%	34,7%
sanitari e non	20	7	2	0	29
	87,0%	33,3%	66,7%	0,0%	59,2%
nessuno	0	1	0	2	3
	0,0%	4,8%	0,0%	100,0%	6,1%
	23	21	3	2	49
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4. Le pratiche relative al THN

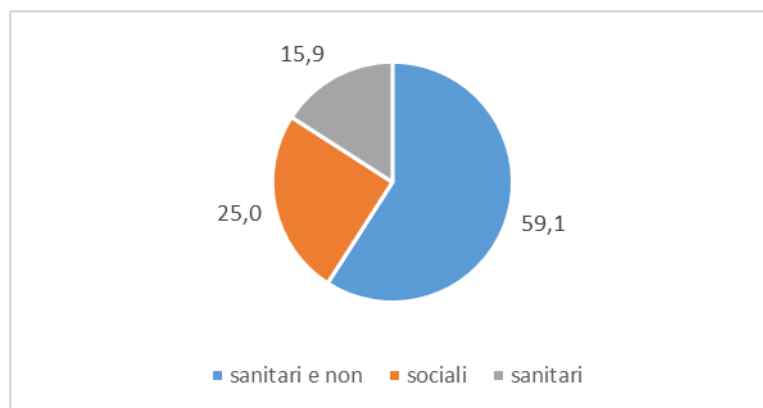
Nei servizi in cui si adotta – o si è adottato in passato – il THN, il naloxone viene o veniva consegnato da tutti gli operatori dell'unità operativa (22,7% dei casi) oppure da diverse figure professionali: gli educatori professionali sono citati in più della metà dei casi (56,8%), i medici nel 47,7% dei casi. A queste figure fanno seguito gli infermieri, coinvolti in più di un caso su tre (36,4%) e gli psicologi citati in meno di un caso su quattro (22,7%). Gli operatori pari e i volontari riguardano un numero esiguo di casi (entrambi sono citati solo da 5 rispondenti), anche se potrebbero essere inclusi nelle risposte “tutti gli operatori” o nella categoria “operatori di strada”. Questi ultimi sono stati citati spontaneamente nella voce “altro”, forse a indicare che il fattore discriminante è il ruolo più che il titolo professionale, che è in genere quello di educatore⁶³.

Tab.3.6 Chi consegna/va il naloxone (campione distributori + ex-distributori, N=44)

	Risposte		% dei casi (N=44)
	N	%	
educatori	25	26,0%	56,8%
medici	21	21,9%	47,7%
infermieri	16	16,7%	36,4%
psicologi	10	10,4%	22,7%
tutti	10	10,4%	22,7%
operatori pari	5	5,2%	11,4%
volontari	5	5,2%	11,4%
altri(operatori di strada)	4	4,2%	9,1%
totale	96	100,0%	218,2%

Accorpendo le categorie professionali, possiamo dire che nella maggioranza dei casi (59,1%) il naloxone viene distribuito, nell'ambito dello stesso servizio, sia da figure sanitarie che non sanitarie, in un caso su quattro (25%) dalle sole figure a profilo più “sociale” (dove sono stati inclusi educatori professionali, gli psicologi, gli operatori pari e i volontari). La distribuzione avviene invece esclusivamente attraverso figure sanitarie (medici e infermieri) in una minoranza di casi (15,9%).

Fig. 3.11 Figure professionali che consegnano/consegnavano il naloxone (campione distributori + ex-distributori, N=44)



⁶³ Oppure si è definito operatore di strada chi appartiene a quella minoranza che non ha un titolo riconosciuto.

Esaminando le risposte fornite dai diversi servizi, si nota però che in nessuno dei servizi di RdD né in quelli di outreach nei luoghi di divertimento la distribuzione viene affidata esclusivamente a personale sanitario, così come in nessuno dei SerD viene affidata esclusivamente a personale con un profilo sociale.

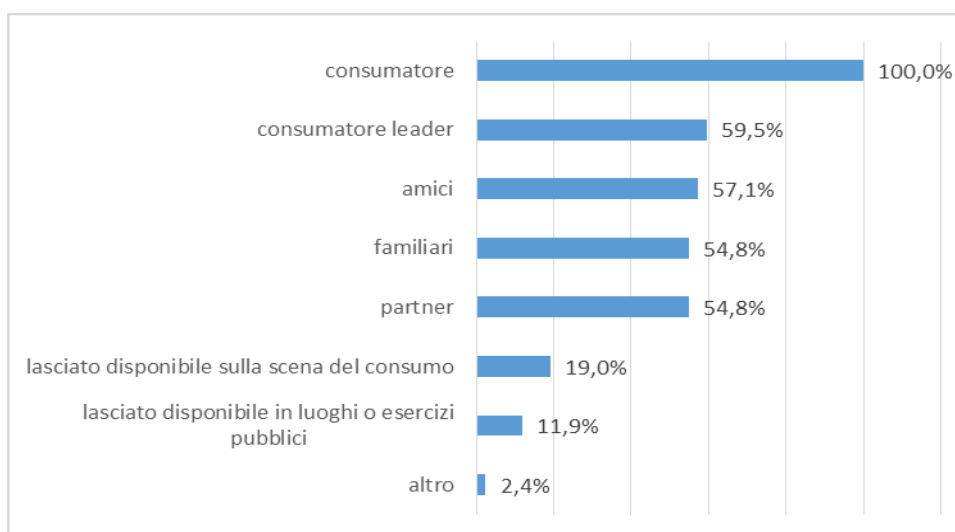
Tab. 3.7 Figure professionali che consegnano/consegnavano il naloxone * tipo di servizio (campione distributori + ex-distributori, N=44)

	Tipo di servizi			Totale
	drop-in, UDS, bassa soglia	SerD	outreach luoghi divertimento	
sanitari	0	5	0	5
	0,0%	45,5%	0,0%	15,2%
sanitari e non	10	6	2	18
	52,6%	54,5%	66,7%	54,5%
sociali	9	0	1	10
	47,4%	0,0%	33,3%	30,3%
	19	11	3	33
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Il naloxone viene o veniva consegnato, oltre al consumatore singolo, anche ai consumatori “leader”, cioè punto di riferimento per gli altri, in circa il 60% dei casi. Sempre nella maggioranza dei casi, il naloxone viene consegnato, in ordine di maggiore frequenza, agli amici (57,1% dei casi), ai partner (54,8%) e ai familiari (54,8%) del consumatore. Costituiscono una minoranza invece i casi in cui il naloxone viene lasciato disponibile sulla scena del consumo (19%) e in altri luoghi o esercizi pubblici (11,9%). In un caso il naloxone viene “lasciato disponibile negli ambulatori di somministrazione farmaci del SerD” (voce altro).

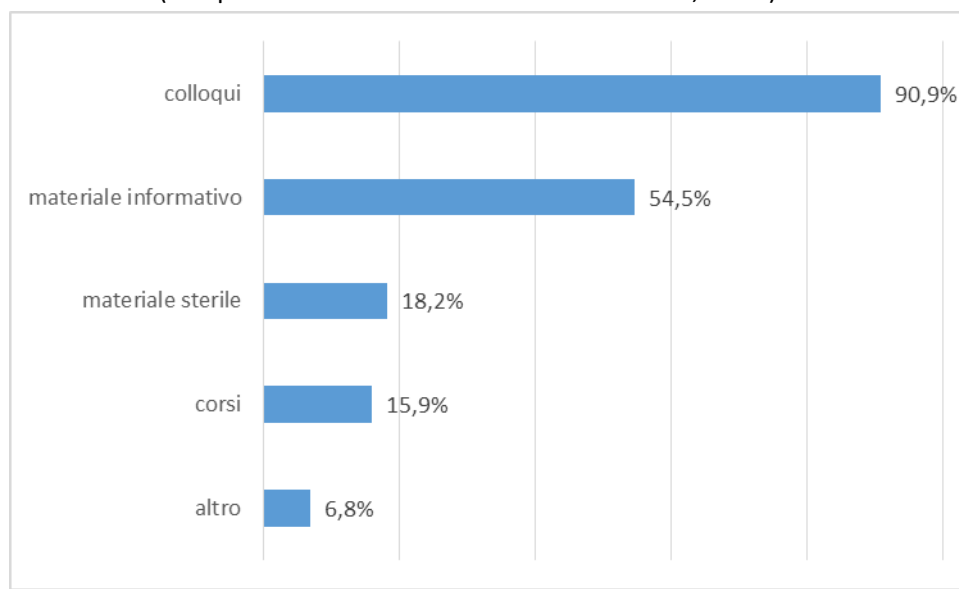
Osservando le differenze tra servizi, si può notare che la consegna a consumatori leader e agli amici è meno praticata nei SerD rispetto a quanto avviene nei servizi di RdD, mentre nei SerD si punta maggiormente sul partner e sui familiari.

Fig. 3.12 A chi viene/veniva consegnato o come è/era reso accessibile il THN (campione distributori + ex-distributori N=44)



La consegna del naloxone al consumatore avviene in più del 90% dei casi attraverso colloqui informativi individuali. In più della metà dei casi (54,5%) il servizio consegna contestualmente del materiale informativo, mentre solo in meno di un caso su cinque (18,2%) viene consegnato insieme al naloxone anche del materiale sterile (siringa, acqua). Sono ancora meno (15,9%) i casi in cui si attivano dei corsi di formazione sul farmaco e sul pronto intervento, che peraltro riguardano solo i servizi di RdD, mentre non sono stati segnalati da nessuno dei SerD.

Fig. 3.13 Con quale modalità viene/veniva consegnato il THN
(campione distributori + ex-distributori N=44, 1 n.r.)



Alla domanda (aperta) “con quali indicazioni” viene o veniva consegnato il THN, metà del campione rispondente ha fornito una risposta generica, dicendo che vengono spiegate le modalità di somministrazione ma senza specificarle. Tra le indicazioni specificate quella più citata è chiamare il 118 (38,6% dei casi), seguita dal consiglio di non consumare mai da soli, indicata da un quarto dei rispondenti, coerente con l’indicazione di avvisare gli altri consumatori (9,1%). Altre indicazioni specifiche riguardano la modalità di iniezione del farmaco (in tutto 29,6% dei casi), che sono diverse e anche incongruenti: in cinque casi l’indicazione è di fare la iniezione per via endovenosa o intramuscolare, in altrettanti casi l’indicazione è usare solo la modalità intramuscolo, in un caso sono indicate, oltre alle due modalità citate, anche quella sottocute. Altre indicazioni riguardano il rischio che il consumatore in seguito alla somministrazione vada in crisi di astinenza, e dunque la necessità di non abbandonarlo ma di restare a monitorare la situazione o di accettare la proposta di ricovero ospedaliero temporaneo. Infine qualcuno fornisce indicazioni sulle modalità di conservazione del farmaco o informazioni di natura legale.

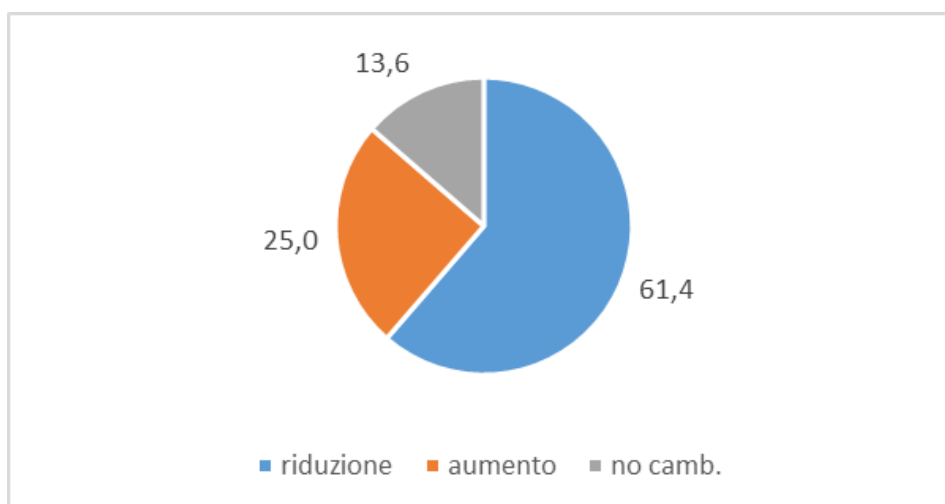
Tab. 3.8 Con quali indicazioni viene/veniva consegnato il THN (più risposte possibili)
(campione distributori + ex-distributori N=44)

	N	% dei casi (N=44)
risposta generica (farmaco salvavita, modalità di somministrazione)	22	50,0
chiamare il 118	17	38,6
non consumare da soli	11	25,0
modalità di iniezione im	5	11,4
modalità di iniezione ev o im	5	11,4
avvisare altri	4	9,1
pericolo di astinenza	3	6,8
non abbandonare	3	6,8
modalità di iniezione ev/im/in	2	4,5
accettare ricovero	2	4,5
altro (scadenza, info legali)	2	4,5
modalità di iniezione sottocute	1	2,3

5. Cambiamenti nel tempo

La maggior parte dei servizi che distribuiscono o hanno distribuito il naloxone (86,4%) nel corso degli anni ha modificato il numero di fiale distribuite, per lo più nel senso di una riduzione (61,4%), e questo vale, sebbene con percentuali un po' diverse, sia per i servizi che hanno più di 20 anni di esperienza, sia per quelli che ne hanno da 10 a 20, sia per quelli che ne hanno meno di 10. La riduzione degli interventi è inoltre la modalità di risposta più frequente sia per i SerD che hanno risposto a questa domanda, che per i servizi di RdD.

Fig. 3.14 Cambiamenti nel tempo del numero di fiale distribuite
(campione distributori + ex distributori, N=44) (%)

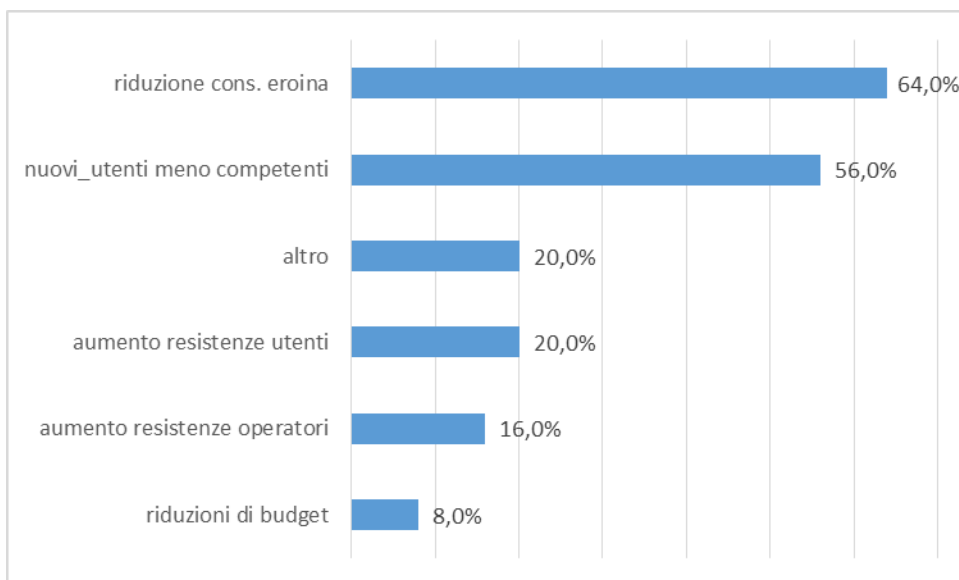


Tab. 3.9 Cambiamenti nel tempo * età del servizio

	anni di operatività del servizio			Totale
	più di 20 anni	10-20 anni	meno di 10 anni	
No	1 14,3%	3 13,0%	2 18,2%	6 14,6%
Sì, un aumento	2 28,6%	5 21,7%	4 36,4%	11 26,8%
Sì, una riduzione	4 57,1%	15 65,2%	5 45,5%	24 58,5%
	7	23	11	41
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Secondo la maggioranza dei rispondenti, la riduzione del numero di fiale distribuite è avvenuta in ragione della diminuzione degli utenti consumatori di eroina (64%) e per l'afflusso di nuovi utenti meno "competenti", cioè meno ricettivi e consapevoli dei rischi (56%) e, per un rispondente su cinque, più resistenti alla proposta di tenere con sé il naloxone; uno su sei (16%) ritiene che le resistenze provengano anche dagli operatori dei servizi. Tra le risposte spontanee fornite vale la pena di segnalare che un paio di rispondenti ritengono che gli episodi di OD siano diminuiti grazie al miglioramento della terapia con farmaci sostitutivi, mentre altri imputano la riduzione alla diffusione di nuove e meno pericolose modalità di assunzione dell'eroina (fumata e inalata).

Fig. 3.15 Cause della riduzione del numero di fiale distribuite (N=25, 2 n.r.) (possibili più risposte)



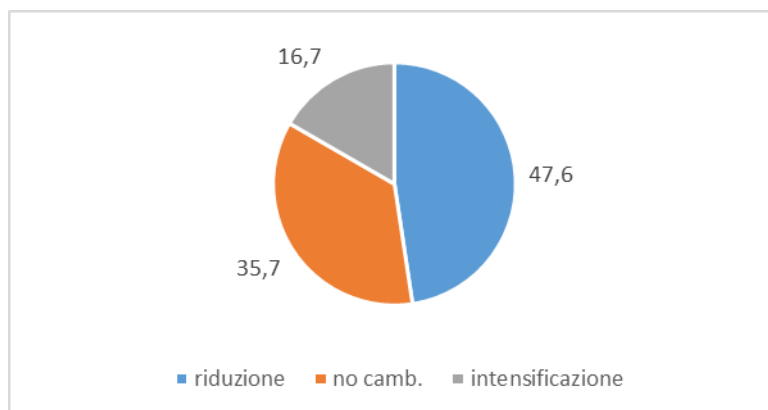
Viceversa, i motivi dell'aumento del numero di fiale distribuite, che riguarda un numero limitato di casi (11), secondo i rispondenti sono da ricercarsi principalmente nell'aumento delle competenze degli utenti (9), in una riduzione delle loro resistenze (6) e in una intensificata offerta da parte degli operatori (6).

Tab. 3.10 Cause dell'aumento del numero di fiale distribuite (N=11) (possibili più risposte)

Cause	Risposte		% dei casi
	N	%	
Aumento cons. eroina	1	3,7%	9,1%
Riduzione resistenze utenti	6	22,2%	54,5%
aumento competenze utenti	9	33,3%	81,8%
aumento offerta	6	22,2%	54,5%
aumento del budget	3	11,1%	27,3%
altro	2	7,4%	18,2%
Totale	27	100,0%	245,5%

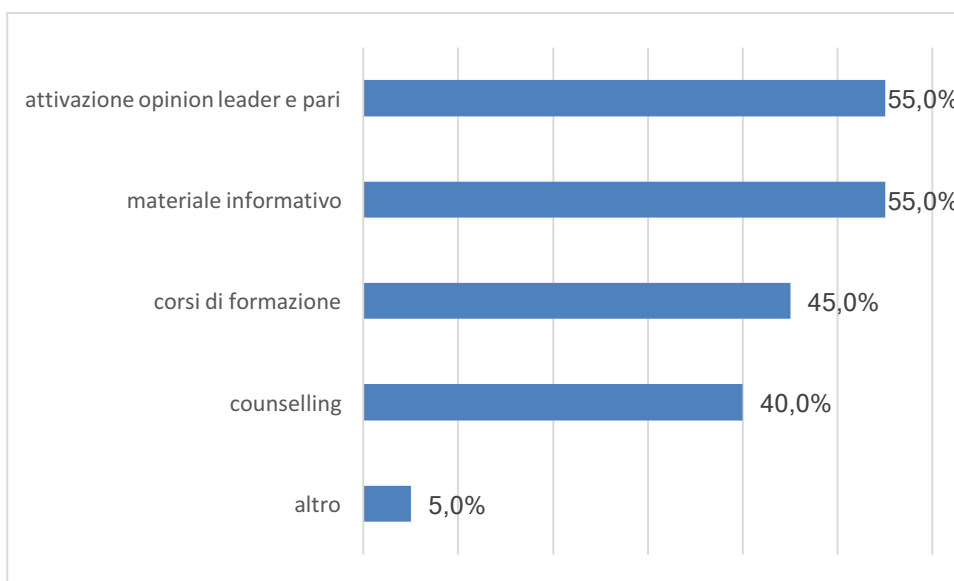
Coerentemente con quanto emerso a proposito del numero di fiale distribuite, secondo una maggioranza relativa di rispondenti (47,6%) nel corso del tempo c'è stata anche una riduzione degli interventi che prevedono la distribuzione di naloxone (47,6%), mentre solo il 16,7% (pari a 7 casi) ritiene che vi sia stata una intensificazione degli stessi e in particolare: un aumento degli interventi di counselling individuale (7) e della distribuzione in luoghi di consumo e/o in altri luoghi pubblici (5). Osservando le differenze per età del servizio di distribuzione, si nota che tra i servizi di più lungo periodo (più di 20 anni) e quelli più recenti (meno di 10 anni) prevalgono le risposte che non indicano nessun cambiamento.

Fig. 3.16 Cambiamenti nel tempo degli interventi legati alla distribuzione (campione distributori + ex distributori, N=42, 2 n.r.)



La riduzione degli interventi sembra invece riguardare prevalentemente (11 casi su 20) la distribuzione di materiali informativi e l'attivazione di opinion leader e pari esperti, in seconda battuta i corsi di formazione di gruppo (9) e il counselling individuale (7).

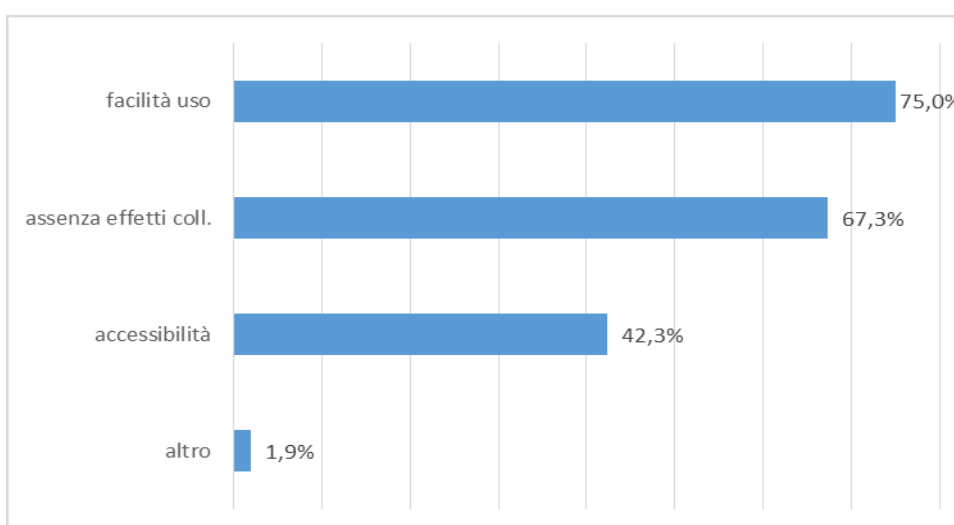
Fig. 3.17 Interventi che nel corso del tempo sono stati ridotti (N=20) (possibili più risposte)



6. Opinioni sul farmaco e sul THN

Secondo due terzi dei rispondenti – che comprendono sia chi distribuisce o ha distribuito il naloxone, che chi non lo ha mai distribuito – la facilità di uso è tra i principali vantaggi del farmaco. Segue per numero di risposte (67,3%) l'assenza di effetti collaterali, mentre l'accessibilità del naloxone come farmaco da banco è una caratteristica utile solo per meno della metà dei rispondenti (42,3%), qualcuno infatti ha specificato che la disponibilità di naloxone nelle farmacie è "poco chiara", facendo evidentemente riferimento al fatto che non tutte le farmacie si adeguano a quanto previsto espressamente dalla norma. Un'altra caratteristica utile citata è la (non ancora vigente in Italia) possibilità di usare il farmaco per via nasale.

Fig. 3.18 Caratteristiche più utili del farmaco (campione generale N=52, 11 n.r.) (possibili più risposte)



La distribuzione delle risposte non cambia molto confrontando i SerD con i servizi di RdD, mentre si può osservare che nei servizi che non hanno mai adottato la pratica del THN l'opinione che il naloxone sia facile da usare è meno diffusa.

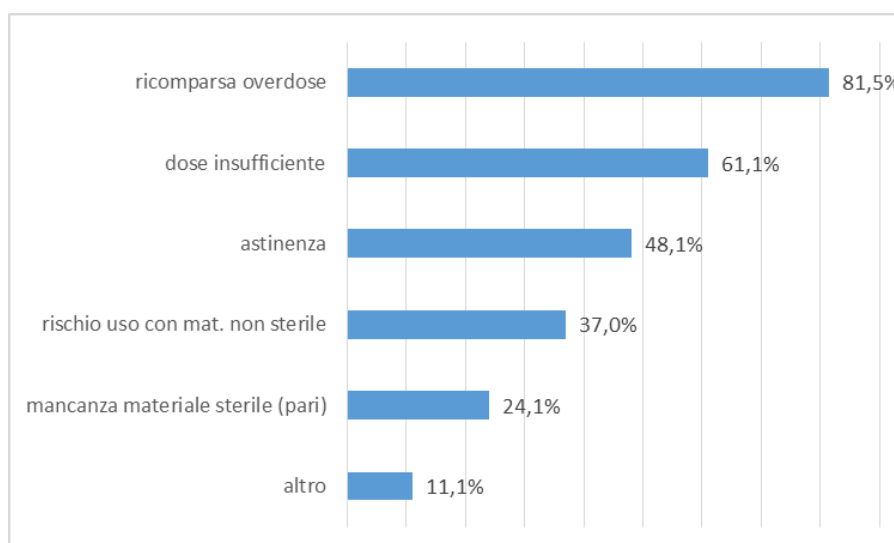
Tab. 3.11 Caratteristiche più utili del farmaco - servizi che praticano THN o no

	si	in passato	no	Totale
accessibilità	15 41,7%	1 100,0%	6 40,0%	22
facilità uso	29 80,6%	0 0,0%	10 66,7%	39
assenza effetti collaterali	24 66,7%	0 0,0%	11 73,3%	35
	36	1	15	52

Tra i principali limiti del farmaco il più citato (dall'81,5% dei rispondenti) è la possibilità che dopo la prima somministrazione ricompaiano i segni dell'OD, seguito dalla possibilità che la dose consegnata non sia sufficiente (61,1%). Quasi la metà dei rispondenti (48,1%) inserisce anche tra i limiti la possibilità che il farmaco scateni nel consumatore la sindrome di astinenza. A questo proposito, un rispondente ha così commentato: per questo motivo *"consigliamo sempre di fare almeno un Narcan intramuscolo per un rilascio più lento e duraturo"*. Infine, i rischi legati all'uso del farmaco con materiale non sterile e la mancanza di materiale sterile da parte dei pari sono indicati rispettivamente dal 37% e dal 24,1% dei rispondenti. Altri limiti del farmaco citati liberamente dai rispondenti riguardano la modalità di applicazione troppo invasiva, la scomodità d'uso del kit (si auspica un prodotto già pronto in siringa o in forma di spray nasale), i *"limiti dell'azione specifica nel caso di policonsumo con metadone e altri oppiacei"* e la limitata disponibilità nelle farmacie.

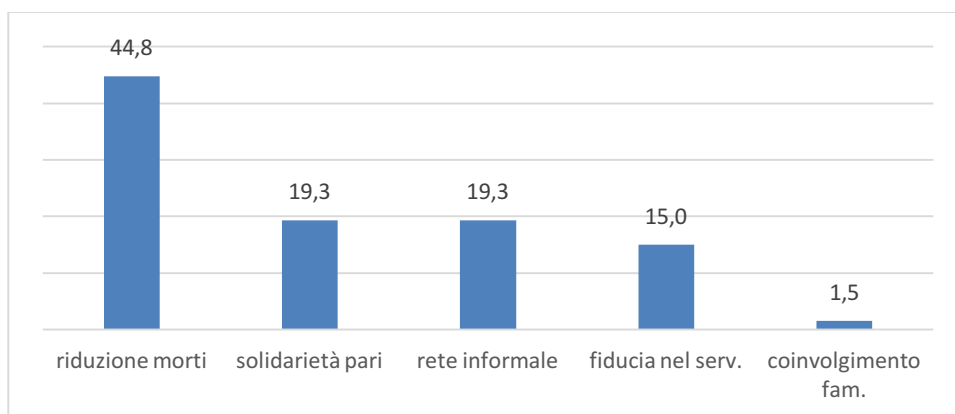
Osservando le differenze per tipo di servizio, il rischio che ricompaiano i segni dell'OD sembra essere più sentito nei servizi di RdD che nei SerD (91,3% vs 76,2%), viceversa per quello che il farmaco scateni una crisi di astinenza (57,1% vs 43,5%). Inoltre la possibilità che la dose sia insufficiente e che ricompaiano i segni dell'OD sono più sentiti nei servizi che distribuiscono il naloxone che in quelli che non l'hanno mai distribuito (rispettivamente 67,6% vs. 43,8% e 89,2% vs 62,5%).

Fig. 3.19 Limiti del farmaco (campione generale N=54, 9 n.r.) (possibili più risposte)



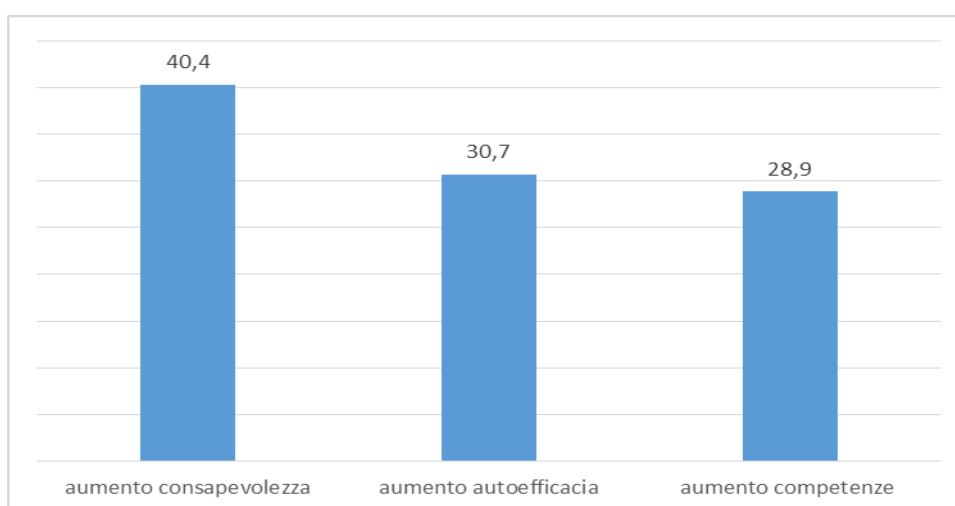
E' stato chiesto ai rispondenti di scegliere, tra una lista composta da cinque item, i tre vantaggi principali del THN per il sistema sanitario e sociale, mettendoli in ordine di importanza. La figura riepiloga i risultati, in percentuale, della somma dei voti (avendo assegnato 3 punti alle prime posizioni, 2 alle seconde e 1 alle terze). La riduzione dei morti è il vantaggio che ha raccolto quasi la metà dei punti totali (44,8%). La promozione e il sostegno alla solidarietà tra pari e la disponibilità di una rete capillare informale di pronto intervento, vengono pari merito al secondo posto, avendo totalizzato il 19,3% dei voti. L'incremento della fiducia nel servizio viene invece al terzo posto, con il 15% dei voti. Il coinvolgimento dei familiari del consumatore ha ottenuto invece un punteggio residuale.

Fig. 3.20 Vantaggi principali del THN per il sistema sanitario e sociale (% sul totale dei punteggi, N=326)



Spostando l'attenzione sui vantaggi per il consumatore, al primo posto, con il 40,4% dei voti totali, si colloca secondo i rispondenti l'aumento della consapevolezza del rischio, al secondo posto l'aumento del senso di autoefficacia nel saper far fronte alla crisi e, al terzo posto, l'aumento delle competenze nelle pratiche di intervento.

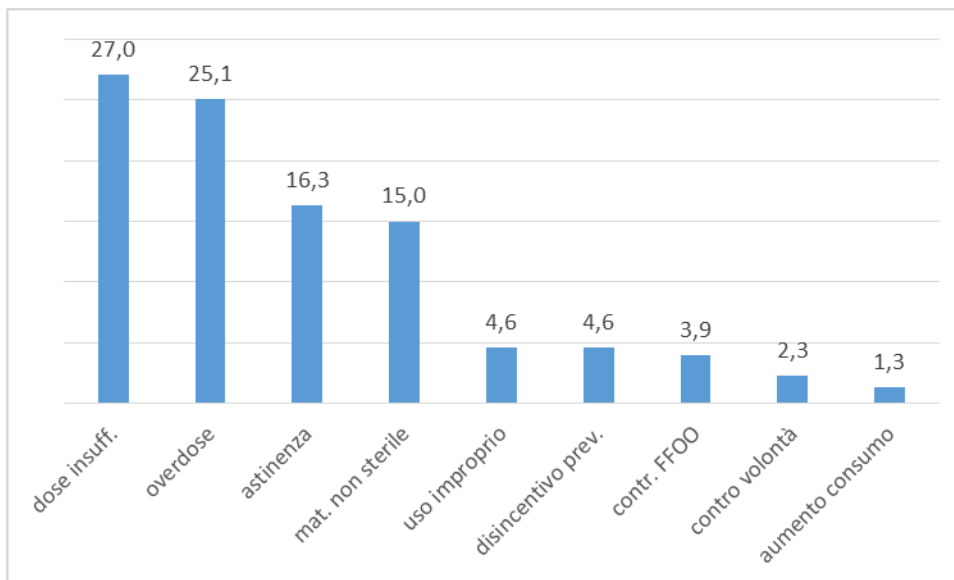
Fig. 3.21 Vantaggi principali del THN per il consumatore (% sul totale dei punteggi, N=322)



Il rischio principale, che ha totalizzato il 27% di tutti i voti dei rispondenti, è che una fiala non sia sufficiente rispetto alla quantità assunta. Il secondo rischio in ordine di importanza, con il 25,1% dei voti, è quello che dopo la sua somministrazione il consumatore – anche a causa dell'astinenza indotta dal farmaco, che occupa la terza posizione – assuma un'altra dose di eroina inducendo una nuova OD. Un altro rischio che ha raccolto un numero significativo di voti è l'uso di materiale non sterile, mentre l'uso improprio o quello contro la

volontà del soggetto sono stati scelti da una ristretta minoranza di rispondenti. Sono pochi anche coloro che ritengono che il THN disincentivi i comportamenti di prevenzione o induca un aumento dei consumi, opinione quest'ultima presente solo nei servizi che non hanno mai distribuito il naloxone.

Fig. 3.22 Rischi principali del THN (% sul totale dei punteggi, N=307)



Alla domanda “come vengono gestiti i rischi del farmaco e del THN”, posta al campione distributori ed ex-distributori (N=44), hanno risposto 36 persone. Si trattava di una domanda a risposta aperta, che è stata ricodificata accorpando le voci simili. Come si può evincere dalla tabella seguente, la modalità più frequente adottata per evitare i rischi (47,2% dei casi) è quella di fornire informazioni specifiche sul corretto uso del farmaco al momento della consegna, a volte anche fornendo materiale cartaceo, mentre in un caso l’informazione avviene attraverso campagne di sensibilizzazione rivolte agli utenti del servizio. Un’altra modalità attraverso cui i rispondenti ritengono di gestire i limiti sono i colloqui individuali. Segue la chiamata tempestiva del 118 e la consegna ai consumatori di più fiale per coprire le eventuali “overdose di ritorno”. Qualcuno specifica che si danno tante fiale quante ne richiede l’utente, altri che non è posto alcun limite nelle quantità distribuite. Diversamente, qualcuno sottolinea: *“diciamo ai consumatori di utilizzarne lo stretto necessario per non mandare la persona in astinenza”*. Si parla di vera e propria formazione solo in quattro casi, così come avviene per la distribuzione di materiale sterile (siringhe, tamponi disinfettanti). In due casi si parla di corsi che vedono il coinvolgimento di figure pari, un altro fattore considerato adatto a prevenire i rischi del THN. Contro il rischio che il consumatore sperimenti a seguito del farmaco una sindrome di astinenza e possa assumere una nuova dose, si pratica (e si consiglia) quello che qualcuno ha denominato il “monitoraggio dell’overdose”, cioè si tiene sotto osservazione il soggetto per circa un paio di ore dopo la somministrazione. Come già è emerso precedentemente, qualcuno ritiene che la somministrazione per via intramuscolare sia un modo per prevenire l’astinenza: *“lo somministriamo prevalentemente intramuscolo per monitorare l’effetto senza picchi e ricadute in overdose adeguandoci alla quantità che riteniamo sufficiente a riprendersi senza portare a un’eccessiva astinenza e voglia di rifarsi stando con l’utente il tempo necessario per monitorare la ripresa”*.

Tab. 3.12 Come vengono gestiti i rischi del farmaco e del THN (campione distributori + ex distributori, N=44, 8 n.r.)

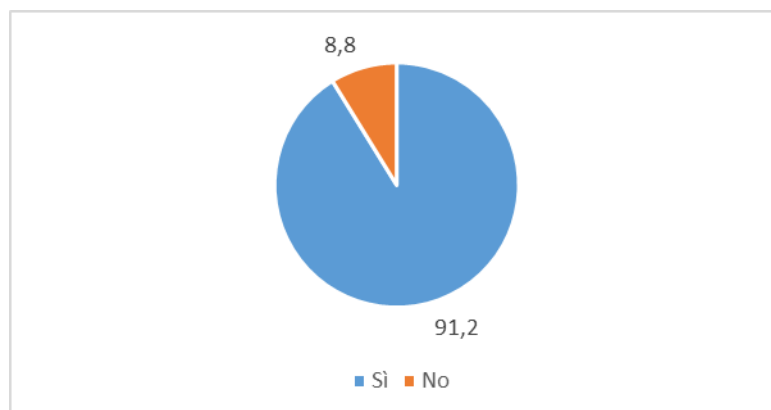
	N	% di casi
informazione (incluso cartaceo)	17	47,2
colloqui/counselling	11	30,6
chiamata 118	5	13,9
consegna più dosi	5	13,9
formazione/counselling di gruppo	5	13,9
distribuzione materiale sterile	4	11,1
attivazione dei pari	3	8,3
monitoraggio dell'overdose	3	8,3
campagne	1	2,8
somministrazione intramuscolare	1	2,8
altro	1	2,8

La stragrande maggioranza dei rispondenti ritiene che il modello di intervento denominato THN e descritto precedentemente – cioè, sostanzialmente, accompagnato da interventi di informazione e counselling – abbia accresciuto le competenze e le capacità dei consumatori nel prevenire l'OD. Le ragioni, espresse liberamente e riepilogate per temi nella tabella 19, stanno soprattutto in una aumentata consapevolezza dei rischi, non solo quelli legati all'OD, ma, qualcuno specifica, anche quelli relativi al consumo di sostanze in generale. Infatti *“attraverso la distribuzione dello stesso è possibile da parte degli operatori sensibilizzare gli utenti sulla pericolosità di alcuni comportamenti”*. Altre motivazioni sono l'accresciuto livello di informazione dell'utente e una sua maggiore responsabilizzazione, oltre che un'accresciuta fidelizzazione al servizio, poiché, come ha specificato un rispondente, questo modello di intervento *“crea un'occasione di intensificazione della relazione terapeutica”*. Non solo, il THN aumenta il senso di auto-efficacia dei consumatori, sia come singoli che come gruppo, andando a incidere sulla capacità di soccorso tra pari. La seguente citazione letterale mette in rilievo come questa pratica possa compensare lo scarso ricorso alle farmacie – legato secondo i rispondenti anche alla limitata disponibilità nonostante le disposizioni di legge – e al limitato ricorso al 118 da parte dei consumatori per paura delle conseguenze legali:

“oltre alla pratica non a tutti nota ha facilitato un soccorso tra pari prima difficoltoso per il doverlo pagare in farmacia (se ti veniva dato) e soprattutto, là dove si ha paura delle conseguenze di una telefonata al 118 perché attiva l'arrivo delle forze dell'ordine e successivi controlli, rende un soccorso prima possibile solo ai pochi che lo acquistavano o che avevano nelle vicinanze operatori della RdD”

I rispondenti che, al contrario, non ritengono che questo modello abbia aumentato le competenze dei consumatori, non fanno riferimento a limiti del modello in sé, ma alla sua mancata applicazione in maniera uniforme nell'ambito del servizio sanitario nazionale (*“sembra che debba essere appannaggio unicamente della RdD”*) e alla sua limitata idoneità nel caso delle nuove generazioni di consumatori che secondo qualcuno non percepiscono il rischio di OD.

Fig. 3.23 Il modello di intervento ha accresciuto le competenze e le capacità dei consumatori nel prevenire l'overdose? (campione distributori + ex-distributori, N=34, 10 n.r.) (%)



Per concludere riportiamo il commento libero lasciato da un rispondente, che mette in luce l'aspetto più importante del THN così come si è sviluppato in Italia, sebbene a macchia di leopardo, e cioè il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze dei consumatori:

“Il cosiddetto modello italiano insegna che qualunque sia il contesto e la condizione dell'uso di sostanze psicoattive, per strada o meno, le persone hanno le competenze per controllare la propria vita e sono disposte a nuovi apprendimenti ... nonostante i processi di marginalità sociale e di stigmatizzazione ... Il lavoro di accompagnamento, la relazione a legame debole e l'atteggiamento di riconoscimento dell'altro rappresentano le basi costitutive di ogni professionalità sociale e socio-sanitaria in grado di valorizzare questi processi”.

3.1.2 Risultati del focus group con gli operatori

Metodo

Sono stati condotti due focus group, uno a Napoli e uno a Torino, che hanno visto la partecipazione di operatori di servizi pubblici e privati per le dipendenze più attivi nelle pratiche di distribuzione del naloxone in diverse regioni. In tutto hanno partecipato 18 operatori, provenienti dal privato sociale (9) – cooperative, associazioni e fondazioni che gestiscono servizi a bassa soglia – e da servizi pubblici, comuni (1) e soprattutto SerD, Servizi per le Dipendenze (7), che includono anche servizi Drop-in e Unità di strada. Le città rappresentate sono Brescia, Collegno (TO), Firenze, Latina, Milano, Napoli, Perugia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Settimo Torinese (TO), Torino, Venezia⁶⁴.

Risultati

Il passato tra emergenza e opportunità: i pilastri del THN

Agli inizi degli anni Novanta, la situazione di allarme sociale e sanitario dovuta ai forti consumi di eroina, e ancora di più all'alto numero di morti per l'epidemia di AIDS, favorì una "policy window", cioè fece emergere la domanda e fornì ai servizi per le dipendenze un'occasione per affermarsi e introdurre modelli e pratiche di intervento innovative⁶⁵. L'introduzione del THN fece dunque parte di un processo più ampio che, sull'onda dell'emergenza, vide consolidarsi i Servizi per le Tossicodipendenze, nascere i servizi a bassa soglia (drop-in e unità di strada), aumentare la collaborazione tra pubblico e privato e crescere il consenso, in generale, nei confronti di trattamenti che erano stati fino ad allora oggetto di resistenze politiche e ideologiche: i trattamenti sostitutivi e in genere tutte le pratiche che rientrano nell'approccio della riduzione del danno (RdD).

Quando si è cominciato a fare questo lavoro qua c'era attenzione in tutta Italia, ci si spendeva, c'era allarme, c'era l'AIDS (...) e questa roba qua ha dato un po' l'impulso dei servizi a bassa soglia (INT. 15, privato sociale, Torino)

In quel periodo facevamo proprio dei corsi ad hoc sull'utilizzo per utenti (...) Però le overdose erano 1-2 al giorno! Io mi ricordo quando c'era ancora la montagnola a Brescia, che era il luogo dove si vendeva e si consumava, erano molto frequenti e molto spesso venivano a chiamare noi (INT. 16, privato sociale, Brescia)

Fin dall'inizio la pratica del THN si è sviluppata intorno ai principi che ancora oggi ne costituiscono le fondamenta: la costituzione di équipes miste dove gli **operatori sociali** – interni o esterni ai servizi pubblici - vanno ad affiancare le competenze sanitarie, e il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze degli stessi consumatori nel **ruolo di pari**, quali punto di riferimento principale per i consumatori e intermediari efficaci tra servizi e utenza potenziale.

In effetti in quel periodo veniva usata molta eroina e quindi chiedevano il Narcan, i ragazzi chiedevano il Narcan (...). Le figure erano miste in effetti sul camper ci stava un sanitario, ci stava un infermiere, ci stava un assistente sociale, uno psicologo e poi ci stava un operatore o due operatori del terzo settore. E ne abbiamo fatto overdose sul binario dieci (...) dove ci stavano delle carrozze abbandonate e quindi là era il punto dove noi andavamo a trattare le overdose, non ci arrivava né l'ambulanza, né ... erano gli stessi ragazzi... o ci

⁶⁴Vedi anche Cap 1- Metodologia

⁶⁵Beccaria F. e Rolando S.(2013). Stakeholders' Role in Contemporary "Substitute Drug" Prescribing Policies in Italy. *Substance Use & Misuse*, 48:943–953.

chiamavano “correte! correte! Sta un’overdose!” oppure già loro erano educati a trattare l’overdose. (INT. 5, servizio Drop-in del SerD, Napoli)

Avevamo degli operatori pari che lavoravano nel servizio con noi, poi attraverso il Sert erano arrivati a una borsa lavoro, che facevano lì, presso il servizio, e quindi loro come consumatori passavano tutte le informazioni, ed era vero, soprattutto nel confronto con noi invece operatori non consumatori, che non eravamo ascoltati, ed era una buona cosa. (INT. 11, drop-in del SerD, Collegno)

Nonostante questa spinta– che poteva contare anche sull’operato di “alcuni operatori pubblici particolarmente illuminati”, che perseguivano la politica “dei tre meno: meno morti, meno infezioni e meno carcerazioni” (INT. 8, privato sociale, Firenze) –introdurre la pratica del THN non fu priva di difficoltà, come ricordano gli operatori che l’hanno vissuta. La prima criticità era legittimare gli operatori sociali a somministrare il Naloxone, in caso di emergenza: questa era infatti considerata un’operazione propria del personale sanitario.

Ho cominciato nel ‘92 in strada a lavorare, perciò... tutta la parte... non potevamo farla noi come operatori sociali, potevano farla solo i medici... ecco quella forse è stata la battaglia. (INT. 2, privato sociale, Roma)

Le criticità riguardavano ovviamente anche l’abbattimento delle resistenze ideologiche che permanevano a livello di opinione pubblica ma anche istituzionale, e che ostacolavano il rapporto con gli altri servizi del territorio, in primis le forze dell’ordine, i servizi di pronto soccorso, le farmacie.

Quello che è stato estremamente critico è stato il rapportarsi con gli altri servizi. Le farmacie che di fatto per legge dovrebbero dare il Narcan senza ricetta medica, spesso e volentieri i nostri frequentatori ci raccontavano che non gli era stato dato, che gli era stata richiesta la ricetta perché c’è una notevole ignoranza. (INT. 12, SerD, Torino)

Per questo, oltre che con i consumatori, in quegli anni si svolse anche un grande **lavoro sul territorio**, per creare delle reti con gli altri soggetti che a vario titolo venivano in contatto con il problema. Questo lavoro di tessitura si fece in parte attraverso accordi formali, in parte attraverso la costruzione di rapporti informali di collaborazione personali. A Venezia, ad esempio, attraverso un accordo con l’ordine dei farmacisti e con i medici di medicina generale, fu organizzata un’opera di sensibilizzazione che portò a un aumento delle farmacie disponibili ad accogliere i consumatori tra i propri clienti (INT. 10, Comune - RDD, Venezia).

Negli anni Novanta quando siamo partiti con i nostri progetti di riduzione del danno le farmacie erano diciamo gli stakeholder (...) anche per costruire patti, ma non solo rispetto al Narcan, ma rispetto alle siringhe (...). Poi ovviamente il lavoro anche con il territorio, la comunità, i testimoni privilegiati, che possono essere il barista all’angolo, piuttosto che il comitato (INT. 8, privato sociale, Firenze)

Quando noi abbiamo avuto a che fare, per esempio, con i vigili urbani dopo un mese, due mesi, tre mesi comunque si sono sensibilizzati e lo stesso anche con le Forze dell’ordine (...) questo è successo spontaneamente con i rapporti interpersonali che abbiamo creato (INT. 5, Servizio Drop-in del SerD Napoli)

Fu dunque un periodo, quello degli anni Novanta, in cui la pratica del THN si diffuse, sebbene a macchia di leopardo, grazie alla costruzione di reti e di buone pratiche legate alle specificità dei singoli contesti, territoriali e istituzionali. Tra queste vale la pena di ricordare, ad esempio, la formazione degli operatori di comunità da parte di quelli delle dipendenze (INT. 16, privato sociale, Brescia) e la redazione, da parte di alcune Aziende sanitarie, di guide informative ad hoc per chi usciva dal carcere (INT. 12, drop-in SerD, Torino).

Gli operatori che hanno vissuto in prima persona questo processo, che hanno cioè partecipato alla “lotta” per la diffusione della pratica THN in Italia, non ne mettono in dubbio l’utilità e l’efficacia: gli aspetti positivi sono quasi dati per scontati e gli esiti, sebbene in mancanza di dati ufficiali, sembrano trovare conferma nell’esperienza professionale. Oltre al fatto di avere salvato delle vite, gli operatori enfatizzano come la pratica del THN sia stata uno **strumento di relazione con i consumatori** efficace nell’aumentare la loro

consapevolezza dei rischi legati al consumo di eroina ma anche nel diffondere le pratiche di solidarietà tra pari.

Perciò la riduzione del danno preventiva, come l'abbiamo fatta, ha avuto un senso. Adesso sfido chiunque dentro sta stanza a dire che un tossicodipendente non sa come si attacca l'HIV, vent'anni fa non lo sapeva (INT. 2, privato sociale, Roma)

Sugli effetti positivi, noi abbiamo continuamente rimandi di persone che ci raccontano di come siano state salvate o abbiano salvato altri pari utilizzando il Narcan. (...) Le persone se una volta dicevano che il Narcan non se lo portavano dietro perché portava sfiga con le siringhe, dopo tanti anni di batti e ribatti, insomma spesso e volentieri son loro stessi che ci chiedono – cioè di solito non abbiamo neanche più bisogno di promuovere il Narcan, sono loro che ce lo chiedono soprattutto se escono da comunità, carcere, via dicendo (INT. 12, drop-in SerD, Torino)

L'accesso al Naloxone da parte di operatori di strada, piuttosto che dai servizi, credo che sia stato uno strumento facilitante nel trasferire delle buone prassi all'interno del gruppo dei consumatori e su questo mi sento di dire che è stato fatto un percorso importante anche dal basso, cioè dai consumatori stessi, che magari invece all'inizio avevano delle resistenze legate più ai tabù di strada (INT. 4, privato sociale, Perugia).

Oltre che sul fronte dei consumatori, la pratica THN sembra essere stata utile anche ai fini, come ha detto qualcuno, di fare evolvere i servizi verso una maggiore **integrazione delle competenze** e collaborazione: non solo tra servizi pubblici e privati, ma anche tra servizi per le dipendenze e altri servizi, tra i quali vengono citati le Forze dell'ordine, ma anche le comunità terapeutiche.

Negli ultimi anni (...) non abbiamo più avuto alcun tipo di problema, né con le forze dell'ordine né con gli operatori sanitari, neanche con le farmacie, per quanto ci riguarda (...) soprattutto non abbiamo avuto nessun tipo di problema con i consumatori che sono loro stessi a richiedercelo. Abbiamo distribuito 31.886 fiale di Narcan nella vita dell'unità di strada (INT. 18, unità mobile SerD, Torino)

Oggi: il periodo di riflusso

L'impressione generalizzata è che il THN viva oggi una fase di "riflusso", caratterizzata da una minore attenzione e da una diminuzione degli interventi, confermata da una riduzione, in diversi servizi, del numero di fiale distribuite e delle iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai consumatori. Le cause di questo cambiamento, emerso anche dall'analisi dei questionari, sono diverse. In primo luogo, come è stato sottolineato da diversi operatori, come l'allarme sociale degli anni Novanta, determinato dall'epidemia di AIDS e dell'elevato numero di morti per OD, ha costituito una spinta per la diffusione della pratica, il rientro dell'allarme, dovuto a una diminuzione del numero delle OD e delle infezioni da HIV, ha determinato un disinvestimento, anche sul piano della formazione e delle **attività con i pari** che hanno sempre costituito i cardini della strategia THN.

Noi poi passiamo da una esperienza dove addirittura i pari facevano l'accoglienza nei Sert, il primo filtro era fatto dai pari, oggi, vade retro satana! (...) su questo nel tempo c'è stata una grande chiusura (INT. 8, privato sociale, Firenze)

La **riduzione del numero di OD** viene imputata dagli operatori non solo a una riduzione del numero di consumatori di eroina e di quelli tra loro che utilizzano la via iniettiva, ma anche a una riduzione della qualità della sostanza. Come ha sottolineato un operatore, però, questa diminuzione delle OD può trasformarsi in un fattore di rischio dal momento che induce nei consumatori "una falsa sicurezza", ad esempio la convinzione che non si possa andare in OD se si assume eroina solo fumata o inalata, opinione che gli operatori smentiscono, sebbene il rischio sia inferiore rispetto a quello relativo al consumo per via iniettiva. Inoltre permangono delle situazioni particolarmente a rischio, come l'uscita dal carcere o l'uscita dalla comunità per chi interrompe il trattamento.

A Venezia noi non abbiamo mai avuto grandi numeri di overdose, abbiamo una qualità dell'eroina piuttosto scadente per cui chi va in overdose la fa per pasticci eccessivi, oppure il classico appena usciti dal carcere, come successo qualche giorno fa, oppure dalla comunità (INT. 10, Comune - RDD, Venezia).

A Brescia in questo momento nessuno collassa, neanche quando esce dal carcere. Questo per dirvi la qualità dell'eroina nelle piazze. (...) io sono tre anni e mezzo che sono tornata a Brescia, nessuno è mai collassato. L'ultima overdose che ricordo a Cremona è ... sei anni fa, per una persona che era stata in carcere da tempo. Sì, poi anche dai racconti dei consumatori: "Ma magari si potesse collassare!" questa è proprio una frase che viene riportata (INT. 16, privato sociale, Brescia).

Anche da noi a Reggio Emilia la qualità della sostanza è ormai talmente bassa che noi non abbiamo contato più un caso di overdose da un paio d'anni. La cosa però è preoccupante perché induce una falsa sicurezza negli utenti, perché gli utenti non ci credono più nel Narcan (INT. 14, privato sociale, Reggio Emilia)

La riduzione degli interventi legati al THN viene attribuita in qualche modo anche a un **disinvestimento politico** – il tema della droga non fa parte da anni dell'agenda politica – che si traduce poi in una carenza di risorse, lamentata da più parti: basti pensare all'essere venuto meno del Fondo Nazionale Lotta alla Droga. Una situazione abbastanza generalizzata nell'ambito del privato sociale, ad esempio, è che il naloxone non venga fornito dall'ASL, ma che i servizi debbano ricavare il budget destinato al THN dalle risorse complessive del servizio, o da progetti ad hoc reiterati per mantenere quella che in realtà è un'attività ordinaria.

Per quanto riguarda il territorio fiorentino (...) non sono pratiche che sono in qualche maniera legittimate, insomma quindi sono un po' i servizi di riduzione del danno che promuovono, ma anche in termini economici, perché anche solo banalmente i nostri budget economici, se si acquista Naloxone, significa che si rinuncia a ore di operatore. (INT 8, privato sociale, Firenze)

Noi sono 15 anni che ogni anno rifacciamo quel progetto, che senso ha sprecare tempo, energie, quello è un servizio adeguato che va? Basta! (...) mi pare un po' una presa in giro... (INT. 2, privato sociale, Roma)

L'unità di strada di Milano e il drop-in di Milano comunque sono senza finanziamento e quindi per questo stiamo usando risorse della cooperativa, per tenere aperto, in attesa che arrivi l'ufficialità per un nuovo progetto. (INT. 17, privato sociale, Milano).

Secondo qualcuno però non si tratta solo di un problema di riduzione delle risorse, ma anche di diminuzione delle energie tra gli operatori sociali imputata, oltre che alla sensazione di delegittimazione, anche al mancato ricambio generazionale tra gli operatori delle dipendenze che ha determinato una situazione di **"stanchezza"**.

Adesso i Servizi a bassa soglia sono messi in una situazione che sono in Bassa soglia loro, cioè, anche loro che sono dentro un Comune, quello di Venezia, stanno iniziando a soffrire, cioè... noi non siamo più nelle condizioni di avere né più l'entusiasmo né più le risorse economiche di 20 anni fa. (INT. 15, privato sociale, Torino)

Nuovi consumatori, nuove sfide

L'invecchiamento ha riguardato anche ovviamente la popolazione di consumatori più anziani, che non sono più motivati a svolgere un ruolo di pari.

Sono d'accordo con te però oltre alla nostra stanchezza, perché per esempio nel nostro territorio di nuovi non ce ne sono, c'è una stanchezza anche da parte del consumatore stesso, nel senso che neanche lui non ha più voglia di raccontare la sua esperienza al ragazzino più giovane quando capita... (INT. 11, SerD- Drop-in, Collegno)

Quello del **"gap generazionale"** (INT. 8, privato sociale, Firenze) tra consumatori anziani e giovani è un tema che è stato più volte enfatizzato nel corso dei focus group quale fattore critico. Secondo qualcuno la mancata trasmissione delle competenze ai giovani dipende dal fatto che manchi, tra i due, una generazione di consumatori di eroina che possa essere "credibile" (INT. 10, Comune - RDD, Venezia; INT. 17, privato sociale, Milano) come pari, perché i trentenni sarebbero troppo poco consapevoli e troppo invischiati nel rapporto con le sostanze.

Noi registriamo che c'è proprio un gap generazionale insomma, le competenze diciamo date dagli storici non sono passate alle nuove generazioni, ai nuovi modelli di consumo, le regole che erano basilari, "mai da solo", "mai troppo imboscato", "se hai acquistato da uno spacciatore che non utilizza... ecc.", tutte queste regole elementari sembra proprio che non siano assolutamente passate. (INT. 8, privato sociale, Firenze)

Abbiamo proprio un vuoto generazionale, cioè i vecchi vecchi, con cui all'inizio facevamo anche dei corsi di sopravvivenza, alcuni pari che insegnavano ai pari come fare ecc., quella generazione adesso (...) si è assestata, (...) per cui vengono meno al drop-in, girano meno la piazza, sono meno in sbattimento, sono più stabilizzati con le terapie (...). Abbiamo invece una fetta di 30enni così che sono tanto sotto la droga, cioè non sono credibili come peer-support, cioè non sono in grado di dire a un giovane come non fare un OD o come consumare in modo corretto, se non lo fanno loro per primi. (...) Per cui mancano in questo momento dei consumatori italiani che siano formabili, diciamo. (INT. 10, Comune - RDD, Venezia)

Dall'altro lato la distanza tra i consumatori più anziani e quelli più giovani sembra rendere molto difficile il lavoro peer-to-peer che ha costituito e costituisce ancora oggi una delle strategie più importanti della pratica THN e, più in generale, della riduzione del danno. Questa distanza non riflette solo la più generale difficoltà di comunicazione intergenerazionale, che riguarda anche i non consumatori, ma anche il fatto che gli **stili di consumo** sono diversi: non solo sono cambiati i percorsi che portano al consumo ma, in ultima istanza, è cambiato proprio il rapporto con la sostanza, anche nel caso in cui il giovane consumatore faccia uso solo di eroina.

Le grosse discussioni (...) tra i vecchi, diciamo così, e i giovani sembrano davvero i discorsi da piola: "Eh ma che cavolo con questa roba! Ai nostri tempi...!" (...). E questa è una cosa che come operatori – ne abbiamo parlato anche in riunione – ci lascia abbastanza esterrefatti. Bloccano un po' anche quella che può essere una modalità di peer, nel senso che comunque hanno proprio un po' questo atteggiamento: "Torna da me quando avrai iniziato a usare la siringa!" (INT. 13 SerD-bassa soglia, Settimo)

La difficoltà del passaggio di competenze dagli storici ai nuovi, credo che questo sia abbastanza generale, credo che sia dettato anche dagli stili di consumo diverso, perché non è che tra i giovani non ci sia il consumo iniettato, ma il consumo fumato è molto molto più diffuso (...). I giovani hanno anche un rapporto con l'eroina molto diverso dai consumatori storici, quindi non li possiamo in qualche modo paragonare, fanno percorsi diversi per arrivarci (INT. 14, privato sociale, Reggio Emilia)

Il fatto che quella iniettiva non sia più la modalità di assunzione prevalente tra i giovani consumatori di eroina – che preferiscono fumarla o inalarla – rende questo target meno avvezzo e propenso all'uso dell'ago, anche rispetto al farmaco salvavita. Questo problema riguarda eventuali soggetti terzi che potrebbero intervenire sul consumatore in caso di OD. Per questo gli operatori ritengono che la commercializzazione del naloxone intranasale o in kit già pronti per l'uso potrebbe essere utile per avvicinare i giovani consumatori.

Sulle criticità, secondo me, la più grossa è proprio la modalità di somministrazione, cioè il fatto che venga assunto per via iniettiva. So che si sente parlare tanto di sperimentazioni: via nasale, una macchinetta che l'appoggi sulla gamba e fa tutto lei... insomma io non sono bene informato, ma sembra che ci siano delle novità che se fossero veramente realizzate, realistiche, potrebbero dare una svolta a quelle problematiche che dicevate prima (INT. 10, Comune - RDD, Venezia)

Sto uscendo il Naloxone spray, costa un po' di più però è un farmaco chiaramente [che sta] dentro una mano, noi diamo il Naloxone alle famiglie, la mamma lo fa, non lo fa: se fosse spray sarebbe molto meglio. (INT. 2, privato sociale, Roma)

I consumatori di eroina in ogni caso rappresentano solo una parte minoritaria nel panorama di consumo attuale, mentre prevalgono i consumatori di cocaina - che richiedono "una velocità di relazione adesso ben diversa da prima quando ci si fermava ore e ore a chiacchierare" (INT. 11, Drop-in SerD, Collegno) – e i policonsumatori. Un altro fenomeno riportato da più parti (Napoli, Roma, Firenze, Torino) e che costituisce una sfida per gli operatori delle dipendenze, è la presenza consistente di giovani che usano il **metadone per via iniettiva**. Secondo l'esperienza degli operatori, l'OD da metadone richiede dosaggi superiori di naloxone rispetto a quella da eroina e a volte anche dosi ripetute, perché il salvavita "ha un'emivita molto più breve di quello della sostanza e a maggior ragione del farmaco sostitutivo" (INT. 15, privato sociale, Torino).

Gran parte delle overdose oggi sono per metadone, sono per metadone iniettato... almeno dalla sensazione che noi abbiamo, dalle notizie che noi abbiamo, gran parte delle overdose, almeno a Napoli – anche perché la qualità dell'eroina che c'è in giro [è scarsa], almeno a Napoli! - e la gente sta virando sul metadone per questo motivo (INT. 7, SerD, Napoli)

Il consumo di metadone per via iniettiva è legato in certe città a etnie specifiche di consumatori, come i Georgiani a Roma. La **marcata presenza di stranieri** tra i giovani consumatori rappresenta un'altra sfida importante che gli operatori delle dipendenze devono oggi affrontare: le stime degli operatori vanno da uno su quattro a uno su due. Si tratta in primis di superare le barriere linguistiche: vengono citati Indiani, Nepalesi e di migranti provenienti dall'est Europa – Rumeni, Ucraini, Russi... – che rappresentano la nuova emergenza, mentre quelli provenienti dal Maghreb sono ormai considerati consumatori storici e ben inseriti.

Uno degli aspetti con cui stiamo facendo i conti adesso per noi è la difficoltà linguistica, nel senso che se prima il 90% dei consumatori che giungeva da noi erano tutti italiani, adesso abbiamo persone che consumano eroina, cocaina fumata o in vena, e vengono da tutte le parti del mondo (INT. 17, privato sociale, Milano)

Noi ne abbiamo tanti, tantissimi Indiani (...) mentre tutto il Maghreb, tutto sommato sono diventati (...) gli storici consumatori, tutto sommato ben integrati, comunicano. E poi sull'est mi fermo, perché su quello invece è una grossa emergenza, c'è tutta la parte Ucraina, Rumeni, che ne arrivano, e questi fanno "di ogni" persino il calcinaccio credo, veramente, e con loro non si riesce a parlare (INT. 16, privato sociale, Brescia)

Noi abbiamo iniziato ad avere una grossa percentuale di Rom, Rumeni e proprio Rom dei campi Rom, quindi su questo, il vecchio che fa il peer, cioè proprio si rifiuta, dice "io con questi zingari assolutamente non ci voglio avere niente a che fare" ed è abbastanza vero che usano un po' di tutto, cioè qualsiasi cosa gli capita, usano (INT. 18, SerD- unità mobile, Torino)

Alcuni servizi, è il caso ad esempio di Reggio Emilia, si sono dotati di mediatori culturali, ma, come sottolinea l'intervento sotto riportato, il mediatore culturale, per guadagnarsi l'attenzione e la fiducia dei consumatori, dovrebbe essere il più possibile vicino a loro per cultura ed estrazione sociale. In altre parole, la sfida rappresentata dai nuovi consumatori stranieri, dovrebbe essere affrontata con la strategia dell'**operatore pari**. Questa esperienza è stata fatta ad esempio a Venezia, dove un consumatore pari tunisino è diventato un riferimento importante non solo per i suoi connazionali, ma anche per i consumatori italiani.

Il problema è che certi comportamenti vengono mutuati per formazione, tu ti formi dal tuo pari, da educatore, ma anche il mediatore che spesso ha un'estrazione che non è quella del consumatore, ha una criticità, che quando poi ti dice di fare una cosa invece che un'altra – ed è palesemente uno che non ha mai usato, che non ha mai fatto questa cosa qua - diventa meno credibile. Per cui la via, la direzione, soprattutto con le nuove etnie che arrivano, sarebbe a mio avviso, in modo molto profondo, riscoprire l'utilizzo dei pari, anche perché così ti adatti al gruppo che via via cambia (INT. 15, privato sociale, Torino)

Noi abbiamo un mediatore linguistico culturale tunisino, che ha fatto tutto quello che hanno fatto e stanno facendo i Tunisini che incontriamo. L'abbiamo ingaggiato dal carcere di Padova, praticamente, solo che adesso lui non consuma più, ha un suo lavoro (...). Lui oltre a incunarsi in una maniera unica con le persone della sua nazionalità è paradossalmente di riferimento anche per i giovani italiani. Cioè cercano lui spesso per parlare di consumo. Lui è uno che ha fatto un po' di tutto, insomma, dall'eroina al crack. (INT. 10, Comune - RDD, Venezia)

Resistenze culturali e ruoli istituzionali: sociale vs sanitario, pubblico vs privato

È stato detto che la pratica del THN è stata introdotta in un momento storico in cui, sull'onda dell'allarme sociale, è stato possibile introdurre nuovi approcci e diffondere nuovi modelli di intervento. La legittimazione dell'operatore sociale e il riconoscimento delle competenze dei consumatori e dunque del ruolo dei pari, hanno fatto parte integrante di questo processo evolutivo, che ha visto i servizi evolversi verso una maggiore integrazione delle competenze socio-sanitarie e una maggiore collaborazione con i servizi del territorio. In questo modo sono state superate le resistenze culturali che prima di allora ostacolavano questo tipo di

approccio. Tuttavia, nella fase attuale, che è stata definita di “riflusso”, tali resistenze non sembrano del tutto sconfitte. Piuttosto, in un clima di apparente disinteresse politico sia dei policy maker che dell’opinione pubblica, sembra riemergere la distanza che separa, in alcuni territori, i servizi sanitari da quelli sociali, i SerD dai servizi del terzo settore. La **difficoltà di riconoscere il consumatore come soggetto attivo e portatore di competenze** è insito, secondo alcuni degli operatori, nella professione medica, o, per dirla in altre parole, il naloxone – e più in generale l’approccio della riduzione del danno - rappresenta per i medici un “minus” per la loro professionalità (INT. 7, SerD, Napoli). Ciò dipenderebbe in parte dalla storia dei SerD, in parte dalla formazione specifica dei medici, distante da quella degli operatori di prossimità e delle unità di strada, che invece hanno scelto di accedere a corsi di formazione reciproca con i pari “e necessariamente si sono contaminati” (INT. 4, privato sociale, Perugia).

I servizi nati sull’eroina (...) hanno solo sempre cercato in modo più o meno consapevole di rispondere per controllo sociale a una emergenza, salvo in alcuni casi, e quindi sono sempre stati portati a pensare alla persona come a un oggetto su cui lavorare, sicuramente fastidioso, che in generale non era portatore di alcun tipo di conoscenza, e immaginavano quell’oggetto lì per lavorare su di lui per una committenza terza che voleva silenziarli, in qualche modo. (...) Per cui tutto il discorso dell’alleanza terapeutica e anche solo del riconoscimento delle competenze del paziente, che già è difficile in un medico normale, qua era [difficile] all’ennesima potenza (...). Per scalfire questa cosa una volta che avevamo tutte queste energie facevamo i corsi sui pari, rovesciando i ruoli (...), adesso per tante ragioni, per quelle che sono state dette e io credo anche perché non è più emergenziale la cosa, non riesci più a farlo. (INT. 15, privato sociale, Torino)

In certi territori si sta dunque osservando un progressivo **discostamento tra operatori sanitari e operatori sociali**, sia nell’ambito dei SerD nei casi in cui questi sono rimasti titolari dei servizi a bassa soglia, sia tra operatori SerD e operatori del privato sociale, laddove i servizi a bassa soglia sono stati esternalizzati al privato sociale. In questo caso il rischio è che il ruolo pubblico oscilli tra il desiderio di mantenere la titolarità e quello di delegare.

Gli operatori SerD hanno una visione... una difficoltà estrema a immaginare in qualche maniera il Narcan come uno strumento di relazione, terapeutico in qualche modo, io più volte da quando sono qua sto cercando di inserire anche il Narcan tra i farmaci da distribuire, ma trovo una grossa resistenza tra i medici del mio servizio (...) E’ un po’ come se i SerD si fossero più arroccati in una dimensione terapeutica, di nicchia, e questo non so se è vero in altre realtà, ma mi sembra di coglierla (INT. 7, SerD, Napoli)

Secondo me, è ancora piuttosto attuale questa faccenda anche se in alcuni periodi diciamo c’era molto più dialogo, a mio avviso almeno, anche a Roma, tra riduzione del danno e servizi terapeutici, i servizi SerD. (INT. 2, privato sociale, Roma)

Poi ci deve essere continuità e da parte del pubblico un riprendersi cose - che poi in qualche modo rivendicano, perché rivendicano fortemente, il pubblico rispetto a un privato sociale-che, quando è comodo, delega, però in qualche modo vuole avere la titolarità, quando si tratta di assumere responsabilità (INT. 4, privato sociale, Perugia)

Nello stesso tempo, attraverso il ricorso all’esternalizzazione, **i servizi pubblici sembrano avere in parte rinunciato al ruolo di tessitori e governatori delle reti territoriali**, anche nei confronti di soggetti esterni, quali farmacie e Forze dell’ordine, che rappresentano anche delle fonti strategiche per una più completa raccolta di dati e comprensione del fenomeno.

Il rischio è questo (...) più o meno quest’idea circola sempre, che l’intervento preventivo o in emergenza rispetto all’overdose - chiaramente parliamo principalmente di intervento di prevenzione - è demandato a una fascia particolare di operatori (INT 7, SerD, Napoli)

Penso alla Polizia municipale, alle Forze dell’ordine, se penso alle farmacie, penso ai servizi di pronto soccorso, i 118, e i servizi insomma, questa la rete che tu dovresti mettere insieme (...) perché noi dobbiamo uscire dalla percezione, dobbiamo anche avere chiaro di che cosa stiamo parlando (INT. 8, privato sociale, Firenze)

In altri territori l’esperienza del THN è nata prima nell’ambito delle politiche sociali, poi è transitata sotto le competenze dell’ASL, secondo un’operatrice della bassa soglia, “perdendo tantissimo” in termini di

competenze sociali e segnando in qualche modo “una sconfitta politica”, un ritorno a una visione più riduttiva del problema delle dipendenze (INT. 4, privato sociale, Perugia). In altri territori, al contrario, i servizi di RdD sono transitati dall’ASL al Comune, secondo un modello che viene definito “schizofrenico”.

Un passaggio totale dal sociale al sanitario (...) questa è una sconfitta politica clamorosa secondo me, perché viene delegata completamente la dinamica delle dipendenze all’ASL senza un minimo di assunzione politica, sul fatto che invece, appunto, la dinamica delle dipendenze patologiche è anche sociale (INT. 4, privato sociale, Perugia)

Vedo che le Regioni potrebbero avere un ruolo in questo lavoro di ricostruzione di piani di interfaccia tra la politica locale e le aziende sanitarie che oramai sono delegate ai margini, su questi temi, (...) per cui gli operatori della riduzione del danno sono pagati dai Comuni, la responsabilità sanitaria ce l’hanno le ASL, c’è una schizofrenia (INT. 1, privato sociale, Prato).

I **nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA)**⁶⁶, approvati dalla Conferenza delle Regioni il 7 luglio 2016, rappresentano secondo i partecipanti ai focus group un’opportunità per rafforzare le pratiche di THN: i LEA dovrebbero includere dal 2017 per la prima volta la RdD, una voce che ora “va riempita di contenuti” (INT. 8, privato sociale, Firenze). Vi sono però diversi dubbi in merito, il primo è il timore che nel passaggio dalle indicazioni nazionali a quelle regionali, si ripresenti la frammentazione territoriale che ha caratterizzato fino a oggi le pratiche relative al naloxone. L’auspicio è dunque che vengano individuati degli standard a livello nazionale, che non lascino un eccessivo margine di interpretazione alle regioni.

Il rischio è che poi ciascuna regione la reinterpreti a modo suo, quindi c’è sicuramente un piano nazionale, perché i LEA, la riduzione del danno, vada a identificare quali sono gli standard e quindi finalmente il lavoro di prevenzione sull’overdose abbia una sua legittimazione come intervento pagato dal SSN, e poi a discendere dal regionale, ma non in termini soltanto economici, ma anche di strutturazione di una procedura, di un protocollo (...) questo potrebbe essere una grande opportunità. (INT. 8, privato sociale, Firenze)

Se è vero che l’inserimento della riduzione del danno nei LEA rappresenta, da un lato, una forma di garanzia, dall’altro lato, gli operatori delle dipendenze temono che questo processo potrebbe comportare il **rischio** di una sempre più marcata **medicalizzazione** degli interventi in oggetto. Secondo gli intervistati dunque questo processo deve rappresentare anche un’occasione per “ripensare quelli che sono gli obiettivi, ripensare, ricreare quelli che possono essere anche degli indici, dei parametri attraverso i quali leggere [i fenomeni], ma soprattutto individuare quali possono essere le pratiche nuove che devono coinvolgere inevitabilmente anche i servizi [pubblici]” (INT. 7, SerD, Napoli).

A proposito dei LEA, diciamo sono fondamentali, dopodiché bisogna capire come vengono declinati perché (...) le dipendenze stanno prendendo, almeno dalle nostre parti, una piega medica, cioè proprio un sistema medicalizzato e quindi questo ovviamente - che sia LEA o fuori dal LEA -, inficia l’intervento (...) Ciò significa che interpreti le dipendenze dentro un’assistenza che è un po’ diversa diciamo da questioni che pongono i fenomeni che andiamo a vedere (INT. 9, privato sociale, Roma)

Si tratta di un lato che tocca in primis gli obiettivi degli interventi: “eliminare il sintomo” (INT. 9, privato sociale, Roma) o ridurre il danno. Sarebbe opportuno dunque secondo gli intervistati che venissero ridefiniti in maniera chiara gli obiettivi del trattamento delle dipendenze. Questa opportunità risiede anche in una proposta di revisione della Legge quadro che è in fase di elaborazione, tuttavia tra i partecipanti aleggia anche un certo scetticismo sul fatto che si concretizzi, visto l’attuale disinteresse politico sul tema del consumo di droghe.

⁶⁶Servizi e prestazioni sanitarie garantiti a tutti i cittadini italiani hanno diritto di accedere

Le proposte degli operatori

A fronte delle criticità individuate e in base alla propria esperienza, gli operatori delle dipendenze hanno avanzato durante i focus group diverse proposte che, secondo loro, potrebbero rivitalizzare e rinforzare la diffusione della pratica del THN in Italia. Di seguito le sintetizziamo raggruppandole per temi principali.

- Costituire dei tavoli inter-istituzionali

È necessario ricostituire dei tavoli di concertazione dove i diversi soggetti pubblici e privati che sul territorio vengono in contatto con le persone a rischio di OD possano definire delle strategie e degli accordi di collaborazione. Si tratta in particolar modo di coinvolgere e sensibilizzare: farmacie, Forze dell'ordine, medici di medicina generale, ma anche, in seconda battuta, altri soggetti quali ad esempio gestori di locali e bar. E' opinione diffusa che la governance della rete debba fare capo al soggetto pubblico e che questo ruolo andrebbe assunto dalle Regioni e dalle ASL a livello locale.

- Aumentare l'accessibilità del farmaco salvavita

I tavoli inter-istituzionali sul territorio dovrebbero avere anche l'obiettivo specifico di rendere il naloxone più accessibile – e possibilmente anche gratuito – innanzitutto nelle farmacie e nei Servizi per le dipendenze (luoghi in cui non sempre oggi il farmaco è disponibile) ma anche in contesti extra-sanitari frequentati dai consumatori. In particolare è necessario rinforzare la distribuzione di naloxone ai consumatori in uscita dal carcere o dalle comunità terapeutiche.

- Legittimare l'operatore sociale

L'operatore sociale che lavora nei servizi delle dipendenze deve essere equiparato a quello sanitario per quanto riguarda la distribuzione e la somministrazione del Naloxone in caso di OD. La legittimazione non dovrebbe essere solo normativa, ma anche culturale, riconoscendo l'importanza delle competenze sociali in primis nell'ambito dei servizi sanitari.

- Valorizzare il ruolo dei pari

Riconoscere le competenze del consumatore e valorizzare il ruolo dei pari è un pilastro fondamentale delle pratiche THN che deve essere rilanciato, anche per fare fronte alle nuove sfide come la crescente presenza di cittadini stranieri tra gli utenti dei servizi. Per una piena valorizzazione delle competenze dei consumatori sarebbe inoltre opportuno organizzare corsi di formazione congiunta tra operatori dei servizi e operatori pari e sollecitare e promuovere la costituzione di gruppi di interesse di consumatori anche in Italia, dove sono pochi e presenti solo in alcune realtà regionali.

- Valutare l'introduzione di nuove modalità di somministrazione del farmaco

Le nuove possibili modalità di somministrazione del farmaco salvavita, in particolare quella intranasale, rappresentano un'opportunità soprattutto rispetto ai giovani consumatori che non assumono eroina per via endovenosa, ma prima di introdurre nelle pratiche di THN è necessario condurre una valutazione di costi e benefici – anche in riferimento agli interessi dell'industria farmaceutica – e approfondirne le proprietà farmacocinetiche.

- Raccogliere dati

Per poter valutare l'efficacia del modello di intervento ma anche per poter programmare azioni strategiche, è prioritario colmare il gap informativo attuale, costruendo un sistema di monitoraggio in grado di rilevare su tutto il territorio nazionale, per ogni regione, il numero di OD e quello di fiale di naloxone distribuite. La raccolta di informazioni dovrebbe auspicabilmente coinvolgere non solo le ASL, ma anche le farmacie e servizi di pronto soccorso.

- Regolamentare e garantire l'accesso al THN su tutto il territorio

A fronte della mancata diffusione della pratica del THN su tutto il territorio nazionale, sarebbe opportuno che questa fosse oggetto di una revisione normativa e che il Ministero fornisse alle Regioni degli standard di intervento. A questo fine l'introduzione della RdD nei LEA costituisce una concreta opportunità, ma è necessario che gli standard corrispondano a livello locale a budget specifici. È fondamentale inoltre monitorare che l'inserimento del THN nei LEA non conduca a una medicalizzazione della pratica stessa.

- Creare cultura

E' opportuno in questa fase di "riflusso" promuovere attivamente la cultura fondante delle pratiche THN, ovvero promuovere l'approccio della RdD e diffondere una concezione del problema e del trattamento delle dipendenze che esuli dai limiti di un approccio individuale per rinforzare le strategie basate sull'approccio di comunità, andando a coinvolgere anche i servizi che non appartengono al comparto socio-sanitario. Questa operazione andrebbe fatta sfruttando appieno le opportunità offerte dal web e i social network.

3.1.3 Discussione dei risultati del questionario e del focus group con gli operatori

a) I punti di forza del THN nel modello italiano nella prospettiva degli operatori

➤ **Empowerment e peer support: una pratica funzionale alla crescita della consapevolezza dei rischi e al rafforzamento dei comportamenti di prevenzione dei consumatori**

Le pratiche di solidarietà tra pari e la creazione di reti informali di pronto intervento sono al centro del modello italiano THN. Investire sulle competenze dei consumatori nel gestire gli interventi significa per gli operatori investire su capacità sociali diffuse in una prospettiva empowering e di promozione della salute nella comunità: lo sguardo adottato è quello del “consumatore esperto” che apprende e migliora le sue competenze grazie a esperienza, socializzazione dell’esperienza e apprendimento, secondo un approccio di social learning.

I risultati del questionario mettono in evidenza come solo tra i servizi che non hanno mai adottato la pratica del THN c’è qualcuno che la ritiene inappropriata in quanto incentiverebbe comportamenti meno attenti ai rischi. Le critiche che ostacolano la diffusione del THN a livello internazionale⁶⁷, soprattutto l’effetto rassicurazione – che abbasserebbe l’attenzione verso i comportamenti di prevenzione e limitazione del rischio a causa della disponibilità del farmaco salvavita - non trovano spazio nelle opinioni di coloro che appartengono a servizi che distribuiscono il Naloxone. Per questi ultimi i principali rischi del farmaco sono invece di altra natura, legati all’eventuale dosaggio insufficiente e al possibile emergere di una nuova OD legata all’assunzione di un’altra dose di oppiaceo dopo l’astinenza indotta dal farmaco. Rischi che possono essere efficacemente prevenuti grazie agli interventi di counselling e informazione che abitualmente accompagnano la consegna del naloxone.

I vantaggi segnalati, invece, vanno oltre la riduzione dei casi di morte per overdose, per includere proprio un aumento della consapevolezza dei rischi, anche quelli relativi al consumo di sostanze in generale, una accresciuta percezione di autoefficacia nei comportamenti di uso e di intervento, e delle competenze del consumatore in generale.

➤ **Il ruolo dei servizi RdD nella distribuzione del THN: diffusione delle competenze e sostegno allo sviluppo di una rete capillare di informazione, intervento e soccorso tra consumatori**

Un fattore di successo è integrare i saperi dell’esperienza di cui i consumatori sono in possesso con l’informazione e la formazione offerta dagli operatori: la consegna del naloxone al consumatore avviene, secondo i risultati del questionario, in più del 90% dei casi attraverso colloqui individuali, in cui gli operatori forniscono indicazioni per un corretto comportamento e per evitare i rischi sopracitati. Tra queste le più menzionate sono chiamare contestualmente il 118 e il consiglio di non consumare mai da soli. Altre indicazioni specifiche riguardano la modalità di iniezione del farmaco. In più della metà dei casi il servizio consegna insieme al naloxone del materiale informativo, mentre in una minoranza di servizi viene consegnato del materiale sterile.

Il processo di investimento sui consumatori è risultato, negli anni, vincente: il possesso di naloxone da parte di persone presenti all’episodio è la condizione più frequentemente citata dai rispondenti quale fattore

⁶⁷Preventing Opiate Overdose Deaths, Examining Objections to Take-Home Naloxone
<http://muse.jhu.edu/article/400754>

predittivo di un esito positivo di un'OD, anche più della tempestività degli interventi di soccorso e del 118. Molto importante è anche la conoscenza delle pratiche di primo soccorso da parte dei pari, mentre la vicinanza di un pronto soccorso sembra incidere poco e quella di una farmacia per nulla.

Per questo, la maggior parte dei servizi consegna il naloxone, oltre che al consumatore singolo, anche ai consumatori leader, agli amici, ai partner e ai familiari. Inoltre circa un servizio su tre pratica l'informazione o la formazione di gruppo (quest'ultima riguarda solo i servizi di RdD) e lavora sul supporto tra pari, anche attraverso il coinvolgimento di opinion leader.

In questo processo di empowerment dei consumatori, sono evidenti vantaggi che riguardano direttamente il sistema di intervento in caso di OD e i servizi stessi: la promozione e il sostegno alla solidarietà tra pari fornisce la disponibilità di una rete capillare informale di pronto intervento e, insieme, l'incremento della fiducia nel servizio da parte degli utenti. Dall'esperienza degli operatori italiani attivi nella distribuzione di THN, dunque, emerge come non sussistente il dubbio espresso dai critici del THN circa l'allontanamento dei consumatori dai servizi sanitari⁶⁸: al contrario, il THN moltiplica occasioni di incontro, scambio e informazione con gli utenti potenziali.

Al tempo stesso il modello THN promuove competenze individuali e di gruppo che rendono la comunità più esperta, grazie a uno "slittamento" virtuoso delle competenze dalle strutture sanitarie ai cittadini insito nello stesso approccio della promozione della salute promosso dall'OMS e denominato "whole-of-society"⁶⁹.

➤ **L'ottica di promozione della salute. L'integrazione delle competenze sanitarie e socioeducative**

Fa parte dell'approccio della promozione della salute anche un'altra caratteristica fondamentale del modello THN, cioè l'integrazione delle competenze sociali e sanitarie.

Nella maggioranza dei casi il naloxone viene distribuito, nell'ambito dello stesso servizio, sia da figure sanitarie che non sanitarie. Vi sono però delle marcate differenze per tipo di servizio: negli ambulatori dei SerD prevalgono i casi in cui sono autorizzate solo le professioni sanitarie, mentre nei servizi RdD sono in genere autorizzati sia gli operatori sanitari che quelli sociali (inclusi gli operatori pari). In questi servizi anzi, l'operatore sociale, in particolare l'educatore, assume un ruolo centrale.

Lo stesso discorso vale per la somministrazione del farmaco: gli operatori sociali coinvolti in servizi che li autorizzano a intervenire in caso di bisogno non riscontrano difficoltà in questo senso, anche se emergono alcune opinioni discordanti sulla migliore via di somministrazione (intramuscolare o endovenosa). Secondo quanto emerso nei focus group, il timore espresso da una minoranza di rispondenti al questionario, che l'operatore sociale possa incorrere in problemi legali se non espressamente autorizzato, non è fondato: lo statuto di farmaco da banco e la normativa italiana sull'obbligo al soccorso in caso di pericolo di vita fornisce una cornice giuridica chiara, dentro cui opera la quasi totalità dei servizi. Nessuno degli intervistati, per altro, ha riportato l'esperienza di problemi giuridici occorsi nel corso di vent'anni di pratica. La tensione tra gli ambiti di competenza sanitario e sociale è forse l'aspetto che influisce maggiormente sul distacco osservabile tra il modello THN più diffuso nei servizi di RdD (drop in, Unità di strada), e quello che riguarda gli ambulatori dei servizi pubblici per le dipendenze, che per altro solo in minima parte distribuiscono naloxone o si trovano a intervenire in caso di OD, non operando sulla scena della droga. In questi ultimi risulta sottoutilizzata la strategia di coinvolgere i gruppi di pari e/o opinion leader in attività di informazione e formazione. Così come

⁶⁸ Preventing Opiate Overdose Deaths, cit

⁶⁹ Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

risulta sotto utilizzata la strategia di attivare le collaborazioni tra servizi e consumatori in funzione di antenna e di monitoraggio. Parimenti, nei SerD risultano meno praticate che nei servizi di RdD la consegna di naloxone ai consumatori leader e il coinvolgimento di operatori sociali e/o pari nell'individuazione di indicazioni operative.

Questo iato tra ambulatori SerD e servizi di RdD è stato anche uno degli argomenti più discussi durante i focus group. Alcuni lo interpretano in chiave paradigmatica, di prevalenza di un approccio 'disease', nei servizi per il trattamento, da parte di professionalità mediche che, a differenza degli operatori socio educativi o degli operatori di strada, faticano a riconoscere il consumatore come soggetto attivo, portatore di competenze, "esperto di sé". Questa distanza di vedute tra operatori sanitari e sociali si può osservare, secondo gli intervistati, anche nell'ambito degli stessi servizi pubblici, dove sembrano ancora persistere le resistenze verso la RdD e che riguardano, in ultima istanza, gli obiettivi stessi del trattamento delle dipendenze. Il rischio è che prevalga una visione riduzionista delle dipendenze, non abbastanza attenta agli aspetti sociali e culturali del fenomeno che richiedono un approccio multidisciplinare e di comunità, attento cioè a intervenire non solo sui singoli individui ma sui contesti di consumo, o setting⁷⁰, e più in generale sulle disuguaglianze sociali, sui processi di marginalizzazione e di stigmatizzazione⁷¹.

b) Punti di debolezza del modello e sfide di innovazione

➤ Discontinuità, limiti e scarso sostegno politico alla RdD

Secondo i partecipanti ai focus group negli ultimi anni il ruolo di presidio del THN e di tessitori delle reti territoriali da parte dei servizi pubblici per le dipendenze è diventato meno incisivo, anche a causa di una diminuita attenzione politica e sociale sul tema dei consumi e delle OD e dei tagli agli investimenti disponibili. La pratica del THN è infatti nata in un periodo, quello degli anni Novanta, in cui il picco di consumo di eroina e l'epidemia di AIDS hanno creato una "policy window"⁷² che ha permesso la sperimentazione e la diffusione delle pratiche di RdD. A oggi si assiste invece a una fase che è stata definita dagli intervistati di "reflusso", coerentemente con i risultati del questionario che indicano per la maggior parte dei servizi coinvolti, una riduzione nel tempo sia del numero delle fiale distribuite che del numero degli interventi (distribuzione di materiali informativi, attivazione di opinion leader e pari esperti).

La storica mappa disuguale della RdD in Italia, per cui intere regioni non offrono interventi di questo tipo o li offrono solo in alcune città, pone con forza la questione dell'aumento dell'accessibilità del farmaco su tutto il territorio nazionale, in prima battuta ad opera del servizio pubblico. L'introduzione della RdD nei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), approvata dal governo nel 2016, rappresenta a questo proposito una buona opportunità, essendo il dispositivo normativo che obbliga tutte le regioni a garantire interventi e prestazioni di RdD. Gli operatori vedono in questo una grande possibilità di estendere la pratica di THN su tutto il territorio nazionale, a patto che non conduca a una eccessiva medicalizzazione. Sarebbe opportuno a tal fine che il Ministero della Salute fornisca alle regioni degli standard di intervento basati su un approccio di comunità in sintonia con quanto ad oggi positivamente validato nelle regioni che hanno maggiore esperienza e comuni a tutto il territorio nazionale.

⁷⁰Zinberg N. E. (1984), *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

⁷¹Room R. (2005), *Stigma, Social inequality and alcohol and drug use*. *Drug and Alcohol Review*, 24(2): 143-155.

⁷²Beccaria F. e Rolando S.(2013). *Stakeholders' Role in Contemporary "Substitute Drug" Prescribing Policies in Italy*. *Substance Use & Misuse*, 48:943–953.

➤ **Ampliamento della rete degli attori competenti**

Nel modello THN, l'approccio di comunità, secondo gli intervistati, dovrebbe includere non solo i servizi pubblici e privati che sono in contatto con i consumatori, ma anche altri soggetti esterni alle dipendenze, primi fra tutti le forze dell'ordine e le farmacie. Mentre i rapporti con le forze dell'ordine sono stati critici soprattutto nella fase di implementazione, ma sembrano oggi in via di superamento, le farmacie risultano tuttora poco coinvolte e attive: sia nel questionario che nei focus group è emerso infatti come, nonostante il naloxone sia un salvavita e quindi per legge dovrebbe essere un farmaco da banco e sempre disponibile, non sempre questo avviene. E in ogni caso, anche laddove non esistono interventi di THN, i consumatori raramente si rivolgono alle farmacie.

Altri attori importanti e ad oggi non coinvolti sono i medici di medicina generale e altri servizi e contesti extra-sanitari frequentati dai consumatori. È opinione diffusa che la governance della rete debba fare capo al soggetto pubblico e che questo ruolo andrebbe assunto dalle Regioni e/o dalle ASL a livello locale, anche creando dei tavoli di confronto e degli accordi inter-istituzionali.

➤ **Adeguare l'offerta di THN, l'informazione e la formazione dei pari ai diversi stili di consumo**

Oltre che al disinvestimento politico, la diminuzione delle attività legate al THN, sia dai rispondenti al questionario che dai partecipanti ai focus group, viene attribuita prevalentemente alla riduzione dei consumatori di eroina per via iniettiva, alla diminuita purezza della sostanza stessa, che creerebbe nei consumatori un minor timore di incorrere in una OD, e al mutamento dei modelli di consumo. Da un lato, l'eroina viene oggi assunta, soprattutto dai consumatori più giovani, in altre modalità (fumata o inalata), dall'altro lato vi sono altre sostanze oppiacee che vengono utilizzate per via iniettiva, in particolare il metadone, che, in caso di OD, richiede dosaggi superiori di naloxone dell'eroina, e ripetuti.

La diversità degli stili di consumo, di carriere di uso e in ultima istanza di rapporto con la sostanza, ha creato anche un gap intergenerazionale tra vecchi e nuovi consumatori che rende più difficile il lavoro tra pari che ha sempre caratterizzato il modello di intervento THN, cioè la trasmissione di competenze e strategie tra pari esperti e nuovi consumatori. Il tutto è complicato dalla presenza massiccia di consumatori stranieri, con i quali risulta spesso difficile anche solo comunicare.

Tuttavia, come hanno ampiamente sottolineato gli intervistati, i nuovi modelli di consumo prevalenti, tra i quali l'uso inalato, non scongiurano di per sé il rischio di OD. Anzi, possono indurre una pericolosa sottovalutazione del rischio. Inoltre i continui mutamenti del mercato illegale rappresentano, oggi più che mai, un fattore di rischio, spesso sottovalutato dagli stessi operatori quale possibile causa di OD. Infine permangono delle situazioni di rischio aumentato correlato alla tolleranza: l'interruzione del percorso di comunità e l'uscita dal carcere.

Il THN dunque rimane una strategia necessaria a rispondere a un rischio che persiste anche in Italia, nonostante il calo significativo nelle OD infauste dagli anni '90 a oggi, e che ha bisogno di modalità innovative. E' urgente dunque interrogarsi su come fare tesoro, innovandole, delle pratiche fra pari in una stagione in cui l'uso di droghe come fattore di identità legato a specifiche subculture è al tramonto, in seguito al processo di normalizzazione e di diversificazione degli stili. Questo è uno dei nodi cruciali necessari al rafforzamento e alla diffusione della pratica THN, che potrebbe trarre significativo vantaggio anche dall'introduzione sul mercato del farmaco somministrabile per via nasale.

3.2 La prospettiva delle persone che usano sostanze⁷³

Il capitolo presenta i risultati dell'indagine svolta attraverso questionario on line mirata alle persone che usano sostanze, i risultati dei focus group e la discussione conclusiva

3.2.1 Risultati dell'indagine sui consumatori

1. Il campione
2. Disponibilità e utilizzo del naloxone
3. Conoscenze sul corretto utilizzo del naloxone

Il campione

Caratteristiche demografiche e uso di sostanze

I rispondenti totali sono stati 204. Tuttavia gli eleggibili, ovvero coloro che hanno dichiarato il consumo di un oppiaceo almeno dieci volte negli ultimi 12 mesi, sono 179, di cui 83.2% (149) maschi. L'età mediana è di 43 anni (IQR=13). Le città dalle quali i consumatori hanno prevalentemente risposto sono Torino, (n=55, 31%), Napoli (n=44, 25%) e Bergamo (n= 18, 10%). Tuttavia le risposte sono afferite da svariate parti d'Italia (Pordenone, Salerno, Firenze, Roma, Chieti, etc.) sebbene con risposte anche di una sola unità. La distribuzione per area geografica è la seguente:

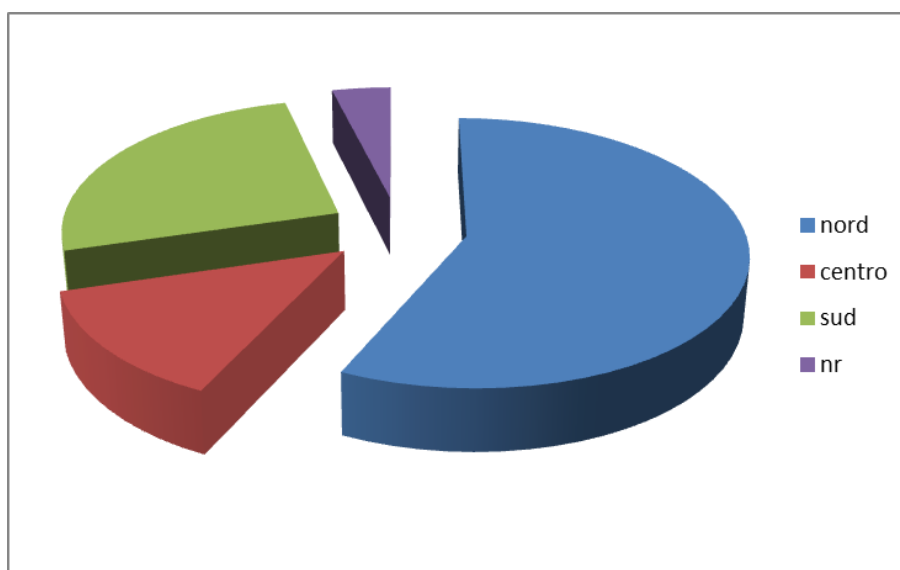


Fig. 3.24 Distribuzione per area geografica dei rispondenti (N=179).

La modalità di assunzione più frequente dell'oppiaceo risulta essere quella iniettiva e l'eroina l'oppiaceo più utilizzato, anche se è la sostanza primaria per i due terzi del campione.

modalità di assunzione	N	%
iniettiva	124	69,3
fumata	38	21,2
altro	10	5,6
NR	7	3,9
Totale	179	100,0

⁷³ a cura di Antonella Camposeragna e Susanna Ronconi

Tab. 3.13 Distribuzione per modalità di assunzione (N=179).

La sostanza d'elezione è riportata nella tabella seguente:

Sostanza di prima scelta	N	%
eroina	129	72,1
cocaina	34	19,0
cannabis	4	2,2
oppio	2	1,1
altre	4	2,2
NR	6	3,4
Totale	179	100,0

Tab.3.14 Distribuzione per sostanza primaria (N=179).

La modalità di uso prevalente dell'oppiaceo, quando questo è la sostanza primaria, ovvero eroina o oppio come dalla tabella 2, è quella per via iniettiva (104, 79.4%) mentre la frequenza d'uso (riferita agli ultimi 30 giorni) indica una variabilità.

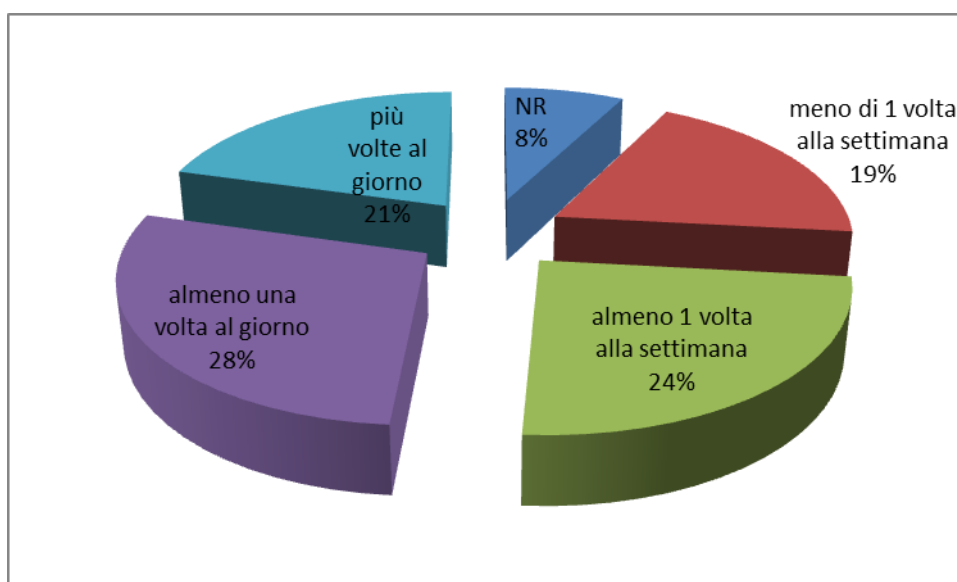


Fig. 3.25 Distribuzione frequenza di uso dei consumatori che indicano un oppiaceo come sostanza primaria(N=131).

L'età del primo uso di oppiacei riportata è pari a 18 anni (mdn, IRQ=5); considerando l'età attuale del campione gli anni di uso stimati sono 23 (IRQ=18, min=1, max=47), quindi il campione ha una storia di uso importante.

L'uso di sostanze nell'ultimo mese presenta la distribuzione riportata nella figura 3, dove le sostanze più frequentemente utilizzate risultano essere eroina e cocaina.

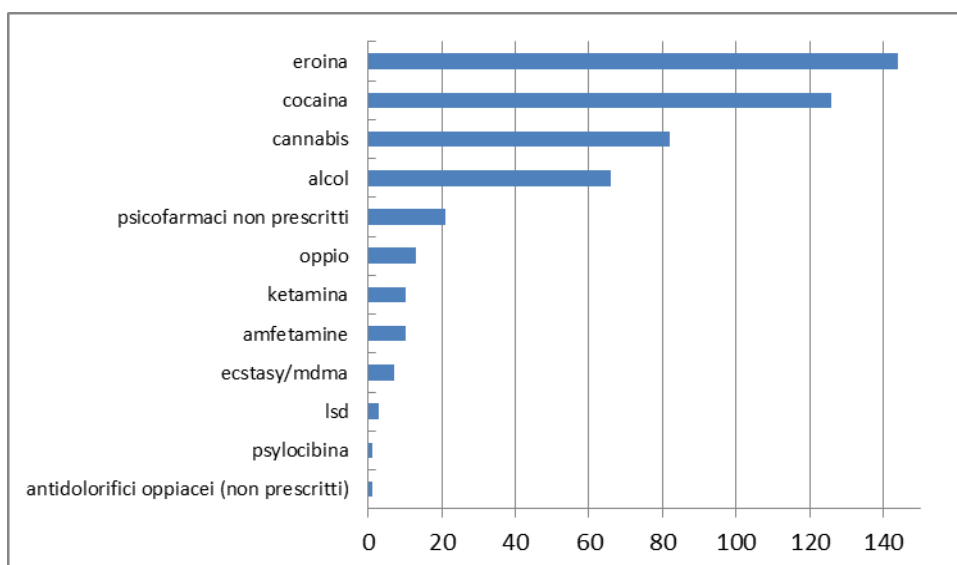


Fig. 3. 26 Distribuzione sostanze consumate ultimi 30 gg(N=179).

Il policonsumo risulta essere una pratica diffusa in quanto oltre il 60% (63.7, n=114) del campione dichiara di usare più sostanze nella stessa giornata.

Esperienze di overdose(OD) personali

Circa la metà (48.6%, n=87) riporta di aver sperimentato almeno una OD non fatale nella propria vita.

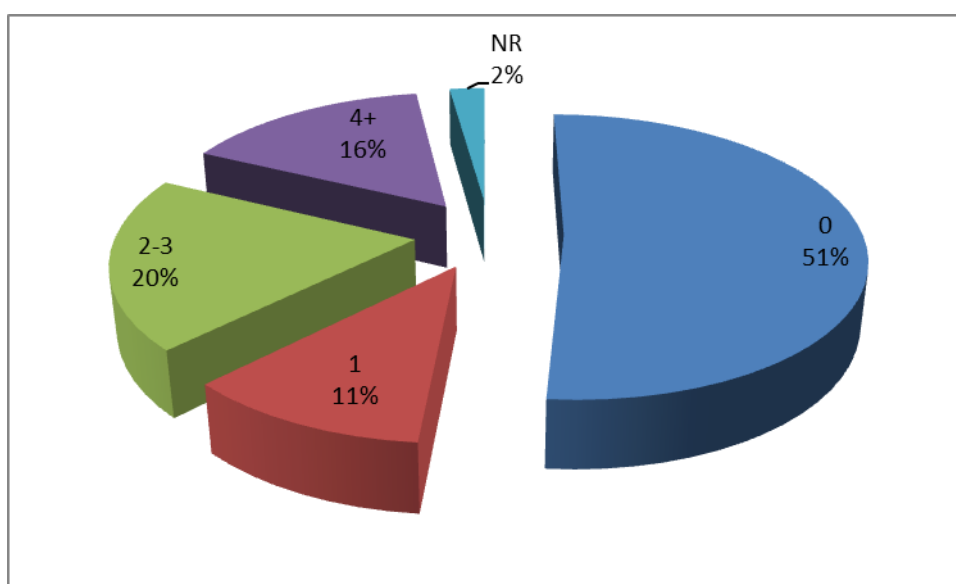


Fig. 3.27 Distribuzione numero di OD non fatali riportate(N=179).

L'ultima esperienza risale generalmente a più di un anno fa, come dalla distribuzione riportata nella tab. 3. Tra chi ha avuto un'OD, 42 persone (49% del campione) non erano in quel momento in trattamento farmacologico sostitutivo; l'importanza del trattamento sostitutivo come fattore protettivo potrebbe essere confermata anche nel campione, sebbene solo a livello descrittivo, poiché non sono stati richiesti dati più dettagliati sul tipo di trattamento (dosaggi, durata, etc.)

Quando è avvenuta ultima OD	N	%
Meno di 6 mesi fa	7	8,0
tra 6 e 12mesi fa	11	12,6
più di un anno fa	69	79,3
Totale	87	100,0

Tab. 3.15 Distribuzione periodo ultima overdose riferita (N=87).

Le principali cause riferite dal campione in merito all'ultima OD non fatale sperimentata, sembrano insistere su una bassa tolleranza e sull'uso di più sostanze nella stessa giornata. Tuttavia una parte non residuale indica la purezza della sostanza, ovvero il taglio della sostanza.

Causa riferita	N	%
Bassa Tolleranza (uscito/a da CT, carcere)	26	29,9
Uso di più sostanze	18	20,7
Purezza della sostanza	12	13,8
sovradosaggio intenzionale/OD ricercata	11	12,6
Non conosciuto	10	11,5
Cambiato fornitore	8	9,2
altro	2	2,3
Totale	87	100,0

Tab. 3.16 Distribuzione causa principale ultima overdose riferita (N=87).

Il luogo prevalente dove sono accaduti gli episodi è all'aperto, piazze, parchi; tra coloro che hanno avuto una OD in un luogo aperto (70%, n=58), oltre la metà (n=35 pari al 40% del totale), è avvenuta in un luogo appartato. Nel 35% del totale degli episodi, la persona era sola. La persona che più frequentemente ha assistito all'ultimo episodio riferito è un partner o amico; conseguentemente la persona ha ricevuto un primo soccorso dal partner/amico (risposta modale), da passanti e in misura minore da operatori sociosanitari (118 o servizi di RdD).

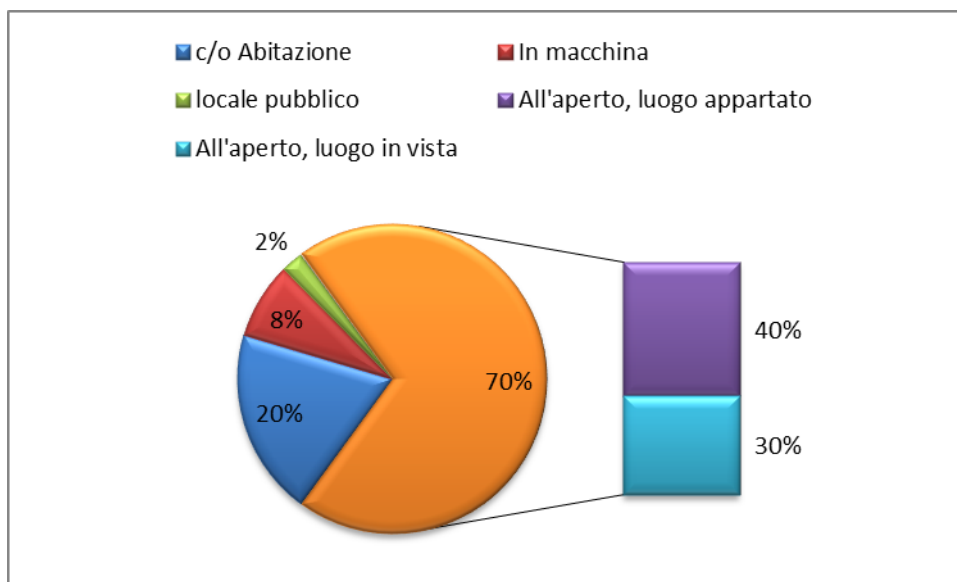


Fig. 3.28 Distribuzione per luogo in cui è avvenuta l'ultima overdose(N=87).

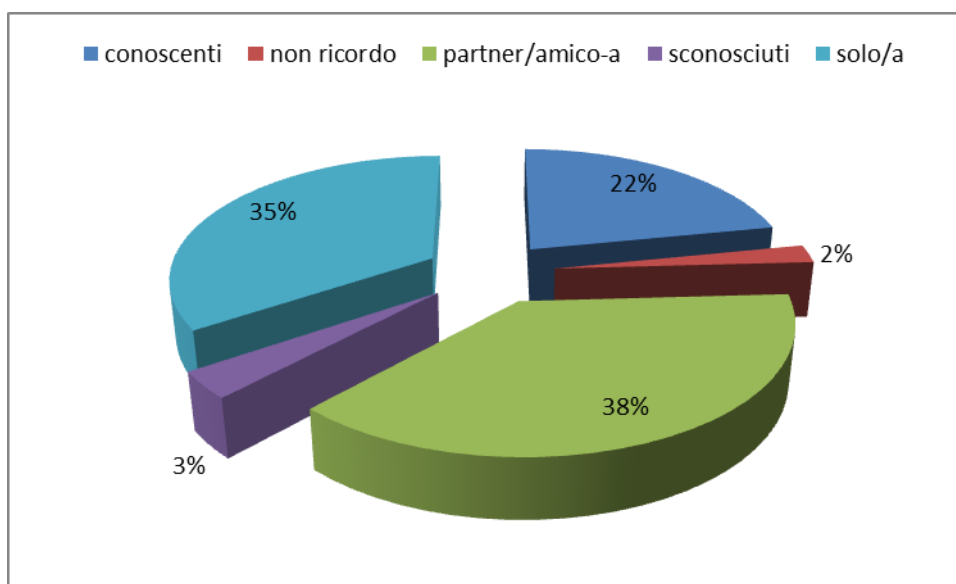


Fig. 2.29 Distribuzione per persona presente all'ultima overdose(N=87).

Tra le azioni intraprese dai soccorritori la risposta modale è la chiamata al 118 (n=46, 56.3%) seguita dall'iniezione di una fiala di naloxone (n=26, 30%).

Il 76% (n=66) dichiara che in seguito all'episodio di OD ha mutato alcuni comportamenti per prevenire il rischio di nuove OD; i comportamenti adottati sono riportati nella tabella 5.

Precauzioni adottate per ridurre il rischio*	N	%
Non uso mai da solo/a	25	37,9
Se è un po' che non uso, ne uso di meno	23	34,8
Ho sempre il naloxone con me	18	27,3
Uso di una piccola dose per vedere l'effetto e poi il resto	18	27,3
Ho intrapreso o ripreso un trattamento con metadone / buprenorfina	17	25,8
Non mescolo sostanze	12	18,2
Se cambio pusher chiedo sempre ad altri	11	16,7

Tab. 3.17 Distribuzione dei comportamenti per ridurre i rischi in seguito a overdose(N=66).

* il totale è >100% perché si potevano fornire più risposte

Esperienze di OD a cui si è assistito

Oltre i due terzi (n= 138) del campione hanno assistito a OD di altri; di questi, il 70% (n=96) ha assistito a un OD di una persona conosciuta; circa un quarto (n=31) di uno sconosciuto, mentre i restanti 11 (8%) del/la partner. Oltre la metà (n=77) dichiara di aver assistito a più di 3 episodi in vita sua.

Rispetto al luogo in cui è avvenuto l'ultimo episodio cui si è assistito la distribuzione risulta molto simile rispetto all'OD personale precedentemente descritta.

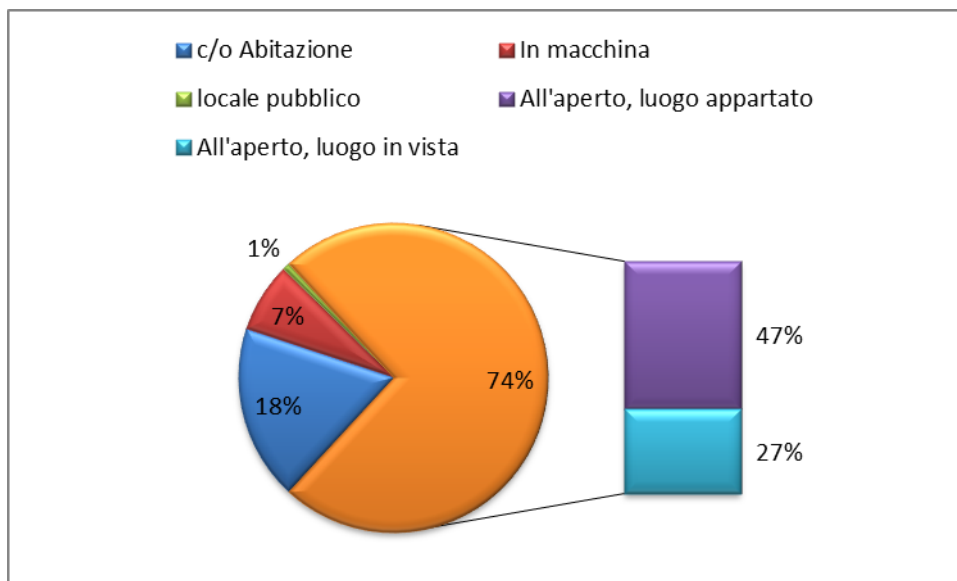


Fig. 3.30 Distribuzione per luogo in cui è avvenuta l'ultima overdose witnessed (N=138).

Per i rispondenti, la prima cosa da fare (in base alla loro esperienza personale) è la chiamata al 118, seguita dalla somministrazione di naloxone. Per definire tale ordine di importanza (in base a quanto è stato effettivamente agito) è stato chiesto loro di mettere in ordine di importanza e di urgenza le prime 3 azioni compiute. Nel grafico sono state riportate le mediane di ciascuna azione, che riproducono i comportamenti maggiormente agiti come prima azione da compiere

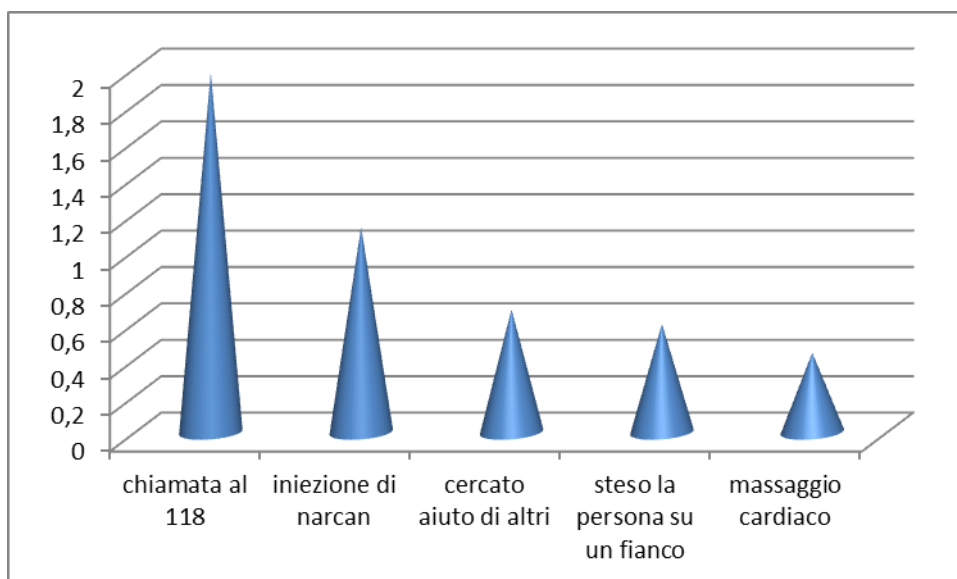


Fig. 3.31 Distribuzione per tempismo attribuito alle pratiche salvavita in caso di OD (N=138).

Disponibilità e utilizzo di naloxone

Offerta e disponibilità di naloxone

Il 59% (n=95) del campione ha ricevuto delle fiale di naloxone come strumento di prevenzione per l'OD. Su otto persone (4.5%) non abbiamo questa informazione. Al fine di capire se vi sono dei fattori che possono

aumentare o diminuire la possibilità avere con sé delle fiale, sono state analizzate le variabili sotto riportate incrociandole con la variabile dell'aver il naloxone con sé (zTest, $p < .05$)

Caratteristiche individuali	NO nalox(N=66)		SI nalox (N=105)		totale		p
	N	%	N	%	N	%	
Genere							
M	57	86,4	86	81,9	143	83,6	0,406
F	9	13,6	19	18,1	28	16,4	0,406
Anni di Uso							
<15anni	27	40,9	22	21,0	49	28,7	0,002
15+anni	39	59,1	83	79,0	121	70,8	0,002
Modalità							
EV	42	63,6	81	77,1	123	71,9	0,038
fumato o altro	24	36,4	24	22,9	48	28,1	0,038
Ha sperimentato OD							
no	45	68,2	40	38,1	85	49,7	0,000
si	21	31,8	65	61,9	86	50,3	0,000
Ha assistito OD							
no	26	39,4	7	6,7	33	19,3	0,000
si	40	60,6	98	93,3	138	80,7	0,000
Ha ricevuto informazioni							
no	29	43,9	8	7,6	37	21,6	0,000
si	36	54,5	97	92,4	133	77,8	0,000
Ha seguito corsi							
no	33	50,0	62	59,0	95	55,6	0,209
si	2	3,0	27	25,7	29	17,0	0,000
nr	31	47,0	16	15,2	47	27,5	0,000

Tab. 3.18 Disponibilità di naloxone per caratteristiche individuali. Test delle proporzioni.

Avere avuto o meno fiale di naloxone non risulta associato al genere, mentre vi è un'associazione con gli anni di uso (la proporzione dei consumatori da più di 15 anni ha più probabilità di avere con sé delle fiale). Chi utilizza oppiacei per via endovenosa risulta più propenso ad avere con sé delle fiale di naloxone, così come chi ha riportato un'esperienza pregressa di OD personale e/o ha assistito a un OD di altri

I dati danno conferma dell'aspetto informativo associato all'offerta di naloxone per aumentare la probabilità che i consumatori lo portino con sé, mentre risulta meno chiara l'associazione con corsi ad hoc, dovuta all'alto numero di dati mancanti.

Il giudizio che i consumatori danno sulla distribuzione del naloxone nella propria città varia da pessimo a ottimo. Le città che permettono una numerosità campionaria tale da poter effettuare delle analisi statistiche come in parte già detto sono Torino, Napoli, Bergamo e Perugia (12 rispondenti). Le restanti città hanno una numerosità che varia da 1 a 4, per cui si ritiene che i giudizi espressi siano a valenza individuale.

Le mediane della distribuzione per Torino, Bergamo e Perugia sono poste sull'etichetta "buono", mentre per Napoli il giudizio mediano è "scarso". Tale differenza è significativa al test della Mediana.

Considerando invece il giudizio espresso in base alla disponibilità di naloxone, si nota che la proporzione di coloro che ne danno un giudizio molto negativo è associata al non averne mai avuto con sé, per cui risulta piuttosto ovvio che se la distribuzione è percepita come carente, diventa più probabile la minor propensione a procurarsi una fiala di naloxone.

propensione a procurarsi una fiala di naloxone.

Giudizio su distribuzione	NO nalox(N=66)		SI nalox (N=105)		Totale)		p
	N	%	N	%	N	%	
pessimo	20	30,3	4	3,8	24	14,0	0,000
scarso	18	27,3	25	23,8	43	25,1	0,582
buono	20	30,3	58	55,2	78	45,6	0,001
ottimo	4	6,1	13	12,4	17	9,9	0,145
NR	4	6,1	5	4,8	9	5,3	0,688

Tab. 3.19 Disponibilità del naloxone per Giudizio sulla sua distribuzione Test delle proporzioni.

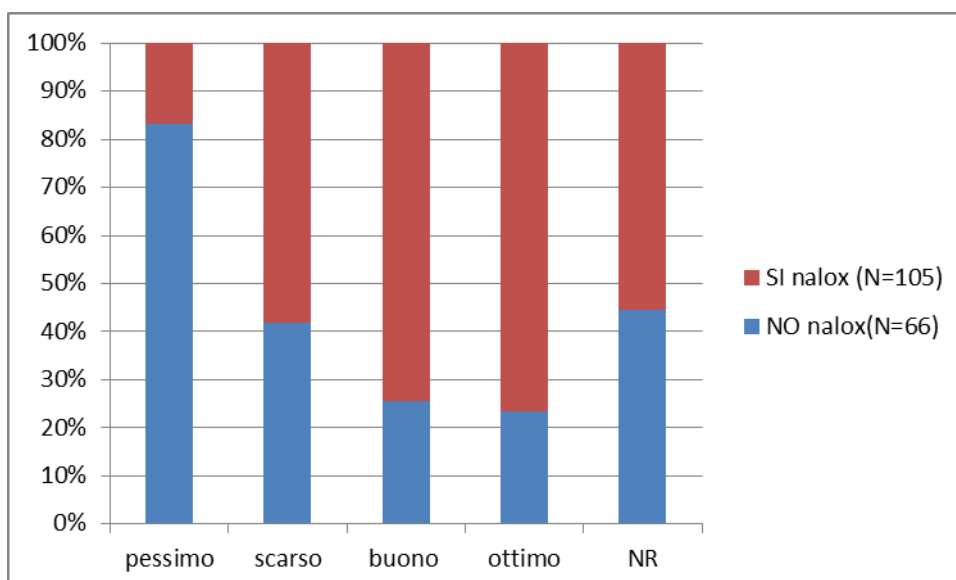


Fig. 3.32 Distribuzione percentuale per giudizio

I canali prevalenti di acquisizione delle fiale sono i programmi di riduzione del danno (RdD) (84%), seguiti dai SerD (11%), mentre i restanti indicano genericamente dei pari. Solo una persona dichiara l'acquisto in farmacia quale prassi usuale per procurarsi il naloxone. Solo 4 persone dichiarano di essersi recate in farmacia per l'acquisto di naloxone

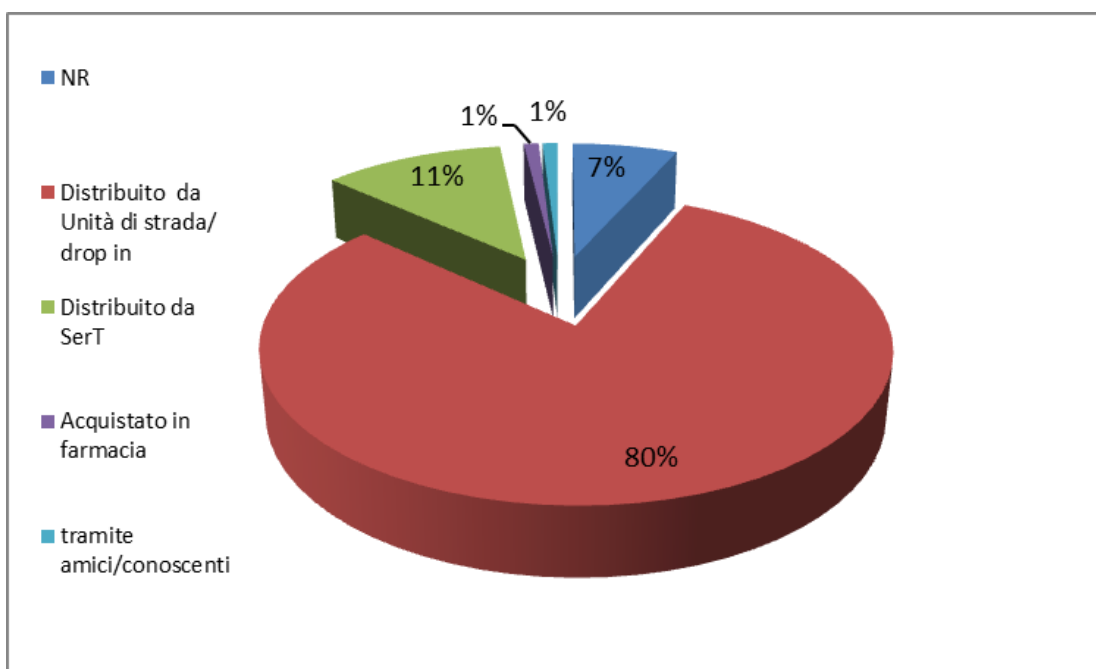


Fig. 3.33 Canale di distribuzione (N=105).

Le risposte fornite alle domande relative al luogo dove vengono conservate le fiale di naloxone e a chi sia a conoscenza del fatto che la persona sia in possesso di un farmaco salvavita in caso di OD- dalle quali si evince che il farmaco è conservato in luoghi dove in caso di bisogno ne sia agevole il recupero e che questa informazione è condivisa con le persone più vicine - ci danno un quadro di un consumatore consapevole dell'importanza della facile reperibilità del farmaco, sebbene le risposte mancanti siano una porzione non affatto residuale

Dove viene conservato	N	%
"In tasca"	46	43,8
Luogo del consumo	37	35,2
NR	16	15,2
in macchina	6	5,7
Totale	105	100,0

Tab. 3.20 Luoghi di conservazione del naloxone (n=105).

Ciononostante, sembra ancora dominante un certo riserbo per cui circa un terzo non informa nessuno dell'essere in possesso del farmaco, mentre la metà ne ha reso informati i propri pari, e l'8% i familiari.

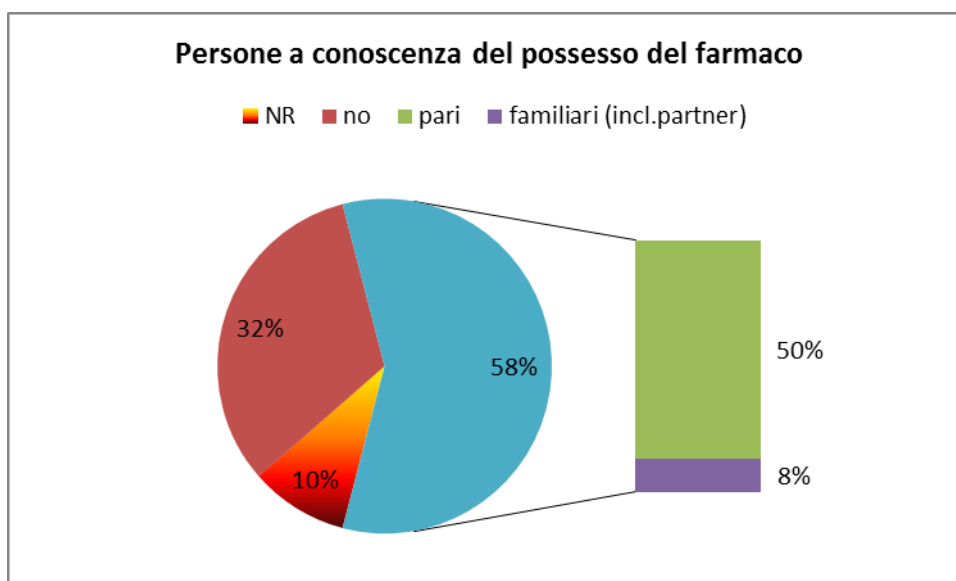


Fig. 3.34 Persone informate circa la disponibilità di naloxone (N=105).

Coloro che invece non hanno mai avuto con sé delle fiale di naloxone (n=66, pari al 37% del campione) hanno dato come risposta modale la non conoscenza dei canali di distribuzione e la mancanza di offerta dello stesso. Un quinto del campione riporta di non aver mai avuto il naloxone per mancata informazione sul suo impiego (come e quando). Il rischio di vedere aumentati i propri problemi legali, per chi ha con sé il naloxone, in caso di fermo da parte delle forze dell'ordine è riportato da un esiguo numero di consumatori. Nella tabella 8 sono riportate le risposte e le relative frequenze percentuali alla domanda che, essendo multiresposta, prevedeva la possibilità di più risposte, per cui il totale è maggiore del 100%.

Perché non hai mai avuto del naloxone con te	N	%
Non saprei come procurarmelo	17	25,8
Meglio cercare aiuto professionale	13	19,7
Nessuno me l'ha mai offerto	12	18,2
Non so cosa sia	9	13,6
Aumenta i problemi quando mi fermano le forze dell'ordine	8	12,1
Non so quando usarlo	7	10,6
Non so come usarlo	6	9,1
Porta sfortuna	3	4,5
Nessuno vorrebbe mai che glielo somministrassi	2	3,0
Costa troppo	1	1,5
In farmacia non ce l'hanno	1	1,5

Tab. 3.21 Motivazioni per cui non si è mai avuta una fiala di naloxone (n=66).

Modalità di impiego del naloxone

In merito all'uso di naloxone, il 67% (n=71) di coloro che hanno avuto con sé delle fiale dichiara di averlo utilizzato almeno una volta. In generale il sottocampione risulta piuttosto esperto, poiché, considerando le frequenze cumulative circa l'80% l'ha utilizzato più volte.

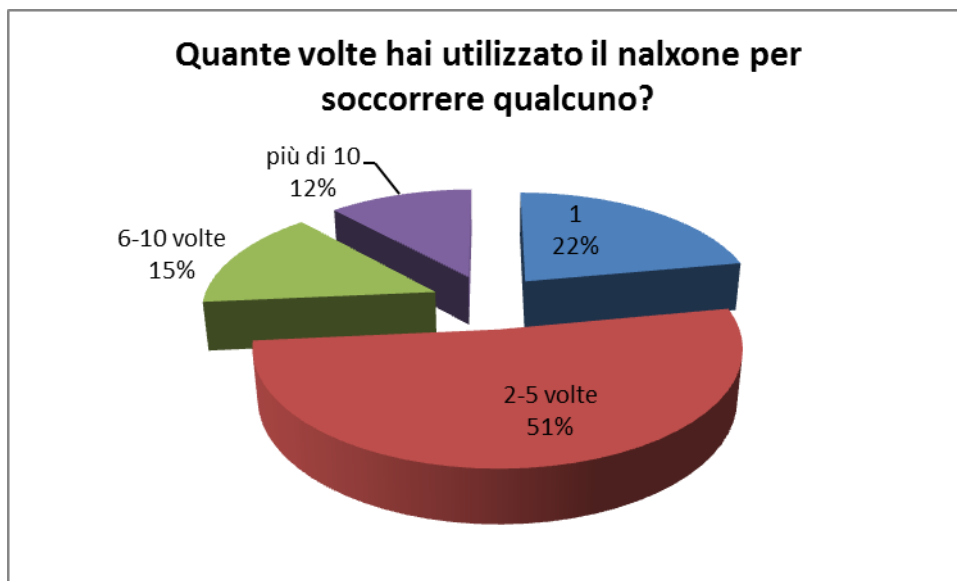


Fig. 3.35 Distribuzione numero di volte che è stato impiegato il naloxone per soccorso di un OD di altri (N=71).

Per indagare sulle modalità di uso del naloxone, abbiamo utilizzato come proxy l'ultima volta che questo è stato utilizzato al fine di capire come e dove questo venga somministrato, la tempistica, nonché quali siano state le conseguenze e le reazioni alla somministrazione sia da parte della persona soccorsa che dal personale sanitario. Il campione di riferimento sono sempre i 71 rispondenti che hanno dichiarato di aver utilizzato almeno una volta il naloxone nella loro vita.

Il numero di fiale utilizzato è generalmente 1 o 2 (rispettivamente riportate dal 35,2% del campione, n=25 per entrambe le modalità di risposta), mentre un 22% (n=17) dichiara di averne usate 3 o più. I restanti 4 non hanno indicato il numero.

La modalità di somministrazione del naloxone è avvenuta per oltre la metà dei casi secondo le linee guida, ovvero intramuscolo. Tuttavia il 41% riferisce una somministrazione per via endovenosa. La quasi totalità (95,8%, 68) riporta di avere comunque utilizzato un ago/siringa sterile.

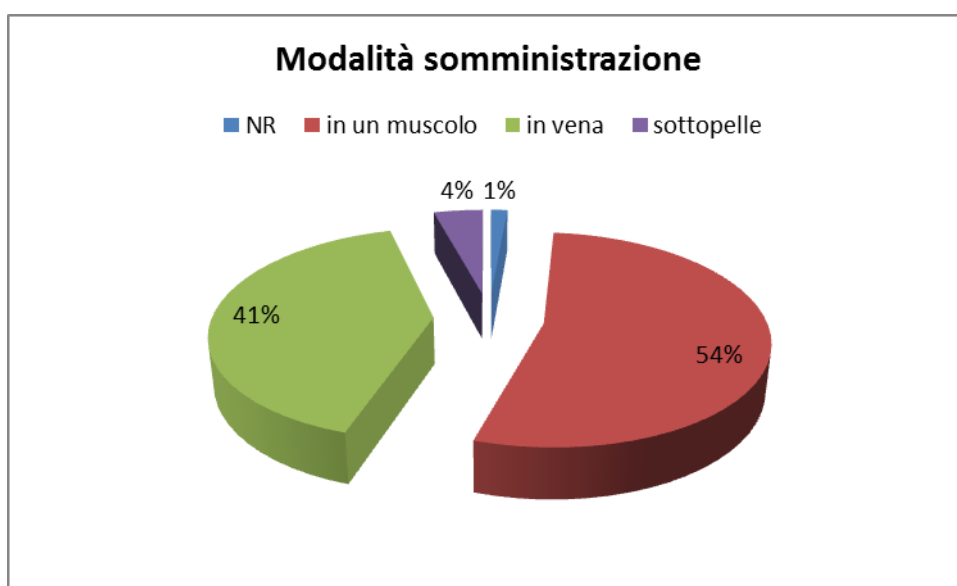


Fig. 3.36 Modalità di somministrazione del naloxone, ultimo utilizzo (N=71).

Sicuramente un possibile effetto non desiderato della somministrazione del naloxone è il brusco risveglio in condizione di astinenza acuta. Questo effetto avverso è aneddoticamente considerato valido motivo per evitarne l'uso da parte di un pari per non ricorrere in una reazione negativa da parte della persona soccorsa. Questa reazione negativa è stata riportata solo da una parte campione: 27 (38%) casi di rimprovero da parte delle persone soccorse con naloxone su 71 interventi complessivi.

In 49 casi (69%) è stato comunque chiamato il servizio 118. Anche per questa corretta pratica, si è voluto sondare l'atteggiamento da parte degli operatori sanitari rispetto all'intervento con naloxone da parte di un/a pari. Anche in questo caso non vi è conferma dell'aneddotico presunto atteggiamento negativo dei professionisti rispetto alla somministrazione di naloxone da parte di un consumatore.

Commenti degli operatori 118	N	%
Hanno detto che non ero autorizzato/a	8	16,3
Hanno ringraziato	24	49,0
Nessun commento	9	18,4
Hanno chiesto informazioni sul paziente	7	14,3
NR	1	2,0
Totale	49	100,0

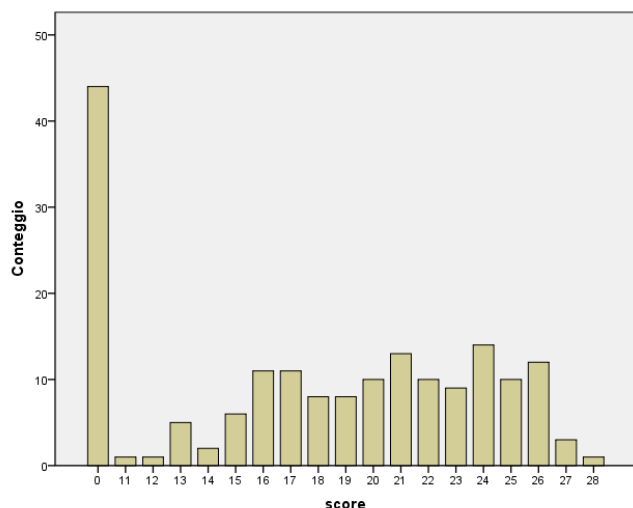
Tab. 3.22 Commenti espressi dagli operatori sanitari del 118 in seguito alla somministrazione di naloxone da parte di un/a pari (n=49).

Conoscenze sul corretto utilizzo del naloxone

Come riportato nel paragrafo sulla metodologia della ricerca, è stato impiegato uno strumento standardizzato (Opioid Overdose Knowledge Scale) per valutare le conoscenze del campione in merito all'uso corretto del naloxone.

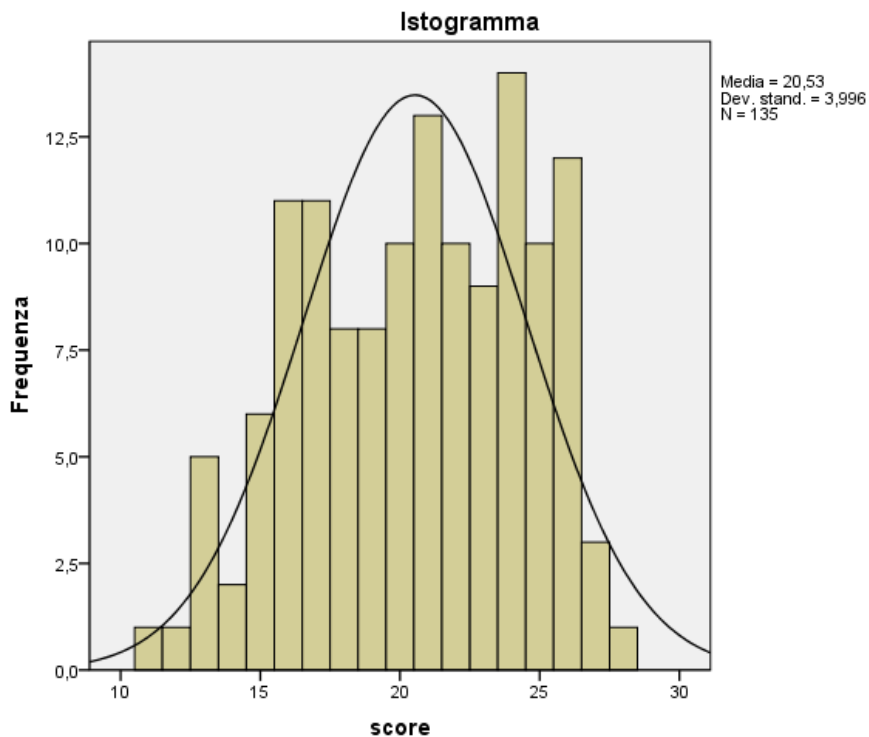
Poiché tale strumento è stato ideato per valutare l'efficacia di corsi sulla prevenzione delle OD tout court, non è stato interamente impiegato e sono state utilizzate sette domande sulle quattordici, in quanto ritenute più adeguate per un intervento in caso di OD con naloxone. Il questionario originale permette un punteggio massimo di 45 (nel caso siano corrette tutte le risposte), mentre nella versione ridotta qui impiegata il punteggio massimo possibile è pari di 30.

La distribuzione dei punteggi complessivi ottenuti è la seguente:



Come si evince per un alto numero di intervistati (n=44, 24.6%) non è stata fornita alcuna risposta o l'unica modalità di risposta indicata, laddove possibile, è stata "non so", per cui il punteggio totale realizzato è pari a zero. Non è possibile sapere se il motivo di tali risposte mancanti sia dovuto alla non conoscenza dell'argomento o semplicemente al non volere rispondere. Questo esito negativo potrebbe essere dovuto ai limiti dello strumento, forse eccessivamente ricco di domande, e autosomministrato on line, per cui non era possibile esercitare il controllo per una completa compilazione da parte dell'intervistatore. L'analisi è stata quindi condotta solo per i dati validi, ovvero per il sottocampione di rispondenti a questa parte dell'intervista, pari a 135.

La distribuzione risulta esser normale al test di Kolmogorov-Smirnov come riportato nelle figure seguenti, per cui consideriamo i dati come posti su una distribuzione di probabilità continua. Pertanto possiamo utilizzare la T di Student come statistica al fine di evidenziare eventuali differenze dovute alle caratteristiche individuali.



In primis si fa notare che il punteggio medio è attorno a 20, ossia pari ad un 66% di risposte corrette.

Nella tabella seguente riportiamo i valori medi dei punteggi al test per alcune variabili indipendenti nonché la significatività.

Variabile	N	Media	DS	p
Genere				
M	116	20,5	4,01	0,874
F	9	20,6	4,01	
anni di uso				
<15anni	33	18,98	4,669	0,008
15+anni	98	20,61	3,735	
modalità				
EV	102	20,72	3,913	0,831
fumato o altro	30	19,43	4,066	
formazione su naloxone				
si	97	20,58	4,12	0,069
no	32	18,94	3,592	
Città*				
Altre	27	20,37	4,395	0,113
Torino	48	21,71	3,242	
Bergamo	6	19,83	4,119	
Perugia	7	18,14	4,375	
Napoli	43	20,07	4,239	
Policonsumo				
no	44	19,95	4,063	0,664
si	84	20,69	4,003	
OD progressa				
no	65	20,48	3,941	0,425
si	67	20,37	4,026	
OD witnessed				
no	28	20,07	4,127	0,871
si	104	20,52	3,941	
Dispone di naloxone				
no	54	20,09	4,186	0,307
si	77	20,65	3,848	

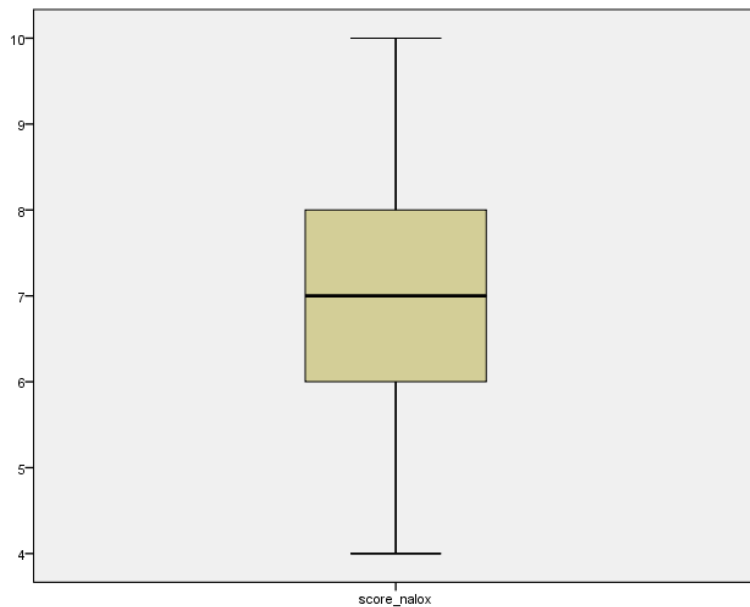
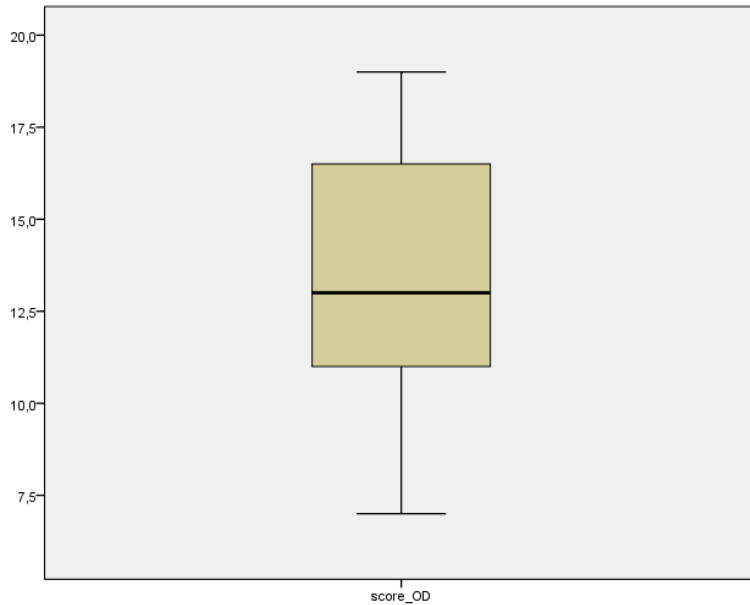
* è stata utilizzata l'ANOVA univariata.

Tab. 3.23 Risultati al T-Test per alcune variabili rispetto ai punteggi medi ottenuti

Le differenze tra i punteggi risultano associate ad un'esperienza di uso e all'aver ricevuto dei corsi ad hoc sull'uso di naloxone, confermando l'efficacia tanto dell'apprendimento nel corso del tempo che dei corsi rivolti a consumatori attivi.

Poiché il questionario prevedeva due aree di conoscenze, ovvero quella del riconoscimento dell'OD e intervento e quella relativa alla corretta somministrazione del naloxone, abbiamo analizzato i punteggi per ciascuna area.

In generale, l'area che riporta i punteggi elevati è quella relativa all'impiego corretto del naloxone, mentre minori appaiono le competenze relative al riconoscimento di una OD. Come riportato nei grafici seguenti, la distribuzione dei punteggi nell'area "overdose", che attribuisce fino a 20 punti sui 30 del questionario, ha la tendenza centrale attorno al valore 12.5 (ovvero 6 risposte corrette su 10), mentre quella sul naloxone, ha come valore centrale 7 (7 risposte corrette su 10).



Come per il punteggio totale, sono state verificate eventuali differenze per alcuni fattori.

Area "Conoscenze sul riconoscimento interventi per Overdose"				
Variabile	N	Media	DS	p
Genere				
M	116	12,1	3,95	0,53
F	9	11,1	4,18	
anni di uso				
<15anni	33	10,9	4,18	0,029
15+anni	98	12,4	3,81	
modalità				
EV	102	12,5	3,91	0,002
fumato o altro	30	10,6	3,71	
formazione su intervento OD e naloxone				
si	32	13	3,7	0,72
no	97	11,4	4,03	
Città*				
Altre	27	11,2	4,41	0,000
Torino	48	13,5	3,65	
Bergamo	6	8,7	3,15	
Perugia	7	9,3	3,63	
Napoli	43	13,0	3,5	
Policonsumo				
no	44	12,1	4,07	0,681
si	84	11,9	3,83	
OD pregressa				
no	65	11,9	4,01	0,895
si	67	11,9	3,98	
OD witnessed				
no	28	11,9	3,96	0,963
si	104	12,0	0,399	
Dispone di naloxone				
no	54	11,8	3,94	0,739
si	77	12,1	3,97	

Tab. 3.23 - a Risultati al T-Test

Area "Conoscenze sull'uso corretto di Naloxone"				
Variabile	N	Media	DS	p
Genere				
M	116	6,3	1,78	0,752
F	9	6,1	1,82	
anni di uso				
<15anni	33	6,1	1,96	0,379
15+anni	98	6,4	1,67	
modalità				
EV	102	6,5	1,66	0,41
fumato o altro	30	5,8	1,92	
formazione su intervento OD e naloxone				
si	32	6,7	1,72	0,296
no	97	6,1	1,85	
Città*				
Altre	27	5,8	1,94	0,000
Torino	48	6,8	1,52	
Bergamo	6	5,2	1,86	
Perugia	7	5,6	1,66	
Napoli	43	6,9	1,56	
Policonsumo				
no	44	6,3	1,78	0,915
si	84	6,2	1,7	
OD pregressa				
no	65	6,3	1,78	0,845
si	67	6,2	1,81	
OD witnessed				
no	28	6,2	1,74	0,426
si	104	6,5	1,76	
Dispone di naloxone				
no	54	6,2	1,79	0,188
si	77	6,4	1,68	

Tab. 3.23 - b Risultati al T-Test

Gli anni di uso diventano fattore di incremento di conoscenze per quello che riguarda il riconoscimento ed il primo intervento per OD, ma non come aumento di conoscenze sull'uso corretto del naloxone. L'uso per via endovenosa, invece, sembra far sì che i consumatori diventino più consapevoli dei loro rischi e quindi che aumentino le conoscenze sia per il riconoscimento di una OD sia per la somministrazione del naloxone.

I corsi rivolti ai consumatori per la prevenzione di OD appaiono essere stati efficaci per il pronto intervento, ma meno sul corretto uso del naloxone.

Infine l'ANOVA ha messo in evidenza i diversi livelli informativi tra i consumatori delle città incluse nell'indagine; in particolare a Torino e a Napoli i consumatori hanno maggiori informazioni in entrambe le aree rispetto alle altre città indicate. Tuttavia questo dato è piuttosto spurio poiché risente della diversa numerosità e del fatto che più città sono state accorpate nella voce promiscua "altre".

3.2.2 I risultati del focus group con i consumatori

Metodo

Sono stati condotti due focus group con persone che usano sostanze. Le aree tematiche oggetto dei focus da indagare assumendo la prospettiva dei consumatori sono state individuate a partire dalle domande aperte dai risultati dei questionari, tanto degli operatori quanto dei consumatori, e sono concentrate su: fattori di rischio overdose (OD); competenze e apprendimento; valutazione del sistema di organizzazione del THN; ostacoli alla diffusione del THN; advocacy. Dato l'obiettivo di approfondimento dell'esperienza e della riflessività attorno alla pratica del THN, ci si è orientati verso consumatori provenienti da contesti in cui vi è offerta di THN, eleggendo le città di Torino e Napoli. Il focus a Torino ha incluso 8 partecipanti, tra cui una donna, a Napoli 5, tra cui una donna. Le età oscillano in un range tra 27 e 56 anni, con una età mediana di 45 anni. Dei 13 partecipanti, 5 hanno avuto almeno una OD da oppiacei nella vita (3 a Torino, 2 a Napoli), 8 hanno soccorso qualcuno (5 a Torino e 3 a Napoli) e solo 2 partecipanti (a Torino, i più giovani e che non consumano per via iniettiva) non hanno avuto né esperienza personale di OD né hanno avuto occasione di assistere a una OD o soccorrere qualcuno⁷⁴.

Risultati

Le cause dell'OD da oppiacei nell'esperienza dei consumatori

La ricognizione attorno a quali siano, nello scenario attuale, le cause più ricorrenti dell'overdose da oppiacei (OD), se non dimentica di citare la ridotta tolleranza dopo un periodo di astensione, in carcere o in comunità o per altra causa (*Secondo me la qualità è talmente scarsa che chi va in over è perché è ricaduta, uscita da galera o comunità e ha una tolleranza bassa F53To*) tuttavia si concentra su due fattori ritenuti più significativi, le dinamiche del **mercato**, da un lato, e i **pattern d'uso** dall'altro.

Il mercato. La qualità incontrollabile della sostanza

Ci sono delle partite di roba... insomma è in relazione al mercato, soprattutto, più che ai comportamenti [M45aTo]

In entrambi i contesti – Torino e Napoli – la qualità dell'eroina di strada è mediamente bassa e scadente, nella percezione di chi consuma da tempo in netto calo rispetto agli anni '80-'90, anche se i contesti locali presentano delle oscillazioni significative

Dipende da dove ci troviamo, a Milano c'è una qualità nettamente più alta, a Torino più o meno è sempre la stessa con dei picchi verso l'alto e verso il basso, ma è medio bassa [M46To]

Se è vero che la bassa qualità significa anche **bassa purezza**, e dunque effetti più blandi, tuttavia questo non appare un fattore di protezione, ma al contrario enfatizza il rischio OD; chi consuma si attesta infatti sull'esperienza di dosi con basso o bassissimo principio attivo, mentre il mercato comunque è esposto a oscillazioni che il consumatore non ha la possibilità di conoscere e prevedere:

C'è da dire che la roba è talmente scarsa che se capita un giro di roba più buona sei talmente abituato a farti quella scadente che ne prendi un grammo di quell'altra più potente e ci rimani [M45aTo]

La qualità variabile, magari la senti poco e continui e esageri [M27To]

La bassa qualità della sostanza è correlata anche alle **sostanze da taglio**, variabile anche più esposta della purezza alle oscillazioni del mercato e alla gestione dei pusher locali. Le sostanze da taglio sono indicate non

⁷⁴Vedi anche Cap 1- Metodologia

solo come causa della bassa qualità, ma proprio come direttamente corresponsabili dei rischi di OD, soprattutto perché vengono usati in modo sempre più costante e massiccio alcuni **psicofarmaci**. Lo scenario è simile a Torino come a Napoli:

Il taglio che è veramente schifoso rispetto a qualche anno fa... poi il fatto che si mischino tante cose soprattutto psicofarmaci mi ricordo che quando io mi drogavo tanto la chiamavamo l'eroina, adesso senti di più dire andiamo a prendere la "roba" proprio perché è piena di robe chimiche dentro... chissà cosa ci mettono secondo me tanti psicofarmaci... [F40Na]

Comunque le cose che ti mandano di più in OD sono gli psicofarmaci tipo rivotril, minias combinati diciamo con questa eroina, è tutta roba sintetica per venderla di più diciamo che di eroina non c'è più niente e poi se costa 10/15 euro che eroina volete che sia... per miracolo ci sarà l'1% di eroina [M47Na]

Qui c'è molto quella chiamata white ma che in realtà è un miscuglio di farmaci non ben identificati, quella che era l'eroina di una volta non penso che esista più [M45bTo]

Questa combinazione influisce in modo significativo anche su una maggiore difficoltà e imprevedibilità negli interventi di soccorso:

Io mi ricordo questo ragazzo a casa mia e io lo ripresi con la narcan però era pieno di psicofarmaci e stava come un morto [M37NA]

Quando ci sono dei tagli particolari può essere una OD non da oppiacei ma magari da farmaci del taglio, per esempio alte quantità di paracetamolo [M46To]

Per chi governa il mercato dell'eroina, la **ratio economica dei tagli** con psicofarmaci è duplice, da un lato "risparmiare" sul dosaggio di eroina e aumentare i profitti, ma dall'altro anche provocare, grazie ai farmaci appunto, un effetto percepito come intenso dal consumatore, che è pur sempre l'acquirente necessario. Così i consumatori napoletani:

La malavita c'è stata da tempo, ad esempio negli anni 80 la vendevano loro, ma era buona, soltanto che è successo che hanno cominciato a subire gli arresti, i sequestri e allora per recuperare soldi l'hanno fatto sulle spalle dei drogati [F40Na] E certo! Per loro è solo un business portare chili e chili di oppio in Italia, raffinarlo... allora fanno chimica in laboratorio. [M47Na]

Comportamenti e stili di consumo. I mix

L'utilizzo di psicofarmaci non è solo una scelta del mercato illegale, ma anche una ratio di chi consuma. Gli psicofarmaci sono "dentro la dose" di oppiaceo ma fanno anche parte di una strategia intenzionale di chi consuma che, tra gli altri obiettivi, cerca anche di compensare gli scarsi effetti di una eroina di bassa qualità. I **mix eroina-psicofarmaci** non sono una novità (in particolare Benzodiazepine), enfatizzare gli effetti è sempre stata una ricerca di molti consumatori (*Pure all'epoca ci si riempiva di roipnol, prima ci stavano i roipnol, adesso ci stanno iminias... F40Na*), tuttavia secondo i partecipanti quest'uso associato è diventato norma, e molto per ragioni legate al bilanciare scarsa qualità e effetti desiderati. Questo mix associato è per i partecipanti una fonte di maggior rischio di OD:

Da quello che vedo è la qualità della roba il problema, la qualità è scarsissima ed è facile che sia un miscuglio di sostanze, la gente prende rivotril o altre benzodiazepine per reggere la carenza e poi si fa sopra, e ho visto che quasi tutte le persone a cui ho fatto il narcan avevano fatto questi mix [M47To]

I ragazzi se la prendono assieme agli psicofarmaci per sentirla di più e questo è quello che spinge ad andare in OD, principalmente [F40Na]

Nonostante sia chiara la ratio che porta molti consumatori a cercare in modo intenzionale l'effetto combinato degli psicofarmaci, una consumatrice di Napoli segnala come la diffusione di questo comportamento sia legata anche a una cultura radicata che vede gli psicofarmaci in un certo senso "normalizzati" nella vita sociale e nella pratica medica, nonché accessibili:

Oggi ci sta pure questa mania dei dottori di riempirti di medicine nel senso che basta che io, per dirti una cavolata, vada a parlare con lo psicologo e quella giornata son un pochettino triste e magari parlando mi escono pure due lacrimucce, mi dice ecco tu soffri di depressione, oppure sono un poco più nervosa, ecco tu sei schizofrenica, anzi no, adesso va di moda border line, con chi parli parli, io soffro di sindrome da border line, è mai possibile? Qualsiasi cosa e ti danno qualche medicina perché soffri di qualche disturbo psichico, non riesco a dormire: pigliati questo, non mi riesco a svegliare: pigliati quest'altro[F40Na]

Tra i mix a rischio segnalati anche quello tra oppiacei, il misuse di **metadone o buprenorfina**, spesso per via iniettiva, viene segnalato come in crescita, anche svincolato da ragioni di autocura o desiderio di non afferire a un servizio:

Un ragazzo che conosco si fa il subutex, lo sbriciola e se lo inietta[M36TO]

Anche il metadone, adesso, nuova frontiera, lo prende gente che non si è mai fatta di eroina, io sono un vecchio eroinomane anni 80, ma questi si fanno di metadone e non hanno mai provato la roba, ma dico io, ma l'hai almeno provata? [M45aTo]

A prendersi sta roba in vena si rischia, oltre al collasso cardiocircolatorio, anche l'embolia [M47Na]

Nonostante gli stili di consumo dei più giovani vengano visti da questi consumatori esperti relativamente meno esposti al rischio OD da oppiacei (come analizzato di seguito), il diffondersi dell'uso di eroina tra il popolo dei rave e dei festival presenta a loro avviso nuovi problemi, correlati ad alcuni mix, per esempio **MDMA o speed** e ad una relativa incompetenza:

Noi siamo andati ai rave con i ragazzi di Infoshock e abbiamo notato che c'è un ritorno dell'uso di eroina, soprattutto a fine festa per gestire gli effetti delle altre sostanze. Il problema è che l'eroina non è fatta per essere usata insieme a tutte le altre sostanze che circolano in un rave, a differenza della ketamina l'eroina aumenta il rischio di collassare, presa sopra speed o mdma o simili, io li vedo collassare. [M47To]

Un secondo aspetto del rischio OD riguarda **la modalità di assunzione**. La via iniettiva rimane quella a maggior rischio rispetto all'uso intranasale o per inalazione di fumo, l'esperienza personale dei partecipanti, soprattutto dei più giovani, supporta questo dato di realtà ma la loro consapevolezza del rischio comunque correlato all'assunzione di oppiacei appare debole.

Io che ho pippato per 6 anni e non sono mai andata in OD, più che altro è il fatto che se pippi entra in circolo il 30 o 40% della sostanza, se ti fai entra il 100% [F53To]

Io non ho mai fatto OD e non uso per via iniettiva, chi usa con me usa come me, cioè fumando, i cosiddetti nuovi consumatori. Io ho sempre pensato che fumando per arrivare all'OD ce ne vuole... cioè la metodologia d'uso fa la differenza. [M36To]

C'è chi crea una correlazione tra via di assunzione – quella iniettiva – e capacità di controllare il proprio consumo, per esempio regolando dosaggi, frequenza e periodi di astensione, con ciò prevenendo il rischio OD. La via iniettiva, secondo questo consumatore, è un fattore che rende il controllo più difficile:

C'è anche da dire che chi usa per via iniettiva fa un uso più costante mentre chi assume in altro modo sniffa o fuma tende a fare periodi anche di non uso, di astinenza e usano in generale meno, e tornano ad avere esperienze gratificanti quando poi riprendono l'uso. Questo, per chi usa per via iniettiva, mi sembra più difficile [M46To]

Salvare e salvarsi. Apprendimento, competenza e abilità di intervento

Tra i partecipanti ai focus group, 5 hanno avuto almeno una OD nella vita (3 a Torino, 2 a Napoli), 8 hanno soccorso qualcuno (5 a Torino e 3 a Napoli) e solo 2 partecipanti (a Torino, che non consumano per via iniettiva) non hanno avuto né esperienza personale di OD né hanno avuto occasione di assistere a una OD o soccorrere qualcuno (*Ho visto qualcuno che stava male ma non era da oppiacei, io seguo festival e feste varie per cui vedo gente che prende altro, pastiglie M27To*). Solo questi ultimi dichiarano qualche incertezza nelle competenze e nelle abilità di intervento su una OD, la totalità degli altri partecipanti si dice sicura di cosa fare in caso di soccorso

Sì, se ho un narcan in tasca [M45bTo]

Sì, fai il narcan e se non funziona lo rifai. Insomma comunque agisci [M27To]

Sì, anche se non ho il narcan, ma è meglio averlo, intanto so riconoscere se è una over o no, e poi respirazione e 118 [F53To]

Nelle esperienze narrate il ruolo delle relazioni tra pari è predominante, sia sotto il profilo degli interventi di soccorso che sotto quello dell'apprendimento; i servizi appaiono cruciali per quanto attiene l'accesso al farmaco e una formazione capace di accrescere le competenze apprese sulla strada, e il pronto soccorso professionale (118) compare, nei racconti, più come soggetto interpellato per seguire una procedura corretta che come fattore risolutivo; altri soggetti – famigliari, per esempio – non risultano essere attori decisivi.

La “rete di salvataggio” dei pari

Il **peer support** *indigenous*, spontaneo, giocato nella quotidianità, tesse la rete del salvataggio, con o senza naloxone

A me è capitato là, sulle scale questo ragazzo alto e mi sono venute a chiamare le ragazzine dello squat, questo stava morendo e ...hai visto quant'è grosso? ce lo siamo caricati, lo abbiamo fatto camminare, ce lo siamo portati fino a casa e alla fine quello è vivo grazie a noi...i o ci son passata per quella vita, e se succedesse a me avrei desiderato che qualcuno mi aiutasse [F40Na]

Ho salvato tantissima gente non con il narcan ma con la rianimazione normale ... non ho mai usato il narcan [M47Na]

Questa rete ha nei **luoghi condivisi dai consumatori** ancora un riferimento, nonostante i profondi cambiamenti della scena della droga nelle città, a causa sia delle dinamiche dello spaccio -che sono mobili e non stanziali - sia del controllo del territorio da parte delle forze di polizia, che mira a frantumare e disperdere ogni scena aperta.

Si gli [spacciatori] stranieri lavorano così, col telefonino... però ci sono sempre posti dove la gente si va a fare... qua c'è “la terra” per esempio [M47Na]

La rete dei consumatori, tuttavia, modifica e ritrova luoghi condivisi

Io vedo a Porta Palazzo, se uno sta male arrivano tutti e tutti son lì con il narcan in mano, pronti, ma bisogna stare attenti, rischi che ti fanno 3 o 4 narcan al colpo! [M45aTo]

Stavamo in piazza Garibaldi la sera, lì c'era chi dava fiale di narcan, io me lo sono sempre preso e lo tenevo sempre in borsa e mi è capitato più volte di aiutare qualcuno che stava male... [F40Na]

Dove abito io [casa occupata] mi è capitato tante volte di vedere qualcuno che stava male buttato sulle scale. Qualche volta abbiamo fatto il narcan ma sempre prima proviamo a vedere se si ripiglia [M38Na]

In generale, anche quando si consuma in luoghi diversi da una scena aperta, chi si trova vicino a un consumatore in OD è **un altro consumatore**, questo fa della loro rete il potenziale dispositivo di salvataggio più presente e più capillare:

Ho 37 anni e in 37 anni ho subito OD e ho visto altri in OD, io ho ripigliato un sacco di gente... [M37Na]

Ero con una mia amica e lei si è accorta, io sono un tipo che scherza e ride e invece stavo zitto e... insomma mi ha fatto la prima di narcan e non mi ha fatto nulla e dopo un po' me ne ha fatta una seconda e mi sono svegliato [M56To]

Anche 20 anni fa lo avevo sempre con me, il narcan, avevamo nella compagnia un amico che era andato più volte in OD, poi c'erano problemi con la polizia, allora, sia per quello che per essere sicuri di poter agire subito ci siamo procurati il naloxone, 20 anni fa, questo, e lo comperavo in farmacia M46To

Con il naloxone in tasca. L'accessibilità del farmaco come fattore abilitante

Io penso che anche la persona più stupida ad un certo punto questa cosa gli comincia ad entrare nella testa, e comunque devi dare la narcan anche quando non te la chiedono, spiegare come si usa, a cosa serve.. lo penso così [F40Na] Anche lo guaglione più stupido a un certo punto lo capisce... gli entra nella capa, anche in quella tosta [M37Na]

Insomma, dicono questi consumatori napoletani, avere il farmaco è il modo migliore per **promuovere apprendimento** e favorire **comportamenti adeguati**, anche in chi è più resistente.

Non tutte le esperienze di salvataggio hanno avuto come strumento decisivo il farmaco salvavita, soprattutto quelle del passato hanno implicato abilità diverse di intervento. Tuttavia, i racconti dei partecipanti testimoniano come, a vent'anni dall'inizio della sua accessibilità, il naloxone entri in gioco come "strumento ordinario" di intervento, e come tale sia diventato un importante fattore abilitante all'intervento di soccorso, e soprattutto sostegno e **rinforzo alla percezione della propria self efficacy**:

Secondo me sul narcan oggi c'è molta più consapevolezza e molta più informazione. E il fatto di averlo a portata di mano è quello che ha aiutato moltissimo [M47To]

Correlata all'aumentata self efficacy, anche la responsabilità – potremmo dire **responsabilità sociale**, da cittadino - che il consumatore sente su di sé, nel momento in cui percepisce che il suo intervento può essere decisivo

Credo che soprattutto chi usa debba prendersi questa responsabilità e averlo sempre, perché anche se uso poco e sono la persona più precisa del mondo può sempre accadermi di trovare qualcuno che sta male, che non conosco ma che incontro per la strada. Credo sia stupido non avere il narcan in tasca, visto che siamo una dei pochi stati che lo rendono disponibile ed è così facile per noi averlo. A noi addirittura quelli della rete europea Europud chiedono di rifornirli perché da loro non è possibile [M47To]

La trasmissione di competenze. Social learning tra pari e ruolo dei servizi

Il consumatore, nel contesto italiano, ha a sua disposizione molteplici opportunità di conoscere e di apprendere competenze e abilità sull'OD da oppiacei. I partecipanti descrivono l'acquisizione delle loro competenze come un **processo progressivo di apprendimento sociale**, che vive dentro la loro quotidianità di cittadini e di consumatori, e che li rende esperti grazie all'intrecciarsi di diverse opportunità e fonti:

Io il corso di pronto intervento l'ho fatto per altre vie, personali, poi per esperienza, in strada, da altri consumatori e anche le istruzioni date dagli operatori del drop in, il narcan l'ho conosciuto e preso da loro. Poi le informazioni che ho cercato da solo, adesso con il web è facilissimo [M45aTo]

In questa pluralità, tuttavia, il **ruolo dei pari** è predominante, sia per la caratteristica efficacia della comunicazione orizzontale che connotata relazione tra pari, sia perché si tratta di un apprendimento non formale, ma connesso all'esperienza vissuta, cui viene dato particolare valore:

Ci sono dei posti dove tutti si vanno a fare e da quelli più grandi di te vedi quello che fanno [...] e quando vai là capita che qualcuno sta male e qualcuno che lo aiuta e quella è la scuola migliore, osservare. Guardavi e imparavi, te lo spiegavano e tu osservi le cose, così se ti capita a te che vedi qualcuno in quello stato, lo fai, fai quello che hai visto fare ai tuoi amici. Non è che c'è la lezioncina, ma così funziona [F40Na]

Ciò che è interessante è che anche chi si sente più lontano dal rischio OD perché non consuma abitualmente oppiacei o non consuma comunque per via iniettiva, assuma **comportamenti attivi adeguati** verso il salvataggio da OD, e superi l'ostacolo della pratica iniettiva, di cui non è esperto, dimostrando così come una cultura e una abilitazione all'intervento siano entrati a far parte della quotidianità:

Io non usando per via iniettiva l'ho visto fare da altri, se fossi costretto a intervenire andrei giù... in un braccio o nel sedere, lo farei, magari intramuscolo, è un po' più lento ma va bene, e poi il 118 [M27To]

Io come agofobico lo farei comunque, in caso estremo, ma lo farei. Ho imparato sulla strada, da amici [M45bTo]

Tra pari **l'apprendimento è progressivo**, non tutte le pratiche sono adeguate, ma "esperti si diventa", e in questo non solo l'evolversi delle esperienze tra pari ma anche l'informazione, la formazione e l'offerta dai servizi può fare la differenza:

Ho fatto il corso alla Croce Rossa di pronto soccorso per lavoro, ma poi già all'epoca, io ho iniziato a farmi a 13 anni, ma lo sai quanta gente mi è capitata di rianimare? Vabbé, all'epoca non c'avevamo tutte le cose, le manovre fatte correttamente.... ma vari schiaffoni, acqua fredda [M47Na]

Nel processo di apprendimento, appare emblematica la questione della carenza che può seguire la somministrazione di naloxone, fattore questo che porta alcuni a reagire negativamente, e per nulla in modo riconoscente..., a un intervento di salvataggio:

Io ho visto molti tossici che non hanno piacere di avere il naloxone e nemmeno di riceverlo, perché se glielo fanno poi vanno in carenza [M45bTo]

Andranno anche in carenza ma intanto sono vivi [M56To]

Sì ma intanto ti mandano affanculo [M45bTo]

Il problema è reale, e tuttavia proprio **una maggior competenza nella somministrazione del naloxone** è, secondo i partecipanti torinesi, la chiave per uscirne, come testimonia questa conversazione:

Dipende anche da chi te la fa e come te la fa... poi devi aspettare un po', stare un po' lì con lui M27To

Bisogna dare il naloxone ma anche insegnare il protocollo, quanto e come farlo, se la fai intramuscolo l'effetto carenza è meno forte [M46To]

Spesso purtroppo non sai da quanto tempo la persona è in OD, e preferisci la via più veloce, per sicurezza, ma se so che è in over da due minuti posso anche permettermi di farla intramuscolo [M46To]

La consapevolezza che non tutto si impara sulla strada – serve avere “un protocollo”, dice un partecipante – chiama in causa il **ruolo dei servizi e degli operatori**, e la loro collaborazione con i pari nei processi di apprendimento. Avere servizi di riduzione del danno (RdD) che si occupano della **formazione dei consumatori** nella prospettiva di un processo di empowerment e abilitazione alla cura di sé e dei propri pari appare come fattore cruciale:

È importante informare bene su uso e dosaggio [del naloxone], perché a volte se ne usa troppo e allora la persona si sveglia con una carenza esagerata, il rischio è che se i pari che intervengono sono per esempio schizzati per lo speedball e sono tutti agitati e ne fanno due o tre di fila... magari per paura che non basti, insomma, bisogna dire bene che c'è un protocollo da seguire, ne fai una o due e aspetti un po' prima di andare avanti con altre fiale[M45aTo]

Se la formazione tra pari resta la prima, il passaggio a una formazione fornita da operatori e servizi è parte del processo di abilitazione dei consumatori esperti, ed è fortemente apprezzata:

All'inizio ci passavamo le informazioni tra di noi, avevo un fidanzato che ne sapeva, tipo “ieri Luca ha fatto OD” e via con il racconto su cosa era stato fatto. E poi oggi sono una veterana dei corsi, ne ho fatti cento... [F53To]

Io e un gruppo abbiamo seguito un corso al Ser.T, c'erano gli operatori della Croce Rossa che hanno fatto con noi una simulata, a cominciare da come spezzare la fiala in sicurezza, come mettere il narcan nella siringa, fino al massaggio cardiaco e alla respirazione, fino a sapere come muoversi in contesti di strada [M47To]

C'è una domanda di formazione ai servizi da parte dei consumatori, che non è sufficientemente coperta:

Fare un corso di primo soccorso imparato bene sarebbe proprio una cosa importante... sapere bene cosa fare non solo per l'OD ma in generale, proprio un primo soccorso [F40Na]

La domanda inevasa di formazione ai professionisti, tuttavia, nulla toglie al fatto che i partecipanti esprimono una grande **fiducia nella relazione tra pari** anche quando il contesto di apprendimento e disseminazione dell'informazione è quello dei servizi: soprattutto a Torino, dove è molto significativa e continuativa l'esperienza del peer support che dialoga e interagisce con i servizi di RdD, investire sulla condivisione dell'esperienza tra pari appare una prospettiva vincente:

Bisognerebbe far attraversare i Ser.D da gruppi di pari, potrebbe fare la differenza, non crei un servizio ulteriore, è un progetto che opera all'interno e orientato alla RdD [M46To]

Oltre i pari. Le altre (scarse) relazioni di supporto

Estendere le competenze di prevenzione delle OD infauste come pratiche sociali diffuse ad altre reti di relazioni è uno degli obiettivi auspicabili per il potenziamento del modello di THN.

I risultati dei questionari ai consumatori hanno rilevato uno scarso investimento sulle **relazioni familiari**, pochi consumatori hanno dichiarato di aver messo i familiari a conoscenza della disponibilità del naloxone in caso di emergenza. Anche i partecipanti ai focus confermano questa tendenza, e ne danno ragione. Innanzitutto, le famiglie spesso o non sono a conoscenza delle abitudini del consumatore oppure lo sono ma hanno aspettative di remissione e non sanno o non accettano che vi sia un consumo attivo.

Nella maggior parte dei casi la famiglia non sa, non sa nemmeno del metadone figurati se tiene in casa un salvavita [M36To]

È difficile, nelle dinamiche familiari affrontare questo discorso vuol dire ammettere che non stai smettendo, che continui, è lì che è difficile [M46To]

Diversa la situazione nelle coppie, dove invece c'è maggior comunicazione e spesso condivisione:

Partner sì, direi, se condividi la tua vita con una persona ci sta... è anche difficile nascondere l'utilizzo se lo fai in modo continuativo, e se dovesse succedere qualcosa almeno c'è un rimedio [M27To]

C'è chi osserva come questo atteggiamento dei famigliari sia prodotto di una cultura ancora molto centrata sul prendersi cura in una **prospettiva di astensione e non di tutela più globale della salute**, cultura che gli stessi servizi incentivano:

In Italia abbiamo una quantità di medici e di servizi ma pochi per la RdD, per lo più sono quelli che vogliono farti smettere. E in famiglia ancora di più: parlare di RdD con le famiglie, far accettare che tu continui a utilizzare una sostanza e che ci sono altre sostanze che possono salvarti la vita è difficile [M46To]

Il ruolo dei servizi potrebbe essere decisivo per i famigliari, la prospettiva di informarli e formarli potrebbe cambiare il loro atteggiamento:

Secondo me sono più indicati i pari, i famigliari sono i meno indicati immagina una madre che vede il figlio che va in over, se non si fa prendere dal panico! [F53To]

Ma con la giusta informazione magari invece sì, e non va nel panico [M45aTo]

Non mancano, in entrambi i focus, le eccezioni, consumatori le cui famiglie sono invece informate:

Io ho mia nonna, a lei dico tutto e di più, tranquillamente [M45bTo]

Si mia madre lo sapeva [...] l'avevamo [il narcan] in un armadietto, dietro a dove tenevamo la roba [M37Na]

L'esperienza del consumatore di Napoli è interessante, parla di una madre che invita i due figli a consumare in casa, per avere la certezza di poter intervenire in caso di emergenza e per far sì che non consumino in strada: un atteggiamento non usuale, che i partecipanti al gruppo apprezzano:

Io e mio fratello ci facevamo a casa, mia madre preferiva che ci facessimo lì, diceva fatevi qua non fuori, sono più tranquilla così vi aiutate tra voi, lo so che è sbagliato ma mia madre preferiva così almeno se succede qualcosa siete a casa [M37Na]

Bè invece aveva ragione dovrete essere contento che lei vi aiutava è una persona molto aperta, molto civile [F40Na]

Quell'inciso del protagonista- *lo so che è sbagliato ma mia madre preferiva così* – è una excusatio non petita dal gruppo, e sembra quasi un contributo retorico dovuto al senso comune, che preferisce il non voler vedere alla capacità di prendersi carico e cura delle situazioni di rischio dei propri figli. Un contributo a quella cultura dominante che, dicono i partecipanti, fa da ostacolo allo sviluppo dello stesso approccio di RdD.

Ostacoli a una maggiore diffusione del THN e degli interventi di soccorso

Per quanto concerne i contesti sociali, due sono gli ostacoli che i gruppi hanno indicato come influenti negativamente: l'atteggiamento delle forze dell'ordine sul territorio e l'opinione pubblica e i media. **Le forze dell'ordine** non sembra abbiano acquisito funzione e utilità del naloxone in tasca ai consumatori, il farmaco viene visto ancora come "prova" del consumo e pretesto per il controllo, anche se questa valutazione non è condivisa da tutti:

Si però sai che è? se io prendo la fiala di narcan e mi ferma la polizia mi fa un culo tanto, ti creano uno i quei problemi che non hai idea [M47Na]

Bisogna dirlo alla polizia che serve per salvare la vita [M37Na]

Sono qui interpellati direttamente i servizi verso un'azione che migliori il rapporto con le forze dell'ordine e le informi; dall'altro lato, si suggerisce la tattica pragmatica di fornire una monodose confezionata per minimizzare il rischio poliziesco:

Poiché il problema è la fiala e la siringa, dovrebbe essere come l'eparina, che è già pronta, così non ti possono dire niente [M47Na]

Sul piano della **percezione sociale e della pubblica opinione** – e dei **media** che le veicolano e orientano -gli ostacoli sono quelli di una immagine negativa del consumatore, rappresentato in modo stereotipato dai suoi deficit e problemi e mai dalle sue competenze e risorse, e dalla rappresentazione di un consumo di droghe come ingovernabile e ingestibile. Queste rappresentazioni rendono difficile pensare a campagne mediatiche di incentivazione del THN:

Se si vuole dare un segnale forte ai ragazzi, io manderei sempre degli spot, magari con dei ragazzi che si fanno, che quando tu ti fai, devi [avere il naloxone] [M37Na]

Ma tu l'hai vista la cosa che ha fatto il Governo con il Fertilityday? Che ci sono i drogati brutti sporchi e neri, ci hanno fatto la pubblicità, mentre le buone compagnie vedevi questi qua belli buoni biondi... e tu te ne esci di fare le cose in televisione! [F40Na]

C'è chi rileva l'ignoranza, sociale e mediatica, che ancora capovolge un comportamento virtuoso – avere in casa il naloxone - in una variabile negativa, indicatore di problematicità, un rovesciamento paradossale per una consumatrice la cui storia è disseminata di episodi solidali di pronto intervento:

C'è ancora molta ignoranza, addirittura le lene [trasmissione televisiva molto seguita] che hanno fatto un servizio sul fentanyl [...], e insomma vanno in casa di uno e trovano anche una fiala di narcan – meno male, dico io! -e dicono ma guarda anche il farmaco salvavita, a soli 21 anni già lo hanno... E lo dicevano come fosse una aggravante! Invece di dire che quello è uno intelligente... [F53To]

Un terzo fattore ostacolante, invece, viene citato al passato, in realtà per sancirne il superamento. Si tratta del **rischio repressivo per chi soccorre** (controlli, fermi di polizia), a seguito di una chiamata al 118, pratica che sembra oggi superata:

Ai miei tempi c'erano un sacco di casini con il 118, se qualcun si sentiva male in casa tua dovevi portarlo in strada a peso morto per non rischiare [F53To]

Ma non mi pare sia più così, oggi [M47To]

No non è più così, l'hanno capita... [M45aTo]

Tra generazioni. Ostacoli e opportunità di comunicazione con i giovani consumatori

Nel corso del focus si è voluto indagare sulle possibilità che competenze e abilità dei consumatori esperti possano farsi fattore di apprendimento per i consumatori più giovani, e concorrere così a ridurre i rischi correlati ai nuovi stili di consumo: gli oppiacei, infatti, e soprattutto l'eroina, conoscono in Italia una nuova diffusione tra i più giovani, sebbene con caratteristiche di assunzione, culturali e pattern d'uso del tutto diverse da quelle adottate dai consumatori più adulti, per i quali gli oppiacei sono stati a lungo la sostanza di prima scelta. La prospettiva di un "passaggio tra generazioni" di conoscenze e competenze sull'OD è stata discussa dai gruppi sotto diversi profili, che ne rendono la complessità, e indicano le sfide per la comunicazione tra pari e tra loro e i sistemi di intervento.

Un'altra eroina. Pattern d'uso delle giovani generazioni

Io vedo un uso molto più blando di eroina [M36To]

Gli stili di consumo dei più giovani, secondo la percezione e la conoscenza dei partecipanti, includono gli oppiacei, ma secondo pattern d'uso diversi da quelle che hanno sperimentato nelle loro traiettorie. Contesti e culture d'uso fanno dunque la differenza. I due focus su questo aspetto si differenziano: quello napoletano

indica un consumo giovanile che ha alcune caratteristiche non dissimili da quello adulto, i partecipanti descrivono contesti di strada tradizionali, tanto che sono proprio questi contesti i luoghi dove le generazioni possono incontrarsi:

Io vivo in un posto dove un sacco di ragazzi si fanno, vanno sulle scale a drogarsi, perché è un posto dove non passa tanta gente [F40Na]

Il gruppo torinese invece per lo più quando parla di giovani generazioni di consumatori si riferisce a scene del divertimento e della notte, lontane dal consumo di strada. Pattern d'uso (relativi a eroina, oppio, metadone) sono in continuo movimento e differenziati per ambiti locali e per diverse culture giovanili: per esempio, qualcuno segnala una crescita del consumo di oppio, sostanza di nicchia che porta con sé una sua propria, specifica cultura

Io penso che tra i giovani il trait d'union tra mdma e oppiaceo è proprio l'oppio, per me è fighissimo, gli alternativi usano l'oppio. È più naturale, ti fa stare come la roba ma la sensazione è diversa, dopo un rave di tre giorni ti rilassa, ti fa stare bene, altro che chill out... [F53To]

Diciamo che è uno sballo di nicchia [M47To]

Costa però... [M36To]

Come tratto comune alla conoscenza e alla percezione, c'è un **uso di oppiacei sporadico e associato ad altre sostanze**, incluso in mix che hanno come sostanze d'elezione gli stimolanti. Questa modalità di utilizzo, più sporadica e meno intensiva, secondo alcuni fonda ed anche giustifica la minor attenzione al rischio OD

I giovani prendono di più MD, anfetamine, non è più come una volta, perciò non hanno la narcan, ogni tanto si fanno eroina, ma più metadone [M37Na]

Ciò che appare significativo, comunque, è la percezione comune che gli oppiacei restino – pur avendo perso la qualità di sostanza di elezione - nella prospettiva dei consumi giovanili come **sostanza funzionale**. Vengono proposte visioni di questa funzionalità correlate tanto alla ricerca di effetti desiderati (la combinazione con la cocaina, nello speedball) quanto culturali, dove l'eroina assume la natura di un passaggio di crescita e di apprendimento, quasi – dice qualcuno – un rito di passaggio verso un consumo adulto

Adesso con questa eroina per avere qualche effetto fanno lo speedball, eroina e cocaina insieme [F53To]

Ma lo facevamo anche noi, questo! [M45bTo]

Ma è così anche adesso, fa figo a fine serata, tutti hanno la pallina [F53To]

Una volta vinta la paura dell'eroina, si passa anche allo speedball. Da un lato è la droga che fa più paura ma una volta rotto il tabù diventa la prediletta [M47To]

E' la droga che fa più paura ma anche quella che li fa sentire grandi [F53To]

Si è come quelle prove delle tribù indiane per diventare adulti [M47To]

Al di là quanto possano essere soggettive e locali queste percezioni, ciò che indicano è che, nella ricerca degli effetti desiderati e nella sperimentazione giovanile, **gli oppiacei sono destinati a stabilizzarsi come una sostanza d'uso**, semmai mutando negli obiettivi e nelle modalità d'utilizzo. E pertanto è opportuno continuare ad occuparsene.

Informazione e disinformazione generazionale

Ai giovani non gliene frega niente [M47Na]

No, dai, dipende.. [F40Na]

Ci sono anche dei guaglioni che ... [M37Na]

Secondo me i giovani vanno per imitazione, fanno uso ma non ne sanno né delle sostanze né dei pericoli, fanno per fare e non sono informati, non abbastanza [M56To]

Emerge, nei focus, in prima battuta un atteggiamento tradizionalmente adulto – anche da parte dei partecipanti più giovani – che tende a vedere i giovani consumatori come inconsapevoli, disinformati e disinteressati alla prevenzione e alla riduzione dei rischi. Nel corso del confronto tuttavia, emergono distinguo e soprattutto analisi di fattori che stanno alla base di questa (relativa) disinformazione, utili ad individuare linee d'azione e strategie praticabili, ad uscire dal vicolo cieco della retorica sulla "inconsapevolezza giovanile".

I più giovani secondo i partecipanti non si tutelano soprattutto rispetto ai rischi relativi alle malattie trasmissibili, correlati alla pratica iniettiva, problema cui porre invece attenzione perché in alcuni contesti è una via di somministrazione che si sta nuovamente diffondendo tra i più giovani, e perché anche le altre vie di assunzione (intranasale, ad esempio) mantengono livelli di rischio contagio:

C'è un ragazzino che conosco di 14 anni che si fa in vena da due anni e ha usato la fiala di un altro, malato di HIV, e si è reso conto dopo che usare la stessa fiala può essere come usare la stessa siringa, lui della fiala non lo sapeva, l'ha capito dopo [M27To]

Parliamo di ragazzi giovani, ma giovani veramente, avranno tipo 25 anni massimo, che ho visto prendevano siringhe da terra per andare a farsi. Questo io non lo capisco proprio... [F40Na]

Questa disinformazione o mancata attenzione è correlata, in Italia, al calo di attenzione della sanità pubblica alle malattie trasmissibili, sanità che ha fortemente disinvestito sulla prevenzione mirata ai consumatori ed ha dunque precise responsabilità:

Io penso però che sì, sono meno informati, e soprattutto sulle malattie correlate, non sono stati soggetto di campagne come è stato per noi negli anni 80 e 90[M46To]

Sulla disinformazione dei giovani, tuttavia, emergono anche dubbi: si riconosce loro una **cultura della ricerca e della sperimentazione** che si basa sulla acquisizione di informazioni, soprattutto grazie al web. Questa consumatrice suggerisce che, se sanno cercare e informarsi sulle caratteristiche delle sostanze per compiere scelte più razionali per il proprio consumo, questa può essere una buona base anche per ampliare conoscenze mirate alla limitazione dei rischi:

Prima di tutto sul web, ma guarda che i ragazzi sono informatissimi secondo me, e fanno ricerca anche per trovare la droga che preferiscono e si informano, adesso va alla grande il fentanyl, che detto tra noi proverei per vedere che effetto fa, ma cercano per trovare qualcosa di nuovo e di forte, e in questa ricerca si informano. [F53To]

Sullo specifico rischio OD -oltre ai citati pattern d'uso che prevedono, per lo più, una assunzione sporadica e non per via iniettiva -un fattore di scarsa attenzione è dovuto alla **mancanza di esperienza diretta e condivisa**, passiva o attiva. Come per la generazione adulta l'esperienza di OD condivisa tra pari è stata la fonte prima di apprendimento, così, di contro, qui sembra essere la ragione di scarse competenze:

Sull'OD, se cambia la via di assunzione cambiano anche i rischi, se praticamente molti di noi hanno sperimentato il rischio in prima persona, non succede lo stesso per chi usa in altro modo e magari non sperimenta mai l'OD in vita sua[M46To]

E, ancora, nel solco della prospettiva dell'apprendimento sociale (consumatori esperti si diventa), anche questa consumatrice napoletana contrappone il suo essere diventata previdente, assumendo comportamenti adeguati per esempio dopo un periodo di astensione, alla inesperienza giovanile, coniugata con un atteggiamento di superficialità dettato dal percepirsi forti e non, o meno, a rischio:

Loro [i giovani] stanno meno attenti anche perché il loro organismo è più “pulito”, cioè diciamo non è così debilitato.. io penso che quindi c’è più incoscienza: “io mi sento forte, io sto bene, io la mantengo”, quello è il problema. [F40Na]

Oltre il gap generazionale (1). La comunicazione tra pari

Io non è che mi metto a fare il medico o la maestra che dà i consigli, però ogni tanto capita che vedo qualcuno che sta facendo una cazzata, glielo dico ed è ricettivo, sì, sì come capita su queste scale, anche se non l’ho detta proprio così, malo vedevo prendere una siringa da terra, gli ho detto ti spacco la testa! [F40Na]

Se i luoghi sono condivisi, la comunicazione appare possibile, il peer support si avvale di tanti fattori che veicolano la comunicazione, e quello di **condividere un luogo** (di spaccio, di consumo, di socializzazione) è una variabile facilitante. Il fatto è che quando si parla di diversi stili di consumo, anche i luoghi comuni vengono meno, e l’incontro diventa difficile: le scale descritte dalla consumatrice di Napoli non si attagliano ai consumi giovanili nei setting del divertimento e della notte rappresentati dai torinesi. Insomma, in primo luogo accade che non ci si incontra.

Ampliando lo sguardo, la difficoltà all’apprendimento tra generazioni viene imputata soprattutto alla **frattura culturale**: si può trattare della stessa molecola, ma questo significa poco, se questa molecola veicola culture d’uso – e obiettivi, modalità - diverse:

Non c’è comunicazione tra i due gruppi perché benché la sostanza sia la stessa viene vista in modo differente. Si arriva all’eroina per vie diverse, non come è successo a noi, più vecchi che abbiamo usato negli anni 80 e 90, e c’è una frattura, un gap generazionale che è un gap culturale che impedisce anche la trasmissione di informazioni utili [M46To]

Ancorata a queste differenze culturali, la questione dello **stigma sociale** addossato al consumatore eroinomane per via iniettiva (*il tossico*), appartenente alla generazione adulta o anche anziana, gioca un ruolo decisivo, secondo alcuni: è una figura emblematica su cui il consumatore giovane si ritaglia in positivo, sentendosene lontano, ed è chiaro che la stigmatizzazione rema contro la credibilità del “mentore”.

E’ anche una questione di stigma, se usi pervia iniettiva sei un tossico, se non lo fai non ti puoi riconoscere e non prendi contatto con queste persone[M46To]

Ero in galera e il mio compagno di cella, 27 anni io e 27 lui, lui si faceva le pere e io sono agofobico, e per lui io non ero un tossico perché non iniettavo, nonostante usiamo le stesse sostanze ma in modo diverso [M45bTo]

Su questo aspetto, i focus evidenziano come in Italia il lungo percorso di peer support e di valorizzazione dell’esperienza dei consumatori condotto in alcune città italiane e, in generale, dalla pratica della RdD, non abbia complessivamente, a livello nazionale, avuto ad oggi la forza di **invertire il senso comune del tossico inabile**, figura retorica costruita dentro il discorso pubblico sulle droghe; e i giovani consumatori stanno per lo più dentro questa percezione sociale.

È tuttavia interessante notare come, tra i due contesti, vi siano sensibili differenze, quando si vada ad analizzare come i partecipanti percepiscono se stessi nel ruolo di “mentori” dei più giovani. I partecipanti al focus di Napoli – reclutati dall’Unità di strada tra i propri frequentatori – nonostante siano consumatori esperti e riflessivi, rispetto ai giovani oscillano in maniera ambivalente tra consapevolezza del proprio sapere “utile” per coloro che sono inesperti e rischio di svolgere una funzione di esempio negativo, incentivante, proprio perché figure emblematiche della possibilità di usare sostanze per un lungo periodo e al tempo stesso mantenere un (relativo) controllo su di esse.

A me chiedono come faccio a gestire le sostanze perché io so come fare a tenermi la roba in tasca e magari farmi due o tre giorni dopo, cioè me la gestisco. Stamattina mi hanno chiesto ti vieni a fare, no, insomma mi

gestisco proprio, perché volevo venire qua. E quando mi chiedono come fai? Non lo so, forse saranno gli anni. No, loro ci vedono solo come esempio negativo, dicono se quello è arrivato a quest'età, allora posso farmi anche di più [M47Na]

Il problema è quando parlano di me parlano sempre di "tu sei una grande drogata", bella stronza! la vedono in maniera diversa, non è che la vedono cavolo lei si sa gestire, non è che dicono se lei riesce a stare così anche io mi posso drogare e stare attento, perché a me mi piace drogarmi, non è che non mi piace, io però cerco di tenermi... Però non ti vedono in quel modo, ti vedono come esempio ma in negativo, vogliono fare come te e di più [F40Na]

Nella memoria di alcuni, in entrambi i focus, il consumatore adulto oscilla in modo ambivalente tra la figura (negativa) dell'iniziatore e quella (positiva) dell'iniziatore- mentore:

Dipende, spesso entri nel giro con uno più grande, io da ragazzino come un cretino ho dovuto insistere, non è che ti viene in mente e via oggi mi faccio di eroina, molte volte vedi uno più grande e se non è proprio uno stronzo qualcosa te lo dice [M36To]

Le preoccupazioni attorno al rischio di giocare il ruolo di esempio negativo invece di quello di mentore di un uso sicuro non emergono in alcun modo nel focus tenuto a Torino, i cui partecipanti partecipano in modi diversi a una dimensione collettiva di peer support sul territorio e di gruppo di interesse, hanno numerose occasioni di confronto tra loro in modo informale e, alcuni, interagiscono con i servizi. Autoriflessività ed esperienza sono simili, tra i partecipanti di Torino e Napoli, ma per i primi il rischio che un consumatore esperto (*che si regola*) possa essere incentivo al consumo non è stato tematizzato, e il focus del confronto è stato tutto incentrato sul "come" socializzare apprendimento ed esperienza con i giovani, mai sul "se" farlo. È una differenza che sembra suggerire come un processo di peer support che offra ai consumatori un luogo di attraversamento della propria esperienza in ottica empowering e di riduzione del danno, ne sostenga le competenze positive acquisite e le legittimi possa essere potente incentivo al riconoscimento e alla socializzazione delle strategie di autoregolazione e limitazione dei rischi.

Oltre il gap generazionale (2). Servizi adeguati per una miglior comunicazione

Un luogo per incontrare i giovani consumatori sono anche i **servizi di RdD e limitazione dei rischi** dove operino gruppi di pari. Ma qui si lancia la sfida, per l'Italia, di quali servizi, perché *Nei drop in? Ma i giovani non ci vanno! o meglio magari ci vanno ma tardi quando hanno sperimentato effetti negativi della sostanza e problemi, ma non certo in fase iniziale quando sarebbe utile [M46To].*

Per quanto concerne i consumi legati a rave e festival, in cui si interviene con pratiche di limitazione dei rischi e di pronto soccorso, emergono molti dubbi sull'efficacia di una distribuzione del naloxone: lo stile di consumo non è centrato sugli oppiacei anche se vengono utilizzati e soprattutto è inadeguato un farmaco che (per ora, in Italia) si somministra per via iniettiva a consumatori che non hanno questa pratica:

Il narcan [ai rave] c'è, a disposizione degli operatori e anche dei pari ma non viene distribuito, perché il contesto è differente e la distribuzione di naloxone lo connoterebbe diversamente, il naloxone è legato a chi si fa le pere... [M46To]

Poi nei contesti di feste e rave le droghe utilizzate non sono per lo più oppiacei, in linea di massima, per cui il naloxone non troverebbe il suo spazio [M27To]

La questione della via di somministrazione appare comunque significativa, avere il **naloxone intranasale**, per esempio, potrebbe fare la differenza:

Sì sarebbe più facile, per chi non... la pratica iniettiva spaventa anche un po', chiaro che se sei in emergenza infili l'ago e spingi e bon, ma è chiaro che è più difficile, uno che non sa farlo due o tre domande se le fa, prima, e di certo non va a cercare la vena, se fosse in areosol sarebbe certo più facile [M27To]

In generale, agli occhi dei partecipanti se il sistema dei servizi rispondesse più di quanto oggi accada a una **prevenzione per i nuovi stili di consumo dei più giovani** si creerebbero migliori opportunità di intervento per la prevenzione delle OD e di distribuzione di naloxone a una popolazione oggi poco raggiungibile. I servizi e gli interventi di RdD hanno questa potenzialità, specie quando siano presenti anche operatori pari:

C'è poco da fare, se tu vuoi entrare in contatto con un gruppo di consumatori devi stare sullo stesso terreno ma soprattutto devi proporre qualcosa che interessi. Per esempio proponendo materiale utile, come le stagnole, sappiamo che quelle comuni fanno male, e nessuno ti dà quella che invece è adatta per fumare, c'è il Domopak ma magari dopo cinque anni ti trovi una neuropatia al cervello... [M46To]

Ai rave quando organizzi la chill out e analizzi le sostanze i ragazzi vengono, eccome, sei all'interno della festa e loro non devono sbattersi per venirti a cercare, e hanno comprato la sostanza da uno che non conoscono, dato che sono intelligenti, vengono e si fanno analizzare la dose, per vedere se davvero hanno comprato quello che credevano di comprare, la qualità, e mentre sei lì riesci a lavorare con loro [M47To]

L'informazione sul naloxone può inoltre efficacemente viaggiare sul web, secondo i partecipanti i social sono una risorsa per raggiungere i più giovani in modo efficace:

*Bisogna proprio raggiungere gli altri, i nuovi, e potremmo farlo in rete, mettere molta informazione, annunci, una campagna, dire dove si trova. Perché qui non è il SerD, perché questi al Ser.D non ci vanno [F53To]
Ci sono i nostri siti, dei pari, basta fare una campagna informativa sui social... [M47To]
Oggi tutti ci vanno sui social, non ci vuole molto [M36To]*

THN, il modello italiano. Funziona, ma va innovato

I focus si sono svolti in due città dove interventi di RdD mirati a consumatori di oppiacei sono operativi in maniera continuativa da 20 anni. Per entrambi i gruppi, l'accesso al naloxone garantito dai servizi a bassa soglia è questione ordinaria, quotidiana. Tuttavia, la riflessione attorno all'efficacia del sistema italiano di distribuzione del THN presenta molti aspetti critici e individua linee di necessaria innovazione, oltre a quanto già citato nel paragrafo sui contesti giovanili.

I Ser.D, grandi assenti (ingiustificati) dalla scena del THN

Confermando quanto emerso dalla ricerca con gli operatori, anche i consumatori evidenziano il paradosso dell'assenza dei SerD, o meglio dei loro ambulatori, dall'azione di prevenzione attraverso la distribuzione di naloxone. Se da un lato il protagonismo dei servizi a bassa soglia nella prevenzione delle OD è coerente con la loro mission di RdD, è anche vero che – al contrario dei servizi RdD - la rete degli ambulatori SerD è capillare in tutto il paese e potrebbe rappresentare una potenzialità per garantire una più efficace distribuzione del naran.

Secondo me dovrebbero darlo nei SerD ma il fatto è che i SerD sono disattenti, oggi, e hanno smesso di sperimentare [F53To]

Devo dire una cosa l'unico che da la naran è l'unità di strada, perché al SerD ti danno il metadone ma la naran non te la danno [M37Na]

I consumatori analizzano criticamente questa disattenzione imputandola al fatto che i SerD si occupano di "trattamento", interpretandolo ancora come mirato all'astinenza, delegando ai soli servizi di RdD l'obiettivo della prevenzione delle OD:

Sarà come con i preservativi, qualcuno pensa che se li dai inviti la gente a scopare e magari pensano che se dai il farmaco salvavita inviti a farti, ma non è così [M47To]

La gente... ma un SerD non dovrebbe ragionare così, al contrario, è assurdo! I SerD sono tornati indietro e molto [F53To]

Questa assenza dei servizi è tanto più grave quanto più si consideri che in Italia sono molte (la maggior parte) le città che non hanno servizi di RdD, il che espone una quota elevata di consumatori ad un maggior rischio. I SerD pertanto dovrebbero diventare un luogo importante per garantire la distribuzione del THN in mancanza, e a compensazione, di una rete efficace di RDD:

Per un dipendente il SerD è punto di riferimento, vuoi per i farmaci sostitutivi o altro ma al SerD ci vai, e se li trovi informazioni comunicazioni adeguate ben venga [M27To]

Questa situazione evidenzia una arretratezza dei modelli organizzativi e culturali dei servizi italiani nei quali le unità mobili e i drop in sono presenti solo in alcune aree limitate del Paese mentre dovrebbero essere diffusi in modo capillare, come lo sono attualmente i SerD.

Un ruolo importante che i SerD potrebbero giocare è rivolto alle **famiglie**, che come abbiamo visto non sono coinvolte e sono per lo più lontane da un approccio di RdD. I servizi RdD hanno meno possibilità, su questo fronte, per le loro stesse modalità di intervento, mentre il lavoro dei servizi di cura adotta spesso un approccio che coinvolge e incontra i famigliari:

Sarebbe interessante anche per creare una cultura del servizio nuova e al passo coi tempi, e per le famiglie anche, perché le famiglie sono sempre state agganciate da gruppi con una precisa ideologia, ed è questa la cosa sbagliata che è successa in Italia [M46To]

Le farmacie, altre grandi assenti dalla scena del THN

L'accesso al naloxone attraverso l'acquisto in farmacia è una più che rara eccezione, un solo partecipante riporta l'acquisto in farmacia:

Si, io sì [l'ho comprato], dove stavo prima non c'erano servizi di RdD e l'ho comprato M46To

E l'hai trovato subito? Te l'hanno dato?

sì, subito [M46To]

Non solo ovviamente non si acquista nelle città dove il farmaco è gratuito, ma anche laddove non vi sono interventi di THN, vi sono resistenze legate a diversi fattori. Il **fattore economico**, intanto, per i consumatori più in difficoltà:

Mah, chi usa se ha soldi li butta nella busta [M36To]

Qualcuno sottolinea come il **contatto con i farmacisti** non sia dei più facili, per un consumatore, che rischia spesso di essere non gradito e trattato male, come accade quando si acquistano le siringhe:

Sulle farmacie, è che non vogliono il tossico tra i piedi e magari non te lo danno o dicono che non ce l'anno, e poi magari tanta gente non lo sa nemmeno [M36To]

Di contro, il farmacista viene visto comunque come un **agente della promozione della salute**

Ma sono sempre operatori sanitari, no?! Dovrebbero... [M45bTo]

Bisogna fare una battaglia, devono averlo e devono darlo [M47To]

con un potenziale significativo di rete sul territorio che, oltre a vendere farmaci, dovrebbe e potrebbe attivarsi per un'azione di informazione e prevenzione:

Potrebbero invece anche fare informazione, locandine e altro [M45bTo]

Anche per la comunicazione oltre che per la distribuzione, varrebbe la pena soprattutto in provincia dove non ci sono servizi di RdD che lo distribuiscono, dove non è così accessibile come nelle città [M46To]

Qualcuno indica nella modalità del distributore automatico, sempre attivo (come accadeva per le siringhe sterili nei primi anni '90), una possibilità ulteriore di accessibilità, come accade per i defibrillatori sparsi nei luoghi pubblici:

Dovrebbero esserci le macchinette in mezzo alla strada [F40Na]

Si potrebbe anche pensare ai distributori automatici come per le siringhe [M47To]

Le forze dell'ordine, da ostacolo a risorsa?

Come abbiamo visto, per qualcuno uno degli ostacoli a tenere con sé una dose di naloxone sono i controlli di polizia e la reazione dei poliziotti. Gli stessi che indicano questo limite indicano anche la necessità di superarlo rovesciando la logica. Gli agenti di polizia sul territorio – una rete capillarmente presente, nell'esperienza di chi sta sulla strada – potrebbero diventare agenti di pronto soccorso, una volta formati:

Bisognerebbe sensibilizzare la polizia, fargli fare dei corsi perché facciano loro la narcan... [M47Na] [tutti intervengono, sembrano tutti concordi]

Si ma poi non sanno come si fa... non sanno quale muscolo [M52Na]

Ma basta che fanno il corso della Croce Rossa come ho fatto io, il corso di primo soccorritore! È più importante aiutare una persona che dire io non c'ho l'autorizzazione [M47Na]

Il farmaco salvavita, un diritto (Consumatori di tutto il mondo...)

Alla fine dei focus, i facilitatori hanno descritto la situazione internazionale, informato sulle campagne in atto per il THN e chiesto ai partecipanti se, sulla base della loro esperienza, avessero un messaggio da lasciare ai consumatori che questa battaglia stanno oggi conducendo.

A parte qualche stupore nell'apprendere che l'Italia vanta questa buona pratica...

Ma davvero? Almeno in questo siamo un paese meglio, in altri paesi non la danno? Devono dire al loro paese che questo farmaco salva la vita... [M37Na]

È un problema di cultura, di clima... però strani sti paesi così civili, così avanti, mentre noi italiani siamo così indietro per tante cose, una volta tanto siamo meglio! [M47Na]

il concetto chiave suggerito è quello che avere **l'accesso a un farmaco salvavita è un diritto** di ogni persona: in questo, l'affermazione forte della parità dei diritti dei consumatori, e in special modo quando di mezzo c'è il diritto alla vita

È un diritto potersi prendere cura della propria salute, dunque è combattere per un diritto, se vi fosse una salvavita per le malattie oncologiche nessuno si porrebbe il problema se darlo o no, non vedo perché porsi il problema per il naloxone [M46To]

Appunto, si è persone con gli stessi diritti di tutti [M45bTo]

C'è poi la sottolineatura del nesso tra diritto individuale e **responsabilità della salute pubblica** nel garantirlo:

Direi loro che è un loro diritto e non c'è alcun motivo per cui debba essere negato. Salvarsi la vita è una cosa che dovrebbe essere alla base della sanità [F53To]

Se non vogliono avere dei morti sulla coscienza... questo della narcan è una cosa intelligente e CIVILE [M47Na]

Argomenti da spendere a favore: **l'efficacia del farmaco**, la **mancaza di rischi** nell'utilizzarlo:

Bisogna dirgli che tante persone sarebbero ancora vive se ce l'avessero avuta, questa possibilità [F40Na]

E poi è una cosa normale, non fa mica niente... [M37Na]

Infine, la convinzione che cambiare si può, e che **l'attivazione dei consumatori** è possibile e necessaria

Continuare a lottare e insistere perché è una buona idea e salva delle vite [M56To]

È una cosa indecente... Devono fare una proposta di legge [M47Na]

Si una proposta di legge popolare... raccogliere le firme nel proprio paese [F40Na]

Usiamo questo come spot "DATE VALORE ALLA VITA" [M37Na]

3.2.3 Discussione dei risultati del questionario e del focus group con le persone che usano sostanze.

a) I punti di forza del THN nel modello italiano nella prospettiva delle persone che usano sostanze

➤ *La rete dei pari come risorsa-cardine*

I consumatori italiani utilizzano il naloxone, e lo fanno nei loro contesti quotidiani: tra gli intervistati, il 60% ha o ha avuto con sé una fiala di naloxone; chi lo ha in tasca lo ha utilizzato nel 67% dei casi e l'80% di questi ultimi tra loro lo ha usato più volte.

Quelli che ne fanno maggior utilizzo sono i consumatori per via iniettiva, che hanno la caratteristica sia di essere in contatto con la rete dei servizi a bassa soglia che distribuiscono il naloxone, sia di essere maggiormente esperti nella somministrazione del farmaco che in Italia, ad oggi, è disponibile solo in soluzione iniettabile.

La rete tra pari funziona. Secondo i rispondenti al questionario, è la rete delle relazioni tra pari che si prospetta come fattore cardine della strategia di prevenzione delle OD infauste. Chi interviene più frequentemente (nel 70% dei casi) è, infatti un altro consumatore, in maniera pronta e appropriata: il 75% di chi ha prestato soccorso ha chiamato il servizio di emergenza e ha somministrato, nel 63% dei casi, naloxone, un dato confermato dalle esperienze dirette di chi ha avuto episodi di OD ed è stato soccorso da un pari. Il sostegno, la valorizzazione e lo sviluppo della rete informale tra consumatori si pone, secondo i risultati dell'indagine, al centro di un'azione strategica di RdD. Intervengono attivamente sia coloro che consumano in contesti di scena aperta o comunque in luogo pubblico (il 70%), e dunque consumatori esposti ai rischi del consumo "di strada"; sia coloro che usano in casa e in gruppo, come testimoniato dai racconti nel focus group, da cui emerge una consolidata cultura di attenzione e cura reciproca. Dai focus emerge anche che ha con sé il naloxone anche chi non usa per via iniettiva ma sa che può incontrare qualcuno che ne ha bisogno, un aspetto questo che va a sostegno di una consuetudine ormai acquisita. Questa rete di relazioni appare fattore da promuovere e incentivare: oltre un terzo degli episodi di OD vissuti in prima persona dai rispondenti al questionario è avvenuto mentre la persona era sola, e quindi è necessario continuare a lavorare con i consumatori affinché prestino maggiore attenzione all'importanza di consumare alla presenza di altri.

➤ *Competenze e solidarietà. Processi di apprendimento e disponibilità all'intervento*

Le ricerche confermano come l'aver e il percepire di avere (autoefficacia) le competenze per intervenire in maniera appropriata in caso di OD sia premessa allo sviluppo di una efficace rete capillare di intervento tra pari. La solidarietà, cioè, non è solo atteggiamento e cultura dei singoli, ma è anche funzione delle competenze, della sicurezza e della fiducia percepite nella propria abilità. Il processo di apprendimento che il consumatore compie verso una maggior competenza e capacità di intervento sull'OD ha diverse modalità e fonti. Innanzi tutto si tratta di un apprendimento "naturale", dall'esperienza personale: molti (il 76%) apprendono dall'episodio critico, e modificano il proprio comportamento d'uso dopo aver sperimentato una OD, mettendo a punto strategie personali che vanno dal modificare pattern e contesti d'uso, all'aver con sé il naloxone, al non usare da soli. Ma non si tratta di un apprendimento solitario, l'apprendimento è correlato ad opportunità informative e formative: anche qui, cruciale appare il ruolo che ha avuto la formazione e la comunicazione tra pari per aumentare il grado di conoscenze e competenze, soprattutto per i meno giovani (ovvero coloro che dichiarano l'uso da più di 15 anni) e i consumatori per via endovenosa. Infine, (vedi paragrafo successivo) la formazione avuta dai servizi di RdD, attraverso i counselling informativi o i corsi formativi: coloro che hanno avuto questa opportunità sono maggiormente consapevoli dei rischi e hanno maggiori conoscenze di pronto intervento e sull'impiego corretto del naloxone. Dai focus group è emerso con chiarezza come i pari siano la fonte di conoscenza maggiormente citata e valorizzata dai consumatori, ma anche come le opportunità formative offerte dal sistema dei servizi abbiano portato un valore aggiunto verificatosi, in molti episodi, importante.

➤ **Il ruolo del THN nei processi di apprendimento e aumento della self efficacy**

Secondo i risultati dei questionari, nel 63% dei casi di soccorso il consumatore ha somministrato il naloxone, dato rafforzato dalle esperienze raccolte nei focus group. Il naloxone appare come strumento routinario, nell'esperienza dei consumatori italiani per via iniettiva: questa quotidiana disponibilità del farmaco si riflette non solo sul suo effettivo utilizzo in caso d'emergenza, ma anche, secondo i racconti dei consumatori, in altre cruciali dimensioni. Prima di tutto sul piano più complessivo della percezione dei rischi, dove il farmaco e la sua accessibilità mettono i consumatori in una condizione in cui più facilmente – nelle relazioni tra pari e in quelle con i servizi – focalizzano la propria attenzione su cause, rischi e modalità di evitamento delle OD; il possesso della fiala di naloxone, insomma, veicola anche sensibilizzazione. In secondo luogo, come accennato, il possesso del naloxone appare abilitante all'intervento di salvataggio, contribuendo sensibilmente a rafforzare i comportamenti attivi e a superare incertezze, paure e ostacoli al soccorso: dalla lettura dei risultati della ricerca emerge come coloro che non hanno mai utilizzato il naloxone propendano, di contro, a non sentirsi in qualche modo "autorizzati" ad intervenire.

I risultati della sezione del questionario dedicata alla verifica delle competenze sull'OD e sul naloxone, segnala come la percentuale di risposte corrette sia in media del 66%. Va detto che risultano più elevati i punteggi relativi alle competenze sulla somministrazione del naloxone di quelle relative all'OD più in generale (per esempio, i sintomi), dato che si può correlare da un lato a una esperienza concreta diffusa e quotidiana e dall'altro a una formazione che merita maggior cura. Le conoscenze e le competenze, tuttavia, risentono di variabili personali e legate alla storia di uso: sono i consumatori di più lunga data e per via iniettiva ad avere maggiori competenze, soprattutto nel riconoscere i casi di OD, e questo suggerisce la necessità di una cura maggiore verso i consumatori più giovani e interroga, sotto questo profilo, l'attuale sistema degli interventi.

➤ **Il superamento dei falsi miti che limitano l'utilizzo del naloxone**

La ricerca sconfessa, attraverso le parole dei consumatori, alcuni falsi miti rispetto all'uso del naloxone da parte dei pari, andando in contraddizione con alcuni timori espressi dagli operatori. In primis, il pregiudizio per cui chi è in OD (presunta o reale) si irrita per la somministrazione del farmaco non sembra essere confermato, se non in rari casi. Qui, ciò che risulta interessante, è quanto emerso dai focus: il rischio della carenza che può seguire la somministrazione di naloxone è reale, e tuttavia secondo i consumatori si può limitare proprio attraverso una somministrazione esperta, competente, per esempio attenta a modalità (intramuscolo *versus* iniettiva) e dosaggi. Dunque, il mito del "consumatore resistente" al naloxone si sconfigge con la competenza. In secondo luogo, c'è stato un processo di crescita anche del contesto, rispetto agli esordi degli anni '90: da parte degli operatori sanitari (del 118 soprattutto) tale pratica non è più considerata inopportuna e quindi non sembra esserci evidenza di censure o atteggiamenti sanzionatori verso chi è intervenuto somministrando il naloxone. Lo testimoniano le risposte al questionario, quando indicano che spesso il pari che è intervenuto viene ringraziato dai medici e gli/le vengono richieste informazioni sull'episodio, e i focus ne danno conferma aneddotica. E infine l'ostacolo rappresentato per alcuni anni dalle forze di polizia, che tendevano a usare il reperimento del naloxone addosso a un consumatore per maggiori e più pressanti controlli: è stata una prassi della polizia, in effetti, ma oggi è opinione comune tra chi consuma che sia superata. Anche questo un indicatore importante di come il THN sia stato capace di "educare il contesto".

➤ **Il ruolo dei servizi RdD per l'accessibilità e la formazione**

Il naloxone è accessibile ai consumatori. Il modello di distribuzione italiano, seppur con i suoi pesanti limiti di discontinuità geografica, ha comunque raggiunto l'esito di consolidare il comportamento di avere con sé e utilizzare il naloxone; il possesso e l'utilizzo sono infatti diventati comportamenti routinari, e la ricerca suggerisce che questa sorta di "normalizzazione" dentro la quotidianità di chi consuma ne enfatizzi l'efficacia. I consumatori apprezzano questa accessibilità, sebbene ne criticano puntualmente i limiti: la disponibilità gratuita del farmaco è fattore importante, nei focus molti sottolineano come l'acquisto risulterebbe difficile soprattutto per i più emarginati, per i consumatori "di strada" che sono anche i più a rischio. Ma soprattutto ciò che viene apprezzato è l'accompagnamento formativo e informativo al farmaco: la rete dei servizi che

distribuiscono THN è quella della bassa soglia, della RdD, gli operatori sono esperti nel lavoro sui rischi correlati, in modo particolare all'assunzione per via iniettiva, hanno un approccio che consente una comunicazione efficace dentro cui veicolare le informazioni necessarie anche dentro contatti informali o sporadici, e spesso operano sulla o vicino alla scena del consumo. Ciò che inoltre è emerso dai focus è la centralità in questo intervento formativo degli operatori pari o dei pari esperti che collaborano con i servizi: una conferma di come la comunicazione orizzontale tipica del peer support è riconosciuta ed apprezzata da chi consuma, e possa giocare un ruolo fondamentale non solo nei setting naturali, ma anche quando è finalizzata a una prestazione semi-professionale.

➤ **Il THN come diritto**

In conclusione dei focus group è stato chiesto ai partecipanti, a partire dalla loro esperienza, di indicare una buona ragione a sostegno della distribuzione del farmaco in regime di THN. Oltre alla ragione pragmatica del salvataggio di vite umane, da molti vissuta in prima persona, è stata indicata quella del diritto alla vita e alla salute: nel momento in cui esiste un farmaco salvavita, è stato detto, il fatto di negarne l'accesso ai diretti interessati sarebbe una lesione di un diritto fondamentale. A questa considerazione è stata associata la caratteristica farmacologica del naloxone, che ne fa un farmaco sicuro, con nulli o minimi effetti indesiderati. Il tema del diritto è stato poi connesso alla dimensione della salute pubblica, il cui scopo è quello di promuovere la salute e tutelarla, anche valorizzando le competenze insite nella società. I consumatori rivendicano, in questo, gli stessi diritti di tutti i cittadini, portando alla luce il bisogno anche di promuovere una diversa cultura e una diversa percezione sociale di chi consuma sostanze.

b) I punti di debolezza del THN nel modello italiano e le richieste delle persone che usano sostanze

➤ **Critiche ai limiti del sistema dei servizi nella distribuzione THN**

Se è apprezzato dai consumatori il ruolo promotore e formativo dei servizi di RdD, al tempo stesso ne vengono denunciati i grandi limiti di copertura a livello nazionale, la discontinuità in caso di tagli ai finanziamenti e in generale il fatto che il THN sia – al pari di altre prestazioni -una performance non garantita alla totalità dei consumatori italiani. Come la distribuzione del naloxone non è omogenea in Italia, così le conoscenze e le competenze dei consumatori risentono delle opportunità offerte o non offerte nei diversi territori: tra i rispondenti al questionario, infatti, chi non ha mai ricevuto il naloxone tende a darne un giudizio più negativo, sintomo di pregiudizi e scarsa informazione chiaramente correlati a una scarsa o nulla offerta del farmaco stesso. Al tempo stesso, chi non ha con sé il naloxone e non lo utilizza dichiara che ciò è a causa di una mancata accessibilità del farmaco o dell'informazione su dove reperirlo, solo una minima percentuale evidenzia sfiducia nelle proprie competenze e in quelle dei propri pari e sostiene la necessità di professionalità specifiche.

Di qui la richiesta pressante dei consumatori di un adeguamento delle politiche nazionali e regionali in materia di RdD.

Analogamente, vengono criticati i servizi pubblici per le dipendenze (SerD) che pur essendo capillarmente presenti sul territorio, non sono utilizzati – o lo sono molto raramente - come luoghi ove reperire il naloxone, mentre potrebbero rivestire un ruolo chiave per la sua distribuzione e per aumentare le conoscenze e le competenze degli utenti che non hanno accesso a servizi a bassa soglia. Dei SerD si critica una cultura più legata al trattamento in prospettiva *abstinence oriented* che come promozione della salute in una accezione più larga e in sintonia con gli obiettivi degli utenti. I consumatori che hanno preso parte ai focus sono molto critici verso questo “doppio binario” trattamento o RdD, che reputano superato, e suggeriscono un approccio *client oriented*, basato sui bisogni e gli obiettivi degli utenti.

Una critica specifica dei consumatori rispetto al sistema italiano riguarda le stanze del consumo (DCR), che non sono ad oggi ammesse né sperimentate, mentre appaiono importanti soprattutto per chi consuma in strada e in condizioni di marginalità; affiancarle alla distribuzione capillare di naloxone, da un lato, e a una pratica diffusa di drug checking (ad oggi solo sperimentale in Italia) significherebbe a loro avviso disegnare un sistema potente di prevenzione.

➤ **Ampliare le reti di distribuzione**

Per quanto il naloxone sia un farmaco che non necessita di prescrizione medica, e dal costo contenuto, non viene praticamente mai acquistato in farmacia dai consumatori (1% tra i rispondenti ai questionari, un solo caso nei focus). Per chi vive in territori dove l'accesso gratuito e informato è garantito dai servizi di RdD questo è ovvio, per chi vive in territori privi di questa offerta giocano a sfavore tre diversi ostacoli, secondo i consumatori: mancanza di informazione sull'accessibilità e l'utilizzo (e qui ritornano le citate lacune dei SerD sotto questo profilo); fattore economico per i più marginali e in difficoltà; atteggiamento dei farmacisti, che spesso tendono ad allontanare i clienti-consumatori di sostanze come indesiderati e fastidiosi (cosa che accade anche per l'acquisto di materiale sterile) disincentivando i consumatori dal rivolgersi a loro. Su questo aspetto, di contro, gli intervistati sottolineano con forza il ruolo potenziale delle farmacie, che dovrebbero porsi non come esercizi commerciali che selezionano la loro clientela ma come operatori per la salute pubblica che incentivano comportamenti virtuosi dei cittadini; e su questo vi è una chiara richiesta di intervento, nel solco per esempio di una campagna di coinvolgimento e attivazione dei farmacisti ad opera dei servizi per le dipendenze e delle reti e associazioni di RdD.

Complesso lo scenario che i consumatori disegnano in relazione al coinvolgimento dei famigliari come rete di salvataggio in caso di emergenza: solo l'8% del campione ha informato un proprio congiunto di avere con sé o a casa il farmaco salvavita, e i focus group chiariscono che si tratta per lo più di partner, non delle famiglie di origine, genitori o fratelli. Qui la soluzione non appare legata tanto a una miglior comunicazione quanto al nodo ben più problematico che gioca la percezione che le famiglie hanno dell'uso di sostanze e delle aspettative che nutrono, per lo più legate alla prospettiva della remissione dall'uso ben più che da comportamenti virtuosi di limitazione dei rischi e dei danni. Viene chiamata in causa una cultura dominante in Italia tra famiglie e soprattutto genitori, centrata sul discorso astinenziale, che rende difficile per un consumatore essere esplicito sui propri comportamenti, anche quando siano di consumo controllato e *safer*, e dunque difficile affrontare il tema della possibile emergenza. Al tempo stesso, una critica penetrante è rivolta ai servizi, che hanno spesso la possibilità di lavorare con le famiglie e non utilizzano questa opportunità in prospettiva di RdD: su questo la domanda dei consumatori è esplicita e va nella direzione di un diverso approccio, come già detto per quanto concerne la distribuzione agli utenti.

Emerge infine nei focus l'indicazione di rendere chi, fino a qualche anno fa, era un ostacolo – le forze dell'ordine sul territorio – una risorsa, consegnando il naloxone ad ogni pattuglia e fornendo la formazione necessaria agli agenti.

➤ **Una domanda inevasa di formazione collettiva**

I questionari evidenziano una costante e diffusa offerta di informazione e formazione su OD e naloxone da parte dei servizi RdD a livello di counselling individuale, ma una scarsa offerta di corsi e lavori di gruppo, mentre nell'esperienza dei consumatori questi ultimi appaiono momenti significativi di apprendimento. Se la formazione-base più diffusa resta quella tra pari, la formazione che si riceve da professionisti viene vista come un valore aggiunto per una competenza più ampia, soprattutto per quanto attiene le manovre di primo soccorso ma anche per quanto concerne il naloxone: avere un serio "protocollo" di utilizzo, come riportato nei focus group, equivale anche a saper evitare conseguenze indesiderate, come il rischio di astinenza dopo la somministrazione. I consumatori portano ai servizi una esplicita domanda di maggior formazione

➤ **Giovani consumatori e nuovi stili di consumo**

Come detto sopra, le competenze su OD e naloxone e lo stesso utilizzo del naloxone si concentrano sui consumatori di più lunga data, che eleggono o hanno a lungo eletto gli oppiacei a loro sostanza di prima scelta e che usano per via iniettiva. Questo ha a che fare con il tempo che serve per l'apprendimento e l'esperienza, con la frequente esperienza, attiva o passiva, di OD nell'arco della vita, con le relazioni tra pari

che sono una caratteristica di queste generazioni, con la frequentazione dei servizi di RdD, con la modalità di assunzione per via iniettiva (stante che per ora in Italia il naloxone è solo iniettabile).

Ma eroina e altri oppiacei sono utilizzati anche dalle più giovani generazioni di consumatori, e in Italia in maniera crescente, sebbene con stili di consumo diversi per associazione di sostanze, per culture e obiettivi dell'uso e per modalità di assunzione. Agli occhi dei consumatori adulti questi giovani consumatori appaiono meno esperti e meno consapevoli dei rischi, incluso quella dell'OD. Le ragioni sono svariate: c'è un reale minor rischio OD nell'assunzione non iniettiva, sono rare le esperienze dirette o indirette di OD cui questi consumatori assistono e dunque più rare le occasioni di apprendere dall'esperienza; ma anche non c'è investimento dei servizi su una informazione e una formazione destinata a loro e soprattutto, sul piano della formazione tra pari, così importante per gli adulti, non ci sono occasioni, se non sporadiche, di un incontro tra generazioni che possa trasmettere competenze. Anche se le molecole sono le medesime, non lo sono le culture e i luoghi dell'uso.

I consumatori prospettano tre diverse direzioni per ovviare a questo gap di informazione e formazione dei più giovani. Il primo, adeguare il sistema dei servizi di RdD calibrandolo agli stili di consumo: una miglior offerta (per esempio di cannucce o stagnolone non tossiche, quando le siringhe non siano lo strumento utilizzato) e soprattutto un servizio di drug checking servirebbe a creare un contatto e offrirebbe occasioni per lavorare anche sul rischio OD e invitare all'uso del naloxone, che andrebbe però fornito per inalazione e/o in confezione monodose già predisposta (siringa preriempita). Questo aspetto, dare al consumatore la conoscenza della sostanza che sta per utilizzare, appare a molti cruciale: per il 25% dei rispondenti al questionario, infatti, è l'incertezza, la variabilità e la non conoscenza della qualità della sostanza il più elevato fattore di rischio OD, fattore ancora più enfatizzato dai consumatori esperti dei focus group, che mettono il mercato illegale al primo posto tra le variabili che portano alle OD.

Il secondo: attivarsi intenzionalmente come peer mirando a raggiungere i più giovani e costruendo occasioni di incontro e scambio, attivando cioè una propria responsabilità come peer esperti, anche agganciata ai servizi o alle associazioni di consumatori che intervengono nei setting naturali di uso dei più giovani.

Terzo, utilizzare di più e meglio il web per campagne di sensibilizzazione sul naloxone e indicazioni sull'accesso al farmaco. Il web è visto come fonte privilegiata di informazione e conoscenza dei più giovani, giovani che alcuni degli intervistati non vedono affatto come sprovvisti, ma capaci al contrario di una ricerca anche approfondita attorno alle sostanze che intendono usare, e pertanto potenzialmente capaci anche di accedere a informazioni di prevenzione.

4. Conclusioni e raccomandazioni

Dall'analisi dei risultati della ricerca è possibile trarre alcuni apprendimenti e raccomandazioni per una efficace pratica di distribuzione del naloxone e per una sua ottimizzazione nell'ambito più vasto delle politiche e delle pratiche di prevenzione delle morti per OD da oppiacei.

Le raccomandazioni sono distinte per ambito – operativo, di ricerca, politico – ed ogni ambito propone un focus sul contesto italiano.

4.1 Raccomandazioni sul modello operativo e le pratiche

a) Garantire l'accessibilità del farmaco. La classificazione del naloxone come farmaco da banco che non necessita di prescrizione medica è un fattore cruciale, che consente ad ogni operatore, anche non sanitario, a ogni consumatore e ad ogni cittadino di accedervi e di diventare protagonista attivo della strategia per la prevenzione delle morti per OD da oppiacei. Il trasferimento di queste competenze verso la società civile è in linea con l'approccio di promozione della salute che investe sul "fare salute" dell'intera comunità e sull'alleanza tra professionisti e cittadini. Le caratteristiche del farmaco fanno sì che la sua gestione a livello comunitario sia significativamente sicura. Il naloxone dovrebbe essere disponibile, reperibile e accessibile nelle diverse modalità di assunzione, sia per via iniettiva che per via intranasale.

b) Investire nei servizi di RdD come promotori strategici del THN. I servizi di RdD sono per mission e approccio i più competenti a promuovere e sostenere la distribuzione del naloxone tra i consumatori. Operano in prossimità della scena della droga e dei setting naturali di consumo, ad essi accedono anche consumatori che non sono in contatto con i servizi (in parte anche soggetti che non lo sono mai stati e che non lo saranno mai), conoscono i pattern d'uso dei loro clienti e i rischi correlati, conoscono e interagiscono con le dinamiche tra pari e sono in grado di valorizzarle verso obiettivi di solidarietà e peer support. La RdD opera secondo un approccio di promozione della salute che valorizza le competenze dei consumatori, mettendoli al pari di ogni altro cittadino. L'offerta gratuita di naloxone da parte del sistema sanitario pubblico, soprattutto alle fasce di consumatori socialmente più fragili, è un fattore facilitante. Nell'ottica della sinergia tra servizi, la distribuzione di naloxone è più efficace laddove la RdD dispone di più modalità di intervento contemporaneamente attive (drop in, unità di strada e altri interventi di outreach, stanze del consumo sicuro, drug checking) che moltiplicano i punti rete della distribuzione e ampliano le opzioni di intervento sull'OD sia sul piano della prevenzione che su quello del soccorso.

c) Accompagnare la distribuzione di naloxone ai consumatori con informazione e consulenza. Il ruolo cruciale dei servizi di RdD nel THN è correlato a una necessaria e continuativa azione di informazione, formazione e consulenza offerta ai consumatori sul corretto utilizzo del farmaco, sulle manovre di pronto intervento, sulle capacità di riconoscere una OD da oppiacei e di agire adeguatamente nel contesto. Una corretta formazione garantisce anche di prevenire o ridurre l'impatto di eventuali effetti non desiderati, come l'insorgere di crisi di astinenza nel soggetto soccorso, e guida i soccorritori verso comportamenti conformi di sorveglianza e sostegno nella fase post intervento, anche quando il soggetto in OD non voglia recarsi in ospedale.

d) Riconoscere, legittimare e valorizzare le competenze dei consumatori e le loro reti sociali. I consumatori sono coloro che più frequentemente assistono ad una OD, rappresentando quindi la potenziale rete di soccorso più capillare e tempestiva. È necessario operare a più livelli nella direzione di accrescere e valorizzare sia le competenze di intervento che le dinamiche solidali e di comunicazione tra pari. Si tratta di sostenerli nel saper riconoscere le proprie abilità, di accrescere la propria self efficacy, ma anche – in

riferimento al contesto – di abbattere le barriere socioculturali e lo stigma sociale che ancora troppo spesso li descrive come soggetti non responsabili e non capaci, invalidando così la potenzialità stessa della loro azione. L'auto-organizzazione dei consumatori promuove la loro responsabilità e capacità di giocare un ruolo sociale, rinforza la fiducia nelle proprie abilità e conoscenze, sostiene i loro diritti civili. I processi associativi e di cittadinanza che si oppongono allo stigma e al pregiudizio sociale rinforzano un protagonismo positivo che si riflette anche sul ruolo dei peer nel campo della promozione della salute e della limitazione del rischio. È auspicabile l'alleanza e la collaborazione, in una dimensione dialettica, tra organizzazioni dei consumatori e sistema dei servizi sul territorio

e) Elaborare strategie, metodologie e strumenti adeguati ad accrescere informazione e competenze.

Associazioni della società civile, servizi di RdD e del trattamento, altri servizi educativi e della prevenzione, organizzazioni dei consumatori devono, in sinergia, costruire percorsi e materiali utili ad accrescere e completare le competenze che i consumatori già acquisiscono dalla propria esperienza personale e collettiva. È opportuno elaborare i materiali informativi e formativi insieme ai destinatari e mirarli alle peculiarità dei singoli gruppi e dei diversi stili di consumo. Il ruolo degli operatori della RdD può essere in questo significativo.

f) Responsabilizzare l'intero sistema dei servizi per le dipendenze.

La centralità del ruolo dei servizi RdD non deve significare non riconoscere la parte giocata dai i servizi del trattamento nella prevenzione delle morti per OD e nel modello THN. I servizi per le dipendenze seguono consumatori di oppiacei che continuano ad usare anche durante il trattamento, e che accedono alle terapie OST non con finalità di remissione ma di controllo / regolazione del proprio consumo, tanto che uno degli esiti delle terapie sostitutive è la riduzione della mortalità per OD. Sotto questo profilo, i servizi per il trattamento devono operare in un continuum con quelli della RdD. Essi sono diffusi sul territorio, intercettano una parte significativa di consumatori, e possono pertanto avere sia un compito di risk assessment per quanto concerne l'OD durante tutto il percorso terapeutico, sia essere un punto di distribuzione del naloxone e di informazione e consulenza sul suo utilizzo. Questi servizi hanno anche più possibilità di quelli della RdD di intervenire con le famiglie dei consumatori, informarle e sensibilizzarle, anche attraverso l'eventuale consegna del farmaco. Per quanto concerne le comunità terapeutiche o altre strutture residenziali di cura, considerando che il momento della dimissione espone gli utenti al rischio OD per mutata tolleranza, è importante che elaborino modalità di informazione ad hoc anche prevedendo la dotazione di naloxone in uscita. Questo approccio diventa ancor più impellente quando la persona consumatrice sia al termine di un periodo di detenzione.

g) Elaborare strategie innovative di THN mirate a diversi stili e contesti di consumo e ai giovani consumatori.

Negli stili di consumo che non contemplano né l'oppiaceo come sostanza di prima scelta né la via iniettiva di assunzione, il rischio OD è percepito in modo molto attenuato. Se è vero che il rischio è minore, tuttavia esso è presente, e i trend di una ripresa di uso di oppiacei anche nelle popolazioni più giovani di policonsumatori – segnalato in molti paesi – suggerisce l'urgenza di adottare interventi di informazione e distribuzione di naloxone nei nuovi setting naturali di consumo e secondo nuove modalità di outreach. Inoltre, questa popolazione può essere validamente informata sulla disponibilità di naloxone in farmacia o presso i servizi attraverso il web, così come on line può essere fornita la necessaria formazione. Nell'ottica inoltre del *combination intervention*, la pratica del drug checking – già presente in molti contesti di consumo e divertimento come strumento di prevenzione – può fornire informazioni utili sulla composizione quali-quantitativa della dose di sostanza acquistata ed essere una occasione adeguata per

sensibilizzare al THN. Cruciale appare, per questa popolazione per lo più di non iniettori, la disponibilità di naloxone da assumere per via intranasale.

h) Investire su reti amicali e familiari. Una buona prassi di THN, se privilegia la rete tra consumatori, investe anche sulle loro reti più prossime, quelle amicali e familiari. Per elaborare campagne informative – mediatiche e on line - e insieme creare opportunità vis a vis di incontro, informazione e formazione sono importanti il coinvolgimento della rete dei servizi, inclusi quelli del trattamento, e le associazioni della società civile. Particolare cura va attribuita alla informazione e sensibilizzazione dei partner. È importante prevedere anche pratiche di ascolto e sostegno per i familiari che affrontano l'esperienza dell'OD di un loro congiunto.

i) Ampliare la rete dei soggetti inclusi nel THN (1). I medici di base. I medici di base sono presenti su tutto il territorio ed ogni cittadino – consumatore e non – è in contatto con uno di loro. Si tratta dunque di una rete potenzialmente capillare e professionalmente competente. I medici di base possono essere attori tanto della prevenzione dell'OD – attraverso informazione e counselling - quanto di distribuzione di naloxone nel caso di loro pazienti che usano oppiacei o che hanno un familiare che ne fa uso. Possono cioè essere consulenti e insieme punto-rete di distribuzione di naloxone. È utile proporre moduli formativi e modalità concrete di partecipazione a campagne di prevenzione delle morti per OD (materiali informativi, contatti e riferimenti con i servizi specialistici e con le associazioni dei consumatori)

l) Ampliare la rete dei soggetti inclusi nel THN (2). Le farmacie. Soprattutto nei paesi dove il naloxone è in vendita nelle farmacie come farmaco da banco o dietro presentazione della prescrizione medica, queste vanno pensate non come un mero punto vendita ma come un punto rete del sistema salute. Possono essere al centro di una campagna informativa e di promozione dell'acquisizione e dell'uso di naloxone da parte di cittadini coinvolti, direttamente o indirettamente, nell'uso di oppiacei. Particolare attenzione va prestata alla relazione con i consumatori, non raramente oggetto di diffidenza, allontanamento e stigma.

m) Ampliare la rete dei soggetti inclusi nel THN (3) Le forze dell'ordine. Si tratta di agire in due diverse direzioni: da un lato fare delle forze dell'ordine presenti sul territorio un attore alleato del THN, superando quell'atteggiamento che sulla scena della droga ne ha fatto spesso un agente di dissuasione, individuando nel possesso del farmaco un indizio del consumo e/o possesso della droga d'abuso e quindi trasformandolo paradossalmente in fattore di incentivazione al controllo repressivo. Su questo piano è importante il ruolo che possono giocare gli operatori della RdD nel loro intervento di comunità. In seconda battuta è possibile dotare gli agenti di polizia in prima persona del naloxone e della competenza per il suo appropriato utilizzo.

n) Sensibilizzare e formare gli operatori sanitari e sociali. Qualora il naloxone fosse accessibile, tutti gli operatori, sanitari e non, devono poterlo utilizzare, distribuendolo ai consumatori e somministrandolo in caso di emergenza. Nei contesti nazionali dove non sia un farmaco da banco, i servizi possono – previo il rispetto delle normative nazionali vigenti - adottare linee guida ad hoc che abilitino gli operatori sociosanitari ad utilizzarlo. Gli operatori non sanitari devono avere adeguata formazione, alla conoscenza e all'utilizzo, e tutti gli operatori, sanitari, sociali ed educativi, una formazione su come informare e formare adeguatamente i consumatori e le loro reti prossime. Gli operatori del pronto intervento devono essere sensibilizzati ad interagire con i consumatori che abbiano già effettuato l'intervento con naloxone, chiedendo loro ogni informazione utile e rinforzando e legittimando il loro intervento, così da creare un network di competenze diverse ma integrate.

o) "Socializzare" il naloxone. Campagne mediatiche e informazione per la popolazione. L'approccio di promozione della salute che è sotteso al THN riconosce le competenze sociali diffuse che "fanno salute".

Come accaduto negli anni recenti per altre pratiche di soccorso o prevenzione che sono “uscite” dai soli ambiti professionali per valorizzare gli interventi della e nella comunità (si pensi alla diffusione di defibrillatori in ambienti pubblici e all’invito alla popolazione a farne uso in caso di emergenza), così per il naloxone è opportuno pensare a campagne mediatiche e tramite i social media che informino la popolazione e portino il farmaco salvavita fuori dalla “nicchia” degli addetti ai lavori e degli specialismi, per renderlo noto, accessibile, in una parola “quotidiano”. Il processo di attivazione e responsabilizzazione della comunità verso la prevenzione delle morti per OD deve essere un processo culturale e concreto insieme, e come è avvenuto per i consumatori, anche per i cittadini avere a disposizione uno strumento pragmaticamente efficace e di facile utilizzo concorre a rafforzare atteggiamenti solidali, a diminuire timori e paure e ad accrescere la percezione di autoefficacia.

Raccomandazioni per il contesto italiano

- **La normativa vigente è chiara e sufficiente.** Nonostante classificazione del farmaco e normative italiane sul soccorso in caso di emergenza siano chiare e sufficienti a garantire e tutelare chiunque intervenga con il naloxone in caso di necessità, è accaduto e accade in alcune regioni che servizi e operatori non siano autorizzati dai vertici regionali o della propria ASL né a distribuire il naloxone ai consumatori né a somministrarlo in caso di OD. Se è vero che esiste un vuoto della politica (in termini per esempio di linee guida) è anche vero che il citato quadro normativo permette in ogni caso di intervenire. Non appare pertanto giustificata sotto il profilo normativo l’assenza di programmi di THN in alcune aree del paese.

- **Ogni servizio può e deve distribuire naloxone.** In questo senso, ogni servizio pubblico o privato accreditato, del trattamento o di RdD, dovrebbe includere tra le sue prestazioni l’offerta di naloxone ai consumatori e alle loro reti prossime. Con le risorse attuali, in attesa che la politica si responsabilizzi sul tema, agendo in ottica di integrazione e di sistema tra tutti i servizi e tra tutti gli operatori sanitari del territorio, anche le regioni sprovviste o carenti di interventi di RdD possono attivare pratiche di THN. L’impatto economico del naloxone è minimo, e non dovrebbe rappresentare un reale problema per i bilanci delle ASL.

- **Incentivare l’approccio di peer support, la collaborazione peer-servizi e sostenere l’associazionismo tra consumatori.** La prima risorsa del THN sono i consumatori e le loro competenze. In Italia, esiste una resistenza culturale ancora forte al riconoscimento del consumatore come cittadino e come esperto di sé. Gli operatori, e soprattutto quelli della RdD, devono includere nei propri modelli operativi la conoscenza approfondita delle strategie naturali di protezione adottate dai consumatori, la loro valorizzazione, lo sviluppo e il sostegno al peer support, la formazione in gruppo, il sostegno all’associazionismo e al protagonismo civile dei consumatori. In Italia questo approccio conosce aree di eccellenza e di lunga tradizione, ma si tratta di una geografia molto diseguale.

- **Avviare programmi mirati alle famiglie.** In Italia esiste una consolidata tradizione che ha consegnato le famiglie dei consumatori a una cultura centrata sul dualismo binario dipendenza-astinenza, in cui genitori e partner sono indotti a non vedere come obiettivi apprezzabili e accettabili pattern di uso meno rischiosi e modalità di controllo e regolazione del consumo. Questo approccio “tutto o niente” ostacola una cultura della prevenzione, e spesso impedisce un dialogo aperto tra consumatore e famiglia. Per far sì che le famiglie diventino, al contrario, un valido attore nelle strategie di prevenzione delle morti per OD, è necessario promuovere una cultura della limitazione dei rischi, sensibilizzando e informando i famigliari e stando loro accanto in questo percorso. Il sistema dei servizi ha tutte le competenze e le risorse per promuovere questa innovazione culturale.

- **Adottare il THN nel contesto carcerario e postcarcerario.** In Italia la RdD non entra in carcere: attualmente la distribuzione di materiale sterile e condom non è prevista, azioni mirate alla prevenzione delle OD nemmeno, e le terapie metadoniche sono spesso a scalare anche per le persone che entrano con un programma di mantenimento in atto. Se per avviare seri interventi di RdD in ambito penitenziario sono necessari alcuni passaggi politici e di indirizzo, alcune azioni, si possono implementare “dal basso” nell’ambito degli interventi ordinari dei servizi, specie se non impattano direttamente sulla gestione interna: per esempio la consegna di naloxone alle persone dipendenti in uscita, al momento della scarcerazione. Considerando che la mutata tolleranza dopo un periodo di carcere è uno dei più importanti fattori di esposizione al rischio OD e che il periodo immediatamente successivo alla detenzione è di fatto quello in cui si concentrano (assieme alla cessazione / interruzione di interventi residenziali e trattamenti con oppio agonisti) la maggior parte degli episodi di overdose.

4.2 Raccomandazioni per la politica e i decisori

a) Esplicito sostegno politico alla RdD. La RdD ha bisogno di un sostegno esplicito, motivato, basato sull’evidenza da parte della politica. Questo sostegno garantisce la continuità degli interventi, l’accesso alle prestazioni, il sostegno economico ai servizi. È ormai provato da una vasta letteratura che la mancanza o la carenza di sostegno e di chiarezza nelle politiche è fattore di insuccesso e di scarsa efficacia degli interventi. I decisori politici devono quindi dialogare con gli esperti, con gli operatori, con la società civile, con i consumatori e decidere limitando l’influenza delle ideologie, basando le proprie scelte su un doppio criterio: evidence based (ciò che scienza ed esperienza dicono) e human rights based (ciò che i diritti umani, in primo luogo il diritto alla salute, dicono). Il THN deve essere incluso negli interventi routinari di RdD.

b) Rendere il Naloxone accessibile, in tutte le forme farmaceutiche. Laddove il naloxone non sia accessibile come farmaco da banco e necessiti di prescrizione o addirittura sia utilizzabile solo da parte del personale sanitario, è necessaria una riforma nella farmacopea nazionale. Sono ormai molte le evidenze che la politica può fare proprie relative al naloxone come farmaco sicuro e ai bassissimi rischi correlati al suo utilizzo. Nei paesi nei quali non è ancora disponibile devono essere implementate a tutti i livelli necessari le azioni che conducano alla effettiva disponibilità nel tempo più breve possibile del naloxone per uso intranasale.

c) Elaborazione di Linee guida operative sul THN. La politica deve dare chiaro mandato agli enti preposti di elaborare linee guida operative che includano il THN, che siano di orientamento ai servizi e agli attori coinvolti, a garanzia della qualità e della appropriatezza delle pratiche, della loro efficacia. Le linee guida, pur rispettando la relativa autonomia dei servizi a livello regionale e locale, devono stabilire criteri e standard che garantiscano, ovunque, l’accessibilità del farmaco, la necessaria consulenza e formazione di operatori e consumatori. La elaborazione delle linee guida deve ricevere il contributo di tutti gli attori competenti e coinvolti e includere organizzazioni della società civile e consumatori.

d) Adottare l’approccio “combination intervention”. Al fine di una maggior efficacia ed efficienza degli interventi, il THN va considerato non come intervento isolato ma nell’ambito di un sistema integrato. La prevenzione delle OD e delle morti per OD deve potersi avvalere di tutti gli interventi che hanno dimostrato la loro efficacia: è opportuno che laddove interventi di RdD quali OST in prospettiva di RdD, stanze del consumo sicuro e drug checking non siano stati attivati, la politica si assuma l’urgente compito di innovare e sostenere un miglior sistema di intervento.

e) Modificare i fattori di contesto che aggravano il rischio OD. Vi sono contesti sociali, normativi, culturali che massimizzano i rischi droga correlati, e contesti che di contro giocano un ruolo positivo nel limitare danni e rischi. I decisori politici influenzano questa alternativa sotto diversi profili: quello normativo, che

può aggravare o meno la condizione di clandestinità, fattore che influenza direttamente il rischio OD; quello delle politiche di controllo del territorio, che influiscono concretamente su luoghi e modalità del consumo; quelli relativi al sistema dei servizi, che può essere più o meno rispondente ai bisogni reali, più o meno accessibile, più o meno appropriato. Rispetto alla protezione dal rischio di morte per OD, è facilitante un contesto non criminalizzante e non punitivo per chi consuma, e dove le risorse siano investite più nella salute e nel sostegno sociale che nella repressione e nel controllo law&order del fenomeno

f) Intervenire per una diversa percezione sociale del consumo e dei consumatori. Sul piano politico culturale, è necessaria un'azione che promuova una diversa percezione sociale e un diverso "senso comune" attorno a droghe, consumatori e rischi correlati. Si tratta di sottrarre i consumatori allo stigma che li inchioda o alla patologia o alla devianza o a entrambi, che li rappresentano condannati a un "cattivo destino" finché hanno contatto con le sostanze. Una visione che emargina, ma anche che suggerisce l'impossibilità di contenere il rischio attraverso adeguate politiche.

Raccomandazioni per il contesto italiano

- **Avere una politica e un piano d'azione sulle droghe aggiornati.** L'Italia non ha una chiara politica delle droghe né un Piano d'azione nazionale aggiornati, che includano esplicitamente la RdD come pilastro della strategia nazionale. L'alternarsi di governi di diverso colore porta una reiterata discontinuità nell'approccio sulle droghe, scarsamente basato sull'evidenza. Attualmente l'Italia non ha nemmeno un politico governativo delegato ad occuparsi del tema. È pertanto urgente che il tema droghe torni in agenda, che il Parlamento faccia procedere le modifiche della legge sugli stupefacenti e sui servizi che giacciono nei cassetti delle varie Commissioni, e che si ridefinisca un Piano nazionale droga che includa la RdD. È necessario che questo sia un processo partecipato – come del resto indica la Strategia Europea sulle Droghe - aperto al contributo di tutti i soggetti competenti e coinvolti e che si ripristini la Conferenza nazionale triennale- stabilita per legge – che è la sede della valutazione delle politiche e dell'innovazione necessaria (Conferenza che non viene riunita da oltre 8 anni).

- **Emanare Linee Guida sulla RdD.** Nel 2000 e poi nel 2008 due commissioni di esperti, operatori, e società civile hanno elaborato Linee guida sulla RdD, che esplicitamente includevano il THN tra le pratiche da garantire su tutto il territorio nazionale, per superare così anche l'estrema disomogeneità di modelli operativi tra regione e regione. In entrambi i casi il cambio di coalizione di governo ha impedito che le Linee guida divenissero operative e cogenti. È necessario adottare nuove linee guida che prevedano e definiscano, tra gli altri interventi, le pratiche di THN. Un capitolo cruciale deve riguardare il carcere, per il quale devono essere previsti gli stessi interventi e le stesse prestazioni di RdD garantiti all'esterno.

- **Introdurre il THN nei LEA-Livelli Essenziali di Assistenza.** Dal gennaio 2017 sono stati ridefiniti i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza nella Sanità, che per la prima volta includono la RdD, consentendo così ai servizi di RdD di essere implementati in tutte le regioni e non, come ora, solo in alcune. Nel corso del 2017 saranno definite le prestazioni di RdD, ed è necessario che il THN sia incluso. Questo rappresenta una garanzia per la diffusione del naloxone su tutto il territorio nazionale.

4.3 Raccomandazioni per la ricerca

a) Disporre di un efficace modello di monitoraggio delle morti per OD. Disporre di un efficace sistema di rilevazione delle morti per OD è premessa necessaria alla conoscenza del fenomeno, all'orientamento degli interventi e delle decisioni politiche.

b) Elaborare un modello di monitoraggio e valutazione del THN. Monitoraggio e valutazione sono essenziali per elaborare le migliori linee guida di intervento, valutare efficacia e efficienza dei modelli operativi e delle prestazioni di THN e fornire agli operatori una solida base per gestire e innovare le proprie pratiche. Avere un modello di valutazione sostiene anche i decisori politici nelle loro scelte. Si tratta dunque di includere il THN nei sistemi di rilevazione dei dati di processo e di risultato inerenti la RdD. Il modello di monitoraggio e valutazione deve essere realistico e gestibile, e deve tener conto delle esigenze e dei vincoli che gli operatori hanno nel lavoro di raccolta dati in contesti spesso informali, quali quelli di strada o nei setting naturali.

c) Conoscere i pattern di consumo e le strategie dei consumatori. La distribuzione di naloxone "entra" nella vita quotidiana dei consumatori e delle loro reti e si avvale delle loro relazioni, delle loro competenze e dei loro comportamenti: questo implica avere una profonda conoscenza sia dei pattern di consumo, che delle strategie individuali e gruppali nella gestione del consumo sia, ancora, dei contesti di vita e di consumo e della loro influenza. È pertanto necessario sviluppare una ricerca qualitativa ed etnografica capace di orientare i modelli operativi

d) Valorizzare e coinvolgere nella ricerca gli operatori e i consumatori. Chi opera sul campo e chi vive in prima persona il consumo è una "antenna" privilegiata: la ricerca sui fattori di rischio OD, sulle strategie di prevenzione e su quelle di soccorso devono valorizzare questi "osservatori" informali, creando occasioni di collaborazione e sinergia con i ricercatori e gli enti preposti alla ricerca.

e) Promuovere ricerca - azione orientata alle pratiche. È necessario che qualsiasi tipo di ricerca attorno a strategie e modelli operativi di intervento fornisca una conoscenza mirata all'azione, sia cioè esplicitamente spendibile in termini di strategie e modelli di intervento e di orientamento e sostegno ai decisori politici. Con attenzione agli interventi, particolare attenzione va prestata alla ricerca propedeutica alla elaborazione di efficaci modelli di risk assessment delle OD nei servizi.

Raccomandazioni per il contesto italiano

- **Includere il THN nel sistema di monitoraggio istituzionale.** Ad oggi, a causa della mancanza di chiare linee guida sulla RdD, il sistema di monitoraggio degli interventi gestito dal SIND- Ministero della Salute non include rilevazioni sulle prestazioni di RdD e dunque nemmeno sulle pratiche di THN. Si tratta di includere questi interventi e predisporre un sistema di rilevazione regionale e nazionale, anche considerando che la RdD è ora inclusa nei LEA, Livelli Essenziali di Assistenza.

- **Cambiare sguardo sui consumi, sviluppare ricerca qualitativa.** La ricerca qualitativa ed etnografica sui consumi di droghe in Italia è particolarmente penalizzata, sotto il profilo culturale, scientifico e delle risorse economiche. Va fatto un passo deciso per ri-orientare la politica della ricerca (e i relativi investimenti) in questa direzione, coinvolgendo tutti i soggetti competenti e richiedendo al DPA- Dipartimento nazionale Antidroga in prima battuta di includere in un (auspicabile) nuovo Piano d'azione nazionale uno specifico capitolo dedicato.

- **Sviluppare studi di valutazione di processo e di esito sul THN.** Anche ai fini di supportare decisioni politiche evidence based, oltre che di fornire a chi opera sul campo un necessario feedback, è necessario promuovere e sostenere studi di valutazione e di outcome sulle politiche e sulle pratiche inerenti la prevenzione delle OD e delle morti per OD, includendo uno specifico focus sul THN.
- **Maggiori sinergie tra i sistemi informativi e i registri di mortalità per monitorare i casi di OD.** In Italia i dati sulle morti droga correlate e per OD provengono da diverse fonti e con tempistiche differenti e sono rilevati con differenti codifiche, rendendo la lettura dei dati difficoltosa, non completa e non tempestiva. Sarebbe importante e opportuno un intervento per la maggior efficienza del sistema e una miglior sinergia tra gli enti coinvolti.

APPENDICE

I. Bibliografia

II. Questionari

III. Il gruppo della ricerca

I. Bibliografia¹

Bazazi A.R., Zaller N.D., Fu J.J., Rich J.D. (2010), *Preventing Opiate Overdose Deaths: Examining Objections to Take-Home Naloxone* in <http://muse.jhu.edu/article/400754>

Beccaria F. e Rolando S.(2013) *Stakeholders' Role in Contemporary "Substitute Drug" Prescribing Policies in Italy. Substance Use & Misuse*, 48:943–953.

CNCA-Coordinamento Comunità di Accoglienza (2015) *Interventi di riduzione del danno*, in DPA-Relazione al Parlamento su droghe e dipendenze 2015, <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

CNR - Consiglio Nazionale delle Ricerche e ISS - Istituto Superiore Sanità (2015), *Studio ESPAD 2015 (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)*, in DPA - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, 2016 <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>

DPA – Dipartimento Politiche Antidroga - *Relazioni annuali al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia*, anni 2000-2016 <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>

EMCDDA(2004), *Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level* <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>

EMCDDA(2004) *Report on drug consumption rooms*, in http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf.

EMCDDA (2010) *Harm Reduction. Evidence, impact and challenge*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

EMCDDA (2015) *Preventing opioid overdose death with Take Home Naloxone*, in <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

EMCDDA (2015), *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*, EMCDDA Papers, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_234376_EN_TDAU14009ENN.web_.pdf

EMCDDA (2016), *Drug Consumption rooms: an overview of provision and evidence*, in <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms>

EMCDDA (2016) *Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi*, in <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ITN.pdf>

EMCDDA (2016) *Statistical Bulletin 2016*, in <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016>

EMCDDA (2016) *Italy Country Overview*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/italy>
EuroHRN-European Harm Reduction Network, *Overdose campaign*, in <http://www.eurohrn.eu/index.php/overdose-campaign>;

¹ La bibliografia relativa a OST e farmacologia del naloxone è inclusa nelle relative schede nel capitolo 2

EuroHRN-European Harm Reduction Network (2014) *Models of community and peer based overdose prevention services*, in

http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/models_of_community_report.pdf

EuroHRN-European Harm Reduction Network (2014) , *Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations On Opioid Overdose* in

http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/study_report_euroHRN_II.pdf

Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, XII Edizione in

http://www.iss.it/binary/farc/cont/Integrazioni_e_Correzioni_alla_XII_ed_FU.pdf

Forum Droghe - CNCA (2016) *Riduzione del danno e limitazione dei rischi*, in DPA- Dipartimento Politiche Antidroga (2016), *Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2015 e primo semestre 2016)*, in <http://www.politicheantidroga.gov.it>

ISTAT, Registro Generale di Mortalità (RGM) <https://www.istat.it>

Michel et al.(2011) *Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRIDE): implications for public health and drug policy*. BMC Public Health 2011 11:400

Michel L et al (2015), *Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern* BMC Public Health. 2015 Oct 27;15:1093.

Ministero della Sanità - Ministero della Solidarietà sociale (2000) *Linee guida sulla Riduzione del Danno*, http://emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231450_EN_IT;

Ministero della Salute (2008), *Linee guida sulla riduzione dei danni e dei rischi nelle dipendenze patologiche*, in www.fuoriluogo.it

Open Society Foundations (2011) *Stopping overdose – Peer based distribution of naloxone*, in

<https://www.opensocietyfoundations.org/publications/stopping-overdose>

<http://www.naloxoneinfo.org/>

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2017) *Decreto 13.1.2017 (LEA)* in http://www.sossanita.it/lea_13-1-2017_2345.html

Ronconi S. (2003) *Peer Support e servizi a bassa soglia* (con Molinatto P.), EGA Ed.

Ronconi S.(2016) *Harm Reduction investments: Italy Case Study*, in HRI- Harm Reduction International, *Harm Reduction Works!*, in via di pubblicazione

Room R. (2005), *Stigma, Social inequality and alcohol and drug use*. Drug and Alcohol Review, 24(2): 143-155.

WHO (2013) *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

WHO (2014) *Community management of opioid overdose*, in

http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/

Zinberg N. E. (1984), *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

Foundation Open Society Institute e il contributo di Indivior Italia Srl

Indagine sulla distribuzione del naloxone Questionario Operatori

Le chiediamo di collaborare a un'indagine promossa da Forum Droghe, in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze Asl Napoli 1, i Dipartimenti Dipendenze dell' A.S.L. ex TO2 e dell' A.S.L.TO3 e l'Istituto di ricerca e formazione Eclectica, rispondendo al presente questionario sul tema del naloxone e in particolare del Take-Home-Naloxone (THN).

Il Suo contributo sarà utile per individuare i punti di forza e punti di debolezza degli interventi in questo ambito, comprendere i cambiamenti in atto e individuare nuove prospettive.

Il tempo di compilazione stimato è di circa 10-15 minuti. Nel caso dovesse interrompere la compilazione prima di essere arrivato al termine, potrà salvare e recuperare il lavoro svolto in un secondo momento.

Al termine del questionario Le chiederemo alcuni dati relativi alla sua persona e un contatto (facoltativo) per poterla eventualmente contattare per ulteriori approfondimenti. Tuttavia i dati saranno diffusi in forma aggregata e anonima e conservati in ottemperanza della normativa vigente in materia di privacy.

La ringraziamo per la sua collaborazione!

1. Quali sono le strategie del servizio per prevenire gli episodi di overdose e la mortalità da overdose da eroina? (sono possibili più risposte)

- Materiale informativo
 - Counseling individuale
 - Informazione/formazione di gruppo
 - Distribuzione naloxone ai consumatori
 - Consegnare naloxone a pari, familiari o amici dei consumatori
 - Interventi di strada e nei contesti di consumo
 - Individuazione dei soggetti a maggior rischio e attivazione di specifici interventi protettivi
 - Modulazione dei dosaggi e degli affidamenti dei farmaci oppioagonisti
 - Presenza fisica degli operatori con naloxone e defibrillatore nei luoghi del consumo
 - Supporto tra pari e/o coinvolgimento di opinion leader
 - Osservazione della mobilità dei consumatori nella città e delle variazioni dei luoghi di aggregazione
- Altro (specificare) _____

2. Facendo riferimento alla sua esperienza e in relazione ai suoi utenti, quali sono le principali cause delle overdose da oppiacei? (dare al massimo tre risposte)

- Variazioni della purezza della sostanza
 - Diversa e non nota composizione delle sostanze da taglio
 - Stato di salute compromesso
 - Mutati livelli di tolleranza (es. consumo dopo periodi di astinenza, carcerazione o permanenza in comunità)
 - Intenzionalità del consumatore
 - Insufficiente copertura farmacologica (bassi dosaggi oppioagonisti)
 - Insufficiente accessibilità ai trattamenti con oppioagonisti
 - Policonsumo
- Altro (specificare) _____

3. Facendo riferimento alla sua esperienza, quali sono i fattori predittivi dell'esito positivo di un'overdose? (al massimo tre risposte)

- Tempestività intervento di soccorso
 - Tempestività ed efficienza dell'intervento del 118
 - Disponibilità del naloxone da parte di persone presenti
 - Disponibilità del naloxone da parte del consumatore interessato
 - Conoscenza delle pratiche di primo soccorso da parte dei pari
 - Prossimità a un servizio di bassa soglia/unità di strada
 - Prossimità a una farmacia
 - Prossimità a un servizio di Pronto Soccorso
- Altro (specificare) _____

4. Quali sono le indicazioni operative del suo servizio agli operatori per la gestione degli episodi di overdose? (sono possibili più risposte)

- Richiesta di informazioni alle persone presenti
- Manovre primo soccorso (incluse tecniche Basic Life Support)
- Chiamata al 118
- Somministrazione naloxone intramuscolo/endovena
- Allerta e sensibilizzazione degli altri consumatori
- Attivazione di modalità di collaborazione tra consumatori e servizi in funzione di antenna e monitoraggio
- Altro (specificare) _____

5. Le indicazioni sono state condivise con operatori non sanitari e con operatori pari dell'equipe?

- Sì
- No
- Non so

6. Nel suo servizio chi è autorizzato a somministrare il naloxone in caso di emergenza? (sono possibili più risposte)

- Medici
- Infermieri
- Psicologi
- Educatori prof.li
- Assistenti sociali
- Operatori pari
- Volontari
- Tutti gli operatori presenti sul posto
- Altri operatori (specificare) _____

7. Il servizio nel quale opera distribuisce il naloxone direttamente agli utenti (Take-Home-Naloxone o THN)?

- Sì
- Non più, ma è stato distribuito in passato (vai alla domanda 7.b)
- No, mai (vai alla domanda 7.e)

7.a Se sì, da quale anno viene distribuito? _____ (vai alla domanda 8)

7.b Se non più, in quale periodo è stato distribuito? da anno |_|_|_|_| a anno |_|_|_|_|

7.c Chi ha deciso l'interruzione della distribuzione?

- Regione
- Azienda sanitaria
- Equipe
- Altri soggetti (specificare) _____

7.d Per quali motivi? (sono possibili più risposte)

- Riduzione budget
- Cambio di amministrazione

- Riduzione equipe
- Riduzione del bisogno dell'utenza per cambiamento nei consumi
- Resistenze da parte dei consumatori
- Resistenze da parte degli operatori

Altro (specificare) _____

(vai alla domanda 8)

7.e Se non è mai stato distribuito, per quali motivi *(sono possibili più risposte)*:

- Mancanza di risorse
- Non appropriatezza dell'intervento
- Mancanza di prove di efficacia
- Effetti iatrogeni del farmaco
- Non accettazione da parte degli operatori
- Scarsa presenza di consumatori oppiacei tra gli utenti

Altro (specificare) _____

(saltare alla domanda 14)

8. Ci sono stati ostacoli all'introduzione THN? *(per chi ha risposto alla 7.a e 7.b)*

- Sì
- No

8.a Se sì, di che tipo?

- Mancanza di sostegno a livello regionale
- Mancanza di sostegno a livello aziendale
- Difficoltà di accettazione da parte degli operatori dell'équipe
- Difficoltà di accettazione da parte di operatori sanitari (es medici pronto soccorso)
- Difficoltà con le Forze dell'ordine
- Difficoltà organizzative

Altro (specificare) _____

9. Chi normalmente consegna (o consegnava) il THN? *(sono possibili più risposte)*

- Medici
- Psicologi
- Infermieri
- Educatori prof.li
- Assistenti sociali
- Operatori pari
- Volontari

Altri operatori (specificare) _____

10. A chi viene (o veniva) consegnato o reso accessibile il THN? (sono possibili più risposte)

- Consumatore singolo (*vai alla domanda 10 a*)
- Consumatore leader / riferimento di un gruppo (*vai alla domanda 10 a*)
- Partner
- Familiari
- Amici
- Lasciato accessibile sulla scena del consumo
- Lasciato disponibile in luoghi ed esercizi pubblici

Altri (specificare) _____

10.a Con quale modalità avviene la consegna al consumatore? (sono possibili più risposte)

- Colloqui informativi individuali
- Corsi di formazione sul farmaco e sul pronto intervento
- Insieme a materiale informativo

Altro (specificare) _____

10.b Con quali indicazioni? _____

11. Nel corso del tempo, ci sono stati dei cambiamenti nel numero delle fiale distribuite?

- Sì, una riduzione (*vai alla domanda 11a*)
- Sì, un aumento (*vai alla domanda 11b*)
- No

11.a La riduzione è avvenuta a causa di: (sono possibili più risposte)

- Una diminuzione di utenti consumatori di eroina
- L'afflusso di nuovi utenti meno sensibilizzati e competenti
- Un aumento delle resistenze da parte degli utenti
- Diverso atteggiamento / resistenza degli operatori
- Riduzioni di budget

11.b L'aumento è avvenuto a causa di: (sono possibili più risposte)

- Un aumento di utenti consumatori di eroina
- Una diminuzione delle resistenze da parte degli utenti
- Una accresciuta sensibilità e competenza degli utenti consumatori di eroina
- Una intensificata offerta da parte degli operatori
- Continuità / aumento di budget

12. Nel corso del tempo, ci sono stati dei cambiamenti negli interventi legati alla distribuzione?

- Sì, una intensificazione

- Sì, una riduzione
- No

12.a Se c'è stata un'intensificazione, di quali interventi? *(sono possibili più risposte)*

- Counselling e informazioni individuali
- Distribuzione materiali informativi
- Corsi di formazione di gruppo
- Attivazione opinion leader e pari esperti
- Distribuzione a familiari partner amici
- Distribuzione in luoghi di consumo e altri luoghi pubblici

Altro _____

12. b Se c'è stata una riduzione, di quali interventi? *(sono possibili più risposte)*

- Counselling e informazioni individuali
- Distribuzione materiali informativi
- Corsi di formazione di gruppo
- Attivazione opinion leader e pari esperti
- Distribuzione a familiari partner amici
- Distribuzione in luoghi di consumo e altri luoghi pubblici

Altro _____

13. **Quali sono secondo lei le caratteristiche più utili del farmaco?** *(sono possibili più risposte)*

- È accessibile come farmaco da banco
- acilità di utilizzo
- Assenza di effetti collaterali

Altro (specificare) _____

14. **Quali sono i limiti del farmaco?** *(sono possibili più risposte)*

- La dose consegnata può essere insufficiente
- Rischio di uso di materiale non sterile
- Mancanza di materiale sterile (da parte dei pari) per somministrarlo
- Scatena sindrome di astinenza
- Dopo la prima somministrazione possono ricomparire i segni dell'overdose

Altro (specificare) _____

15. **Quali sono i tre vantaggi principali del THN per il sistema sanitario e sociale?** *(indicare in ordine di importanza, 1 max. importanza - 3 minore importanza)*

- Promozione e sostegno alla solidarietà tra pari
- Disponibilità di una rete capillare informale di pronto intervento

- Coinvolgimento dei familiari
- Incremento della fiducia nel servizio
- Riduzione delle morti da overdose

16. In quale ordine di importanza colloca questi tre vantaggi del THN per il consumatore? (1 max. importanza, 3 minore importanza)

- Aumento della consapevolezza del rischio
- Aumento del senso di autoefficacia nel saper far fronte alla crisi
- Aumento delle competenze pratiche di intervento

17. Quali sono i tre rischi principali del THN? (indicare in ordine di importanza, 1 max. importanza, 3 minore importanza)

- Uso improprio
- Uso contro la volontà del soggetto
- Dose insufficiente rispetto alla sostanza assunta
- Astinenza indotta
- Intensificazione del controllo delle Forze dell'Ordine per i consumatori trovati in possesso del farmaco
- Rischio nuova assunzione e nuova overdose
- so di materiale non sterile
- Aumento dei consumi
- Disincentivazione di comportamenti di prevenzione

Altro: _____

18. Come vengono gestiti rischi del farmaco e del THN? (RISPOSTA APERTA)

-
- Non pertinente, il THN non è mai stato praticato (*salta alla 22*)

19. Secondo lei questo modello di intervento ha accresciuto le competenze e le capacità dei consumatori nel prevenire l'overdose?

- Sì
- No
- Non pertinente, il THN non è mai stato praticato

19a Perché? (specificare) _____

20. Il suo servizio dispone di dati di monitoraggio della distribuzione del naloxone?

- Sì
- No
- Non pertinente, il THN non è mai stato praticato

21. Nel suo servizio sono state condotte ricerche sulle modalità di utilizzo del naloxone da parte degli utenti?

- Sì

- No
- Non pertinente, il THN non è mai stato praticato

22. **Vuole aggiungere commenti o integrazioni?** _____

Dati servizio:

Tipo di servizio:

- Unità di strada
- Drop-in
- Intervento di outreach in setting naturali
- Sert/Serd

Altro _____

Città:

Provincia:

Dati del compilatore:

Età

Genere

Professione:

- Medico (indicare la specialità) _____
- Psicologo
- Infermiere professionale
- Educatore professionale
- Assistente sociale
- Operatore pari
- Altro _____

Ruolo nel servizio: _____

Potrebbe lasciare un contatto mail per eventuali approfondimenti? Email:

Con il sostegno di Foundation Open Society Institute e il contributo di Indivior Italia Srl

Indagine sulla distribuzione del naloxone

Questionario persone che usano sostanze

Questo questionario è lo strumento di indagine che ci permette di conoscere la situazione italiana sulla distribuzione del NARCAN (naloxone).

IL QUESTIONARIO è ANONIMO e i dati verranno raccolti in modo confidenziale.

Ti preghiamo di rispondere a ciascuna domanda con una sola risposta, se non diversamente specificato.

Il questionario è diviso in 5 sezioni:

- Sezione 1: Dati sociodemografici e sull'uso di sostanze stupefacenti. Se nell'ultimo anno non hai fatto uso di un oppiaceo (non prescritto dal medico), rispondi solo alle prime 4 domande.
- Sezione 2: Esperienza overdose personale e di altri, dove potrai rispondere solo alle domande per le quali puoi raccontare la tua esperienza
- Sezione 3: Disponibilità e impiego del naloxone (narcan)
- Sezioni 4 e 5 Riguardano le Informazioni che hai sul narcan.

Per rispondere a tutte le domande ci vogliono circa 15-20minuti.

GRAZIE PER LA TUA PREZIOSA COLLABORAZIONE.

Sezione 1 Dati sociodemografici e sull'uso di sostanze stupefacenti

1. Età (anni compiuti): |__|__|

2. Sesso: M F

3. Provincia di domicilio: _____

4. Hai consumato almeno 10 volte negli ultimi 12 mesi un oppioide (eroina/morfina/opio/metadone/ buprenorfina) NON prescritto da un medico?

SI NO → **GRAZIE IL QUESTIONARIO è TERMINATO.**

4.2 Di solito con quale modalità?

- iniettata
- Fumata/inalata
- Orale
- Sublinguale

5. A che età hai assunto per la prima volta un oppiaceo NON prescritto? |__|__|

6. Nell'ultimo mese hai consumato oppioidi/oppiacei NON prescritti?

NO (se hai risposto "NO", vai domanda 8 di questa pagina) SI

6.1. Se sì quale (prevalentemente o esclusivamente)? _____

6.2. Con quale frequenza?

- <1 volta settimana
- >1 volta settimana
- tutti i giorni
- più volte al giorno

7. L'oppiode/oppiaceo NON prescritto da un medico è la tua sostanza di prima scelta scelta?

SI (se hai risposto "SI", vai domanda 8 sezione 1 di questa pagina)
NO

7.1. Se non è un oppiaceo, qual è la tua sostanza di prima scelta? _____

7.2. Con quale frequenza la assumi ?

- <1 volta settimana
- >1 volta settimana
- tutti i giorni
- più volte al giorno

8. Quali sostanze hai consumato nell'ultimo mese? (più risposte)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Eroina | <input type="checkbox"/> ecstasy/mdma |
| <input type="checkbox"/> Cocaina | <input type="checkbox"/> oppio |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine | <input type="checkbox"/> Ketamina |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Psicofarmaci non prescritti |
| <input type="checkbox"/> alcol | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Isd | |

9. Di solito usi più sostanze nella stessa giornata? SI NO

Sezione 2 Esperienza overdose personale e di altri

1. Hai mai sperimentato un overdose da oppiaceo?

- SI NO (se hai risposto "NO" vai domanda 2 sezione 2, pag. 4)

1.1 Se si quante volte nella tua vita? |__|__|

1.2 Quando è avvenuta l'ultima overdose?

- Meno di 6 mesi fa
 6-12 mesi fa
 Più di 1 anno fa

1.3 In riferimento a quest'ultima, qual è stata, secondo te, la causa principale?

- Ho mischiato più sostanze
 Era tanto che non usavo (uscito da CT, carcere)
 La sostanza era troppo pura e non lo sapevo
 Avevo cambiato fornitore
 Volevo veramente esagerare
 Non so
 altro

1.4 Dove eri?

- A casa mia
 A casa di altri
 In macchina
 All'aperto (parco, piazza...) luogo "in vista"
 All'aperto (luogo appartato/nascosto)
 In un locale pubblico
 Altro _____

1.5 Con chi eri?

- Da solo
 Partner/amico-a
 Conoscenti
 Sconosciuti
 Non ricordo

1.6 Chi è il primo che ti ha soccorso?

- Pari/amici
 passanti
 forze dell'ordine
 operatori 118
 Operatori unità di strada/drop in
 Operatori sert
 Nessuno mi sono ripreso da solo
 Non ricordo

1.7 Hai saputo cosa ha fatto il primo che ti ha soccorso? (più risposte)

- chiamato il 118
 il massaggio cardiaco
 respirazione bocca a bocca
 iniettato il narcan
 mi ha steso su un fianco
 non so

1.8 Dopo aver sperimentato un overdose prendi delle precauzioni?

SI NO (se hai risposto "NO", vai domanda 2 sezione 2, pag. 4)

Se si, quali? (piu risposte)

- Ho sempre il narcan con me
- Non mi faccio mai solo
- Assaggio prima (ne prendo una piccola dose per vedere l'effetto e poi il resto)
- se cambio pusher chiedo sempre ad altri
- non mescolo sostanze
- se è un po' che non uso, ne prendo di meno
- Ho intrapreso o ripreso un trattamento con metadone / buprenorfina
- Altro

1.8.1 In quel periodo eri in trattamento farmacologico sostitutivo (metadone/buprenorfina)? SI NO

2. Hai mai assistito ad un overdose di altri?

SI NO (se hai risposto "NO", vai domanda 1 sezione 3, pag. 5)

2.1 Se si quante volte?

- 1 volta
- 2-3 volte
- più di 3

2.2 Chi è l'ultima persona che hai visto in overdose?

- Partner/familiare
- amico/a
- conoscente
- sconosciuto/a

2.3 Dove è avvenuta?

- A casa mia
- A casa di altri
- In macchina
- All'aperto (parco, piazza...)
- In un locale pubblico
- Altro _____

2.4 Cosa hai fatto tu? Assegna 1 alla prima cosa, 2 alla seconda e così via. Se hai fatto una sola cosa rispondi solo assegnando 1 a quella

Ho chiamato il 118	
il massaggio cardiaco	
respirazione bocca a bocca	
iniettato il narcan	
messo la persona su un fianco	
cercato aiuto di altri	
nulla, non ero in grado di fare niente	

2.5 Quale è stato l'esito?

- La persona si è ripresa alla tua presenza
- La persona si è ripresa solo dopo, all'ospedale
- La persona è deceduta
- Non so/non ricordo

Sezione 3 Disponibilità e impiego del naloxone (narcan)

1. Hai mai avuto delle fiale di narcan con te?

SI

NO

Se no, perché? (più risposte) [dopo che hai risposto salta alla sezione 4, pag. 6]

2. Se sì, come te le procuri di solito?

Distribuito da Unità di strada/ drop in

Distribuito da SerT

Lo compro in farmacia

tramite amici/conoscenti

Non so cosa sia

nessuno me l'ha mai offerto

non saprei come procurarmelo

costa troppo

porta sfortuna

in farmacia non ce l'hanno

meglio chiamare aiuto professionale

nessuno vorrebbe mai che glielo somministrassi

aumenta i problemi quando mi fermano le forze dell'ordine

non so quando usarlo

3. Lo hai mai utilizzato per soccorrere qualcuno?

Si

No (vai domanda 4 di questa pag.)

3.1 Quante volte lo hai utilizzato?

1

2-5

6-10

>10

3.2 L'ultima volta quante fiale ne hai usato? |__|__|

3.2.1 Dove l'hai iniettato?

in vena

in un muscolo

sottopelle

altro

3.2.2 Avevi con te una siringa/ago sterile? SI NO

3.2.3 Se la persona si è ripresa, si è arrabbiata per avere ricevuto un'iniezione di narcan?

SI

NO

NON SO

3.2.4 E' stato chiamato il 118? SI NO NON SO

Se è stato chiamato il 118, come hanno commentato il tuo intervento con il narcan gli operatori del 118?

Mi hanno ringraziato

mi hanno detto che non ero autorizzato

altro _____

4. Hai mai acquistato il narcan in farmacia? SI NO

5. In genere dove lo conservi?

Sempre con me

In macchina

dove di solito consumo

6. Altre persone sono a conoscenza che tu hai del narcan? SI NO

Se sì, chi sono?

Pari/amici

Partner/famigliari

altri

SEZIONE 4 Informazioni sul narcan

1. Hai mai ricevuto delle informazione sull'utilizzo del narcan?

SI NO (se hai risposto "NO", vai domanda 2 di questa pagina)

Se si, da chi?

- Pari
- operatori unità di strada /drop in
- personale SerD
- internet
- altro _____

1.1 Hai mai seguito dei corsi ad hoc o corsi e/o gruppi di supporto tra pari? SI NO

2. Qual è il tuo giudizio complessivo su come viene distribuito il narcan nella tua città?

Pessimo Scarso Buono Ottimo

Sezione 5 Conoscenze

Rispondi alle domande segnando SOLO le risposte che ritieni corrette (ogni domanda può averne più di una)

1. Quali sono i "sintomi" di un overdose da oppiacei?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avere gli occhi iniettati di sangue | <input type="checkbox"/> Russare profondamente e/o produrre gorgoglii |
| <input type="checkbox"/> Avere difficoltà a respirare | <input type="checkbox"/> Avere le pupille a spillo |
| <input type="checkbox"/> Avere le labbra o lingua viola | <input type="checkbox"/> Avere un comportamento agitato |
| <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza | <input type="checkbox"/> Avere il battito cardiaco veloce |
| <input type="checkbox"/> Non rispondere agli stimoli | |
| <input type="checkbox"/> Accasciarsi | |

2. Cosa dovrebbe essere fatto in caso di overdose da oppiacei?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chiamare il 118 | <input type="checkbox"/> Iniettare il narcan |
| <input type="checkbox"/> Stare con la persona fino all'arrivo dell'ambulanza | <input type="checkbox"/> Buttargli/le addosso acqua molto fredda |
| <input type="checkbox"/> Fare un'iniezione con soluzione fisiologica | <input type="checkbox"/> Controllare se respira |
| <input type="checkbox"/> Fare la respirazione bocca a bocca | <input type="checkbox"/> Controllare se ha le vie aeree (naso e bocca) libere |
| <input type="checkbox"/> Dargli/le degli stimolanti (cocaina o caffè) | <input type="checkbox"/> Mettere la persona a dormire in un letto |
| <input type="checkbox"/> Sdraiare la persona su un fianco | |

3. Il narcan è utile per :

- Smettere di usare droghe
- Contrastare overdose da oppiacei
- Contrastare overdose da cocaina
- Contrastare overdose da amfetamine
- Non so

4. Le raccomandazioni sulla somministrazione del narcan prevedono che sia assunto:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Endovena | <input type="checkbox"/> ingerito |
| <input type="checkbox"/> intramuscolo | <input type="checkbox"/> non so |
| <input type="checkbox"/> sottocutaneo | |

5. Il narcan andrebbe iniettato

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nella coscia o nel braccio | <input type="checkbox"/> Va somministrato per bocca |
| <input type="checkbox"/> In una vena | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Nel muscolo cardiaco | |

6. Quanto tempo impiega il narcan per iniziare a fare effetto?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2-5 minuti | <input type="checkbox"/> Fino a 40 minuti |
| <input type="checkbox"/> 5-10 minuti | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Fino a 20 minuti | |

7. Per quanto tempo durano gli effetti del narcan?

- meno di 20 minuti
- da 20 min a 1 ore
- da 2 a 3 ore
- fino a 12 ore
- non so

III. Il gruppo di ricerca.

Franca Beccaria: sociologa e dottore di ricerca in Alcologia, ha fondato Eclectica, istituto di ricerca di Torino, nel 1997. Insegna Sociologia della Salute alla Facoltà di Medicina dell'Università di Torino e al master internazionale EMDAS – *European Master on Drugs and Alcohol Studies* - dell'Università del Piemonte Orientale, è membro del Laboratorio Scientifico dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Ha pubblicato numerosi articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali, l'ultimo libro a sua cura è *Alcol e generazioni*, pubblicato da Carocci nel 2010, e nel 2013 con Giunti Editore ha pubblicato *Alcol e giovani. Riflettere prima dell'uso*.

Antonella Camposeragna: psicologa, ricercatrice sociale, lavora nell'ambito della ricerca e dell'implementazione degli interventi di riduzione del danno da oltre 20 anni. Nel 1994 ha partecipato al primo programma di riduzione del danno, a Roma, misurato con indicatori di efficacia. Da allora ha condotto ricerche sia nazionali che internazionali volte a descrivere gli interventi di RdD condotti sia a livello locale che nazionale, monitorarne i processi e gli esiti.

Angelo Giglio: medico di formazione psichiatrica, opera nel campo delle dipendenze patologiche dal 1983. Dal 2000 responsabile degli interventi di outreach a Torino, dal 2002 dirige il SerD di via Ghedini 6 - Dipartimento di Patologia delle Dipendenze "C. Olievenstein" della ASL ex TO2. Ha avviato interventi di RdD mediante la creazione del Progetto Itinerante per Tossicodipendenti Attivi "CAN GO" attivo dal 1995. Nel 2009 crea il Progetto Itinerante Notturmo "PIN", a Torino, un intervento di Limitazione dei Rischi teso a ridurre i rischi correlati al consumo di alcol e altre sostanze illegali nei luoghi del 'losir' cittadino.

Paolo Jarre: medico di formazione internistica, psicoterapeuta, lavora nell'ambito delle diverse forme di addiction dal 1983. Dirige dal 2001 il Dipartimento dell'ASL TO3 in Piemonte. Da oltre 20 anni dedica una parte del proprio lavoro allo studio, all'attivazione e alla gestione di interventi di riduzione del danno nei disturbi da uso di sostanze. Ha avviato con i propri collaboratori un'Unità di Strada nel 1996, un'Unità di Sopravvivenza notturna nel 2002, un Drop In nel 2007, un programma residenziale a bassa soglia nel 2013. Ha coordinato il gruppo regionale Riduzione del danno presso l'Assessorato alla sanità della regione Piemonte dal 2006 al 2009.

Sara Rolando: dottore di ricerca in sociologia, lavora in Eclectica (Torino) dal 2007 come ricercatrice nell'ambito di progetti nazionali e internazionali su stili di vita e comportamenti a rischio, in particolare quelli additivi (alcol, droghe, gambling). E' esperta in metodi di ricerca qualitativi.

Susanna Ronconi: esperta in ricerca qualitativa, formatrice e supervisore nel campo delle tossicodipendenze, della riduzione del danno, delle marginalità urbane e del carcere, ha lavorato in passato come coordinatrice di interventi di outreach mirati a consumatori di droghe e sex workers.

Ha promosso con altri ITARDD, Rete italiana Riduzione del Danno ed è membro di Forum Droghe, per cui è delegata italiana al Civil Society Forum on Drugs di Bruxelles. Tra le ultime pubblicazioni: *Non solo molecole. Evidenze biografiche e stereotipi chimici*, in G.Zuffa (a cura

di), Cocaina. Il consumo controllato, ed Gruppo Abele, 2010; *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*, Ediesse 2014 (con G.Zuffa); *La salute disuguale*, in (a cura di) Società Informazione, Rapporto sui Diritti Globali 2016, Ed Ediesse

Stefano Vecchio: psichiatra, direttore del Dipartimento Dipendenze ASL NA 1 Centro. Particolarmente impegnato in iniziative pubbliche, meeting, seminari, ricerche, campagne della società civile a favore della riduzione del danno, ha contribuito a istituire nella città di Napoli le strutture intermedie e servizi innovativi quali unità di strada, equipe dei contesti del divertimento, drop in, il Progetto MamaCoca, ottenendo il loro riconoscimento istituzionale e pari dignità con gli altri servizi. Il Dipartimento da lui diretto è culturalmente orientato alla riduzione del danno nella logica dell'autoregolazione dei consumi. Tra le sue pubblicazioni: voce " *Guarigione/Remissione*" in Atlante delle Dipendenze, ed. G. Abele, Torino, 2014; *Verso un cambio di rotta nelle politiche dei Servizi per le Dipendenze in Italia*, "Salute e Territorio", Pacini editore, Pisa, 2014; *Verso un sistema flessibile, nomade e meticcio dei servizi per i consumatori di sostanze psicoattive*, Medicina delle Dipendenze, vol. 5, n. 19, Cagliari, 2015; *I servizi per le dipendenze e il consumo di droghe* in " Lo stato della città" ed Monitor, Napoli, 2016

Grazia Zuffa: psicologa, lavora prevalentemente nel campo dei consumi di droghe e delle dipendenze. È stata docente di Psicologia delle dipendenze all'Università di Firenze, Dipartimento di Psicologia (2000-2006). Attualmente dirige il settore ricerca di Forum Droghe, il campo di ricerca più recente è quello sui pattern di consumo nei setting naturali. Dal 1987 al 1994 è stata senatrice al Parlamento italiano, in questo ruolo si è occupata soprattutto di questioni di genere, salute riproduttiva e diritti delle persone detenute. È stata membro del Comitato scientifico e della Consulta nazionale su droghe e dipendenze, oggi è membro della Comitato nazionale di bioetica. Tra le più recenti pubblicazioni: *Cocaina, il consumo controllato* (2010, Ed. Gruppo Abele); "Cocaine, towards a self regulation model. New developments in Harm Reduction", in *TransNational Institute-Series on Legislative Reform of Drug policies*, nr. 24, February 2014 (pp.1-12); con Meringolo P, Petrini F, (2014), "Cocaine users and self regulation mechanisms", in *Drugs and Alcohol Today* (Emerald), vol.14, issue 4, pp.194-206, (ISSN: 1745-9265).

forum droghe

In collaborazione con



A.S.L. ex T02
Azienda Sanitaria Locale
Torino



A.S.L. T03
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

