Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

A cura di Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) e Forum Droghe

Sommario

1. La Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), quarto "pilastro" delle politiche pubbliche... 2

1.1 Italia. Panoramica di una pratica ventennale 2

1.2 Il contesto europeo. Una cornice per lo sviluppo della RdD/LdR in Italia 4

2. I servizi di RdD e LdR in Italia 9

2.1 Materiali e metodi della rilevazione 9

2.2 Risultati della rilevazione quantitativa 10

2.3 Risultati della rilevazione qualitativa 16

3. Aree critiche e possibili sviluppi della RdD/LdR 22

3.1 Lo sviluppo della RdD / LdR in Italia in una cornice europea: una road map 24

1. La Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), quarto "pilastro" delle politiche pubbliche

1.1 Italia. Panoramica di una pratica ventennale

La RdD/LdR in Italia, si pratica, si implementa, si innova, si studia e si teorizza, sin dalla fine degli anni 80 e primi anni '90, pur con tutti i limiti (di sperimentalità continua, mancanza di continuità dei fondi, non stabilizzazione di sistema ecc.) emersi anche nella rilevazione presentata in questa Relazione. Si può dire soprattutto per alcuni territori e dopo almeno 25 anni di operatività, che è una pratica ormai consolidata e validata di intervento che si basa su approcci di prossimità per i consumi problematici, per i bisogni del mondo dei consumatori ed al confronto continuo con i vari modelli di consumo, storicamente esistenti in Italia sin dagli anni 70/80 e su cui si sono innestate pratiche e strumenti sociosanitari ad alta evidenza sanitaria, soprattutto rispetto ai temi della diffusione delle varie patologie correlate ed ai fenomeni di overdose, in quegli anni soprattutto, estremamente preoccupanti. E' quindi necessario oggi un salto di qualità in termini di indirizzo di politiche pubbliche, soprattutto se si vuole seguire la chiara indicazione europea: "*In Europa in generale aumentare una più vasta copertura dei servizi di RdD è* ***una priorità****, obiettivo per cui risultano fattori chiave determinanti efficaci sistemi sanitari, coinvolgimento della società civile e un sostegno certo da parte della politica*[1]. Ed è anche necessario garantire una uniformità delle prestazioni di riduzione del danno (come previsto dai nuovi LEA), superando le differenze e le disparità fra Regione e Regione soprattutto alla luce dell'ampia e capillare diffusione su tutto il territorio nazionale, dei fenomeni di abuso e consumo problematico, nonché dipendenza, di sostanze stupefacenti sempre più diverse e con effetti e problematiche complesse.

Ricostruendo la storia della RdD/LdR italiana, come sopra accennato, si deve risalire soprattutto al periodo tra il 1990 e il 2000, quando nel confronto e stimolo con le più moderne e innovative sperimentazioni europee (Liverpool, Amsterdam ecc.) gli interventi di RdD/LdR nelle loro prime esplicite programmazioni italiane, si svilupparono prioritariamente a partire da una diffusione del consumo, abuso e dipendenza da eroina, ormai endemica. Un fenomeno che aveva un coinvolgimento presunto di almeno 300/400 mila persone di cui non più del 15% agganciati dai servizi (dati indicativi 1993) e su cui si innestavano in quel periodo i due allarmanti fenomeni della devastante diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori iniettivi e delle crescenti morti per overdose da oppiacei. Alla luce degli evidenti risultati positivi e dell'efficacia di tale approccio e delle sperimentazioni sempre più diffuse, si sviluppò in quegli anni un forte movimento tecnico politico molto positivo verso il suo sviluppo ulteriore, ma anche una critica piuttosto aspra con posizionamenti fortemente ideologizzati da parte di una componente del sistema di cura, soprattutto da parte del privato sociale e del mondo di alcune reti comunitarie. Tale dibattito, pur nella sua durezza, trovò momenti importanti di sintesi concreta e positiva e di rilancio nelle Conferenze Nazionali sulle droghe previste ogni 3 anni dalla legge 309 del 90, tenutesi in quella fase[2], e grazie allo spazio creatosi nel confronto pragmatico tra i diversi attori del sistema di intervento e della società civile, coinvolti in quelle sedi. Tale lavoro prese forma istituzionale nel 2000 nelle *Linee guida in materia di Riduzione del Danno*[3], elaborate da un Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute con la partecipazione di molti soggetti, del

[1] EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction; EMCDDA, Annual Reports, http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?f[0]=field_series_type:404,

[2] In particolare le Conferenze nazionali tenute a Palermo (1993), Napoli (1997) e Genova (2000)

[3] Ministero della Sanità (2000) Linee guida sulla riduzione del danno

pubblico e del privato sociale, che la RdD/LdR stavano elaborando, implementando e studiando. Le linee guida del 2000 contenevano un testo molto dettagliato e già coerente con i più avanzati indirizzi europei di allora, potenziale base per una omogenea politica nazionale ed anche per una chiara definizione e selezione di servizi e prestazioni possibili. Questo processo di implementazione e sviluppo venne invece, negli anni subito successivi, interrotto e contrastato da scelte di indirizzo sanitario nazionale diverse, che non tennero più conto delle evidenze scientifiche emerse dalle sperimentazioni in atto, ma lasciate sempre più, dove esistenti, alla responsabilità e scelta di singole regioni, enti locali o servizi pubblici e del privato sociale sensibili che ne garantirono, in molti contesti, il continuo e lo sviluppo con indubbi ed innegabili risultati.

Di nuovo, nel 2008, un Gruppo Tecnico presso il Ministero della Salute ha messo mano alle Linee guida del 2000 nell'intento di aggiornarle ai nuovi scenari del consumo. Un anno dopo, nel 2009, una sede istituzionalmente competente e preposta come il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni, a partire da una bozza proposta dal Dipartimento Nazionale Antidroga e con il coinvolgimento delle associazioni non governative più rappresentative, concorda sulla necessità di rielaborare nuove linee guida nazionali sulla RdD/LdR e si esprime a favore dell'attivazione di un processo in questa direzione, finalizzato alla inclusione degli interventi e servizi di RdD/LdR nei (futuri) LEA e ad una loro adeguata definizione che ebbe però ancora rallentamenti, proprio sui limiti, di contenuto e di processo, della proposta stessa del DPA, e ulteriori revisioni negli anni successivi .

Dal 2014 la situazione è nuovamente in movimento, sia per il mai cessato svilupparsi di progettazioni, servizi ed interventi su tutto il territorio nazionale (sono almeno 150 le progettazioni attive in Italia in questi anni) con rimodulazioni e nuove esperienze, sperimentazioni locali e studi, attività di *advocacy* di operatori, associazioni, consumatori e società civile, sia per scelta, negli ultimi anni, di sempre maggiore coinvolgimento della società civile da parte dell'attuale Dipartimento Nazionale Antidroga. Tale movimento tecnico politico continuativo, insieme all'importante diffuso lavoro territoriale scientificamente validato, ha portato alla costruzione di un nuovo quadro disegnato dal DPCM del febbraio 2016 sul piano salute relativo all'aggiornamento dei LEA, che finalmente include i servizi di RDD[4], pur in una formulazione generica in attesa di adeguata articolazione e copertura. Tuttavia, in tale atto, si riconosce alla RdD/LdR la posizione di quarto "pilastro" delle politiche socio sanitarie sulle droghe e le dipendenze con pari dignità insieme a prevenzione e trattamento e riduzione dell'offerta, e promuovendo l'approfondimento delle conoscenze di base per le decisioni in ambito politico, in termini di ricerca, prassi, monitoraggio e valutazione. L'accesso e la diffusione di corrette conoscenze circa gli interventi di Riduzione del danno realizzati in Italia e non solo, è indispensabile per evitare che si instauri un circolo vizioso in cui la mancanza, la inadeguatezza e/o la non accessibilità di queste conoscenze fa sì che non si avviino i relativi sistemi di valutazione e, in assenza di sistemi di valutazione, le politiche non siano sufficientemente incentivate. Assumere la riduzione del danno come priorità vuol dunque dire avviare un efficace sistema di monitoraggio e rilevazione dati e di valorizzazione del lavoro pluriennale realizzato: in questo quadro, la Relazione al Parlamento riveste un ruolo chiave, se la sua mission è di facilitare e sostenere scelte di politiche pubbliche basate sull'evidenza.

Oltre alle ragioni legate allo specifico contesto nazionale, poi, va sottolineato come anche a livello globale esista una crescente attenzione alle politiche di RdD/LdR, correlata alla maggiore attenzione per un diverso bilanciamento tra pilastro penale e pilastri socio-sanitari nella strategia di governo del fenomeno dei consumi, come è emerso anche nel dibattito internazionale svoltosi ad UNGASS 2016. E, non ultimo, va poi considerato che la ricerca di più efficaci approcci e strategie di "governo sociale" dei consumi (che implica

[4] Articolo 28, punto k

anche uno sviluppo e un adeguamento del sistema sociosanitario) è la sfida che si sta giocando e la partita che sempre più si giocherà, se si considerano le caratteristiche dei nuovi trend di consumo[5] .

In questa prospettiva, l'approccio di RdD/LdR da ormai molti anni si sta dimostrando capace di limitare rischi e danni, "abbassando la temperatura"[6] del termometro del rischio verso stili di consumo maggiormente sostenibili da singoli e collettività; di coniugare bisogni ed interessi dei consumatori e della comunità sociale, evitando di creare contrapposizioni fittizie basate su "etichettamenti" (criminalizzanti o patologizzanti), privilegiando al contrario il pragmatismo di cambiamenti praticabili, la centralità delle persone coinvolte e le loro strategie e competenze di regolazione del consumo, l'approccio di comunità e la valorizzazione positiva del ruolo del contesto sociale come fattore di limitazione e riduzione di danni e rischi. Tale approccio si coniuga sempre di più con uno sviluppo complessivo e moderno di un sistema di intervento integrato tra prevenzione, RdD e LdR, presa in carico precoce, cura e trattamento, reinserimento.

In questa prospettiva strategica, la RdD/LdR , sia come sistema di servizi ed interventi mirati che, a monte, come approccio di politiche pubbliche capace di lavorare sulla complessità del fenomeno e di attivare dispositivi di regolazione sociale, ha espresso una ormai consolidata efficacia nel fronteggiare le sfide del presente.

Si tratta dunque di adottare pienamente l'approccio europeo della RdD/LdR come " pilastro" delle politiche su droghe e dipendenze, innescando finalmente un processo virtuoso in cui a monte si sviluppi la ricerca sui modelli di consumo, orientata a leggere e comprendere tempestivamente i trend dei pattern d'uso e relativi rischi e danni correlati, da cui rilevare i bisogni di intervento; e a valle si disegni un sistema coerente, a regime, di interventi, nonché di monitoraggio e valutazione delle prestazioni.

In altre parole, il primo impegno è *di costruire quel sistema di ricerca, monitoraggio e valutazione di cui la politica ha necessità per adottare scelte di indirizzo basate insieme sull'evidenza scientifica e sul rispetto dei diritti fondamentali delle persone a cominciare da quello alla salute* (politiche *evidence and human rights based*, come recitano le più avanzate linee guida internazionali[7]).

1.2 Il contesto europeo. Una cornice per lo sviluppo della RdD/LdR in Italia

A livello comunitario, la RdD/LdR si afferma come "quarto pilastro" delle politiche europee su droghe e dipendenze in maniera progressiva, lungo tutti gli anni '90, arrivando infine nel 2000 a una definizione e a una inclusione formale nelle politiche pubbliche comunitarie.

[5] J.P. Grund e altri The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction e A.Fletche e altri, Young people, recreational drug use and harm reduction, in EMCDDA (2010), cit; EMCDDA (2015) New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances;
vedi i Report annuali EMCDDA, http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016

[6] cfr. A.Marlatt (1997).

[7] The Beckley Foundation (2009), Recalibrating the regime, The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/beckley0308exec.pdf; HRI-Harm Reduction International (2011), The UN Human Rights System and Harm Reduction Advocacy, https://www.hri.global/files/2014/08/06/IHRA_Training_Pack_Final.pdf; J. Ife (2012) Human Rights and Social Work: Towards Rights-Based Practice, Cambridge University Press

Come noto, la RdD/LdR ha una triplice nascita che conviene brevemente ricordare, perché efficacemente rivela quelle valenze e potenzialità che saranno poi riconosciute e "messe al lavoro" nella strategia europea[8]:

- fine anni '70, primi '80: la RdD nasce dai consumatori, quando si organizzano – soprattutto in Nord Europa - per rivendicare libero accesso a materiale sterile di iniezione (allora si trattava di epatite B, l'HIV sarebbe arrivato a ridisegnare drammaticamente lo scenario di lì a breve); dalla fine degli anni '80 entra sulla scena dell'*advocacy* e delle pratiche di RdD/LdR il movimento delle persone con HIV/AIDS

- seconda metà degli anni '80 e poi lungo tutti gli anni '90: in Europa, la RdD nasce dagli operatori delle dipendenze e dagli ambiti politico-amministrativi della Salute Pubblica di alcune regioni e paesi europei[9], che di fronte alla duplice crisi dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva, in primis, ma anche delle morti per overdose da oppiacei, riscrivono la gerarchia degli obiettivi e coerentemente l'architettura dei servizi, mettendo in primo piano il diritto alla salute, individuale e pubblica, e rinunciando a sottoporlo a quel primato dell'astinenza fino ad allora considerato obiettivo strategico e "unico" delle politiche sulle droghe. Secondo questa riscrittura di approccio e obiettivi, la RdD/LdR persegue i suoi obiettivi a prescindere da un obiettivo prioritario di astinenza, che può emergere nel *continuum* che connota le traiettorie di vita e consumo delle persone che usano sostanze, ma non viene necessariamente posto come obiettivo cui ancorare prassi e obiettivi della RdD/LdR.

- primi anni '90 e durante tutto il decennio: una vasta rete di città europee, grandi e medie, che si misuravano con fenomeni droga correlati a livello di salute individuale e pubblica, micro e macro criminalità, convivenza sociale e più in generale politiche del governo della città e costi sociali correlati, ridisegnano le loro strategie di governo[10]. Queste città, non raramente in dissenso con le politiche più inerziali dei governi nazionali, adottano l'approccio di RdD/LdR come politica non solo sanitaria ma anche sociale, utile a contenere e minimizzare rischi e danni sia per i consumatori che per la collettività, ai tre livelli, sanitario, sociale ed economico. È qui, in questo approccio integrato e complessivo, soprattutto, che si evidenza il potenziale della RdD/LdR come approccio utile per il governo generale di un fenomeno complesso.

Tutti e tre questi attori e i loro percorsi hanno dato un contributo fondamentale a ciò che oggi è il "quarto pilastro" della politica europea: hanno da un lato sperimentato e costruito un sistema di politiche sociosanitarie e di interventi capace di limitare rischi e danni la cui evidenza di efficacia oggi fonda le linee guida europee; dall'altro lato, hanno fatto emergere come un fattore cruciale di ulteriore rischio e di danno proprio l'impatto delle politiche stesse, dimostrando come una coerente cornice di politiche pubbliche sia una premessa (e una responsabilità) intrinseca e cruciale per il raggiungimento di obiettivi di salute e qualità della vita.

---

[8] Per un approfondimento della storia della RdD/LdR: P. O'Hare (a cura di) (1992) La riduzione de danno, Edizioni Gruppo Abele; R. Newcomb (1992), La riduzione del danno correlato all'uso di droghe. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca, in Pat O'Hare (a cura di) (1992), cit.; P.Cohen, Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use, International journal of drug policy, n.10/1999; EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction; E.Nadelmann, P. Cohen, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996) La prospettiva del controllo della droga nella riduzione del danno: progressi internazionali, Quaderni di Fuoriluogo, n 2/1996; tra i contributi italiani, P. Meringolo e G. Zuffa (2001) Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli

[9] P. O'Hare (a cura di) (1992) cit.

[10] Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) cit.; M.Brandoli, S. Ronconi (2007), Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare, Franco Angeli

Questa assunzione di responsabilità politica arriverà, a livello comunitario, tra il 2000 e il 2003, come una svolta ormai saldamente radicata nell'evidenza e come ridisegno di una cornice comunitaria che – se come noto non ha poteri vincolanti sulle scelte nazionali – ha tuttavia chiari caratteri di indirizzo.

Queste scelte si esprimono dall'inizio degli anni 2000 ai diversi livelli e competenze comunitari:

- della Commissione Europea, con la Strategia Europea e il Piano d'Azione Europeo 2000-2004, in cui la RdD/LdR viene esplicitata come un approccio e un'area d'intervento specifici e vengono indicati obiettivi di riduzione delle morti droga correlate e delle infezioni da HIV; e da lì così sarà, mutando via via gli obiettivi specifici, nelle Strategie e Piani d'azioni seguenti[11]
- del Consiglio dell'Unione Europea, che nel 2003 adotta una Raccomandazione agli Stati membri perché adottino misure di RdD/LdR, arrivando ad indicare un elenco di misure necessarie e definendole costitutive di un'azione di salute pubblica[12];
- dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA), sul piano scientifico preposto a monitorare interventi e politiche, che nel 2000 produce il primo dei suoi studi di monitoraggio e valutazione sugli interventi di RdD/LdR mirati a contenere la diffusione dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva[13], mettendo anche a sistema i molti studi nazionali e locali che già in Europa si erano prodotti a partire dalla fine degli anni '80 e dando alla politica comunitaria una solida base per i processi decisionali.

Definizioni e obiettivi della RdD/LdR nel quadro delle politiche europee

Da allora, la RdD/LdR *si configura come parte integrante della risposta politica* mainstreaming *al consumo di droghe in Europa e come espressione dell'approccio* mainstreaming *di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d'azione europei, e inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri*[14]

Nella più recente Strategia Europea sulle droghe (2013-2020), che gli Stati membri sono chiamati ad attuare, si conferma che uno dei cinque obiettivi –chiave è *la riduzione misurabile di danni e rischi sociali e sanitari droga correlati*[15]

La definizione di RdD/LdR, internazionalmente adottata, come insieme di *politiche, programmi ed interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe legali e illegali sul piano della salute, sociale ed economico per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della salute pubblica e dei diritti umani*[16]*,* è andata arricchendosi nel quadro del dibattito politico e scientifico europeo di nuovi concetti e definizioni significativi per la messa a punto di politiche adeguate.

In sintesi, alcuni dei **concetti chiave** adottati dall'Europa:

- come detto sopra, la RdD/LdR si iscrive nell'approccio di salute pubblica e promozione della salute, e ne adotta i presupposti. In questo ambito, si sottolinea con le parole dell'EMCDDA come essa sia *parte di un*

[11] Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020), http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229(01) ; Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2013-2016), http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3A231004_1

[12] Consiglio d'Europa (203), Raccomandazione, del 18 giugno 2003, sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32003H0488

[13] per una mappa degli studi dell'EMCDDA, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5777EN.html

[14] T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

[15] Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020), cit

[16] EMCDDA (2010) cit; IHRA - International Harm Reduction Association (2009), What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, International Harm Reduction Association, London

approccio bilanciato, elemento integrante di una strategia complessa che include prevenzione, trattamento, riabilitazione sociale e lotta al traffico. Questa integrazione offre un sostegno decisivo all'approccio pragmatico e basato sull'evidenza che le politiche europee sulla droga hanno deciso di adottare[17]. È questo approccio, adottato dalla Strategia comunitaria a fondare il posizionamento della RdD/LdR come "quarto pilastro" integrante le politiche comunitarie, e non meramente come un ristretto insieme di interventi limitato a contenere alcune patologie correlate

- non solo la politica europea individua la necessità di un approccio integrato, ma anche l'EMCDDA sotto il profilo scientifico individua e posiziona la RdD/LdR in un *continuum* di interventi in cui limitazione dei rischi, riduzione del danno e trattamento intervengono con flessibilità, coerentemente con il *continuum* delle traiettorie di consumo delle persone che usano sostanze: traiettorie notoriamente oscillanti, in cui si alternano nella storia del singolo consumatore problematico pattern diversi d'uso, in una gamma di comportamenti tra consumo intensivo, moderato, astinenza lontani dalla linearità e dicotomia suggerita dal modello esclusivo astinenza-dipendenza[18].

- anche la ormai pluridecennale attività di monitoraggio e valutazione degli interventi di RdD/LdR, ha portato a introdurre, sotto il profilo dei modelli operativi, l'accezione di RdD/LdR come *combination intervention;* si sostiene cioè la necessità sia di un sistema "intra", integrato tra diversi interventi di RdD/LdR, in cui l'uno è funzione e valorizzazione dell'altro verso una maggior efficacia (e questo comporta che spesso introdurre un intervento e non anche un altro depotenzia l'efficacia complessiva); sia una flessibile modalità "inter", di connessione tra ambito RdD/LdR e ambito trattamento (e questo comporta che nella reciproca specificità di obiettivi e ambiti pure si esercitino reciproche influenze, come ben testimoniano i cambiamenti avvenuti nella variabilità della gestione delle terapie metadoniche, nel loro largo utilizzo in una prospettiva anche di riduzione del danno, nell'acquisizione di un approccio *client oriented* versus una finalizzazione esclusiva *abstinence oriented*); sia, infine ma non ultimo, con le politiche che dovrebbero integrare e sostenere e non contrastare gli obiettivi di salute pubblica.

Un esempio: *Nella riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze per via iniettiva, l'approccio* combination intervention *consente in molti paesi di basarsi su programmi integrati di scambia siringhe, su terapie metadoniche, sull'offerta di counselling, sui servizi predisposti dalle stanze del consumo, sull'educazione tra pari, sull'intervento di strada e su politiche pubbliche mirate a tutelare le popolazioni più a rischio*[19] . A questo proposito, nota l'EMCDDA come appaia evidente che intendere la RdD/LdR come un combination intervention non è *solo una questione di pragmatismo o di necessità, ma anche una scelta basata sull'evidenza e sull'efficacia dei risultati* [20]

- la RdD/LdR proprio nelle sue caratteristiche di politica "proattiva" e di salute pubblica, evidenzia la rilevanza del contesto sociale in cui politiche e interventi si attuano: una caratteristica costitutiva delle politiche di salute pubblica è infatti *costruire contesti sociali 'abilitanti' la promozione della salute.* Questo riguarda anche le scelte politiche che del contesto fanno parte, e che la RdD/LdR non può pertanto ignorare in quanto fattore influente: *il continuum cui si è accennato, per esempio tra RdD/LdR e trattamento, arriva a toccare anche la riforma delle politiche e la rimozione delle barriere strutturali che ostacolano il diritto di tutti alla salute. Se le politiche pubbliche e le leggi creano danno, allora anche queste ricadono nell'ambito di*

---

17 W. Götz in EMCDDA 2010, cit

18 Per una bibliografia internazionale sui pattern e le traiettorie d'uso e le modalità di controllo / regolazione del consumo vedi in TNI-Forum Droghe-Università di Firenze, NADPI-New Approaches in Drug Policy & Interventions , Scientific Repertoire "From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs, http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/nadpi-new-approaches-in-drug-policy-interventions/

19 WHO (2009), HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

20 T. Rhodes and D. Hedrich (2010), cit

intervento della RdD/LdR. Gli interventi di salute pubblica, nel rimuovere le barriere di contesto che ostacolano la riduzione di rischi e danni, costruiscono una protezione ambientale contro la vulnerabilità [21]

Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell'EMCDDA.

Per svolgere i suoi compiti istituzionali EMCDDA richiede a tutti paesi europei, attraverso i National *Focal Point* i dati necessari per compiere il monitoraggio al fine di facilitare processi di cambiamento e innovazione a livello nazionale, attraverso l'offerta di una sponda scientifica e metodologica.

Del modello EMCDDA si evidenzia:

- l'approccio sopra descritto, che colloca la RdD/LdR come pilastro fondante le politiche comunitarie, è pertanto letto e analizzato ***sia come politica, che come insieme di programmi e come interventi specifici***

- essendo il focus la limitazione sia dei rischi che dei danni, sia in materia di salute che sul piano sociale, una crescente attenzione è data alla ***ricerca sui pattern d'uso*** e gli stili di consumo, oltre la più diffusa e comunque necessaria raccolta di dati epidemiologici. Un robusto background di conoscenze sui pattern d'uso e sulle traiettorie di consumo, tempestivamente aggiornate, consente infatti di individuare rischi e danni nella loro concreta dinamica e contestualità, nonché i fattori individuali e di contesto che li influenzano, con ciò offrendo le basi per individuare le misure adeguate. In questo, l'EMCDDA procede non solo evidenziando questa priorità nei suoi Report periodici, ma anche -e non secondariamente- includendo, valorizzando e integrando nel suo repertorio contributi alla ricerca, condotti a livello nazionale da realtà diverse, istituzionali e del mondo associativo, secondo approcci interdisciplinari e sguardi plurali. In questo processo verso una ricerca focalizzata e spendibile, è compresa la prassi di audizioni e gruppi di lavoro che includono esperti nazionali e internazionali, ricercatori indipendenti, operatori del settore, ONG e persone che usano sostanze (in Italia questa pratica è ancora piuttosto episodica e non ancora istituzionalizzata).

- in accordo con la conoscenza dei mutevoli scenari del consumo di sostanze, con il moltiplicarsi/differenziarsi degli obiettivi delle politiche comunitarie e con gli approcci del *continuum* tra "pilastri" delle politiche e del *combination intervention*, nel tempo è andato ampliandosi il ventaglio di interventi/servizi che l'EMCDDA ha incluso nella RdD/LdR, monitorandoli e valutandoli e definendone le peculiari caratteristiche-base. Gli interventi citati (attraverso cui la RdD/LdR può avere importanti influenze, se integrata con gli altri pilastri) sono:

- ✓ Interventi di strada / nei setting naturali (*Outreach interventions*)[22]
- ✓ Programmi di scambio siringhe (*Needle Syringe Programs* NSP)[23]
- ✓ Programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (*Opioid Substitution Treatme*nts OST)[24]
- ✓ Stanze del consumo (*Drug Consumption Room* DCR)[25]

---

[21] ibidem

[22] EMCDDA (1999) Describing outreach work in the European Union, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html EMCDDA (2001) Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for outreach pra titioners, in http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances , http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses

[23] T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit
EMCDDA- ECDC (2011), Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines ; WHO - World Health Organization, Department of HIV/AIDS (2007), Guide to starting and managing needle and syringe programmes, http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/

[24] T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit

[25] EMCDDA (2004) Report on drug consumption rooms http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html

- ✓ Analisi delle sostanze nei setting naturali (*Pill testing / Drug checking prog*rams)[26]
- ✓ Interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario[27]
- ✓ Programmi di distribuzione del naloxone (*Take Home Naloxone* THN)[28]

2. I servizi di RdD e LdR in Italia

(rilevazione a cura di CNCA)

In questo capitolo sono presentati i risultati della rilevazione compiuta dal CNCA sullo stato dell'arte dei servizi presenti in Italia al 31/12/2015.

2.1 Materiali e metodi della rilevazione

La rilevazione compiuta dal CNCA anche lo scorso anno, con la collaborazione del Coordinamento delle Regioni (cfr. Relazione Annuale 2015), aveva stimato che fossero attivi 189 i servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi presenti in Italia al 31/12/2014. Tuttavia, al sistema informativo approntato dal CNCA, avevano risposto 115 servizi, dei quali si hanno le informazioni certe di contatto (nominativo referente, telefono, email).

A questo indirizzario, costituito da 115 servizi, è pertanto stata inviata anche quest'anno, la richiesta di rispondere nuovamente al sistema informativo e, utilizzando ancora la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale (Forum Droghe, Itardd, e altre reti) ha invitato questi 115 servizi a diffondere e confermare la raccolta dei dati mediante un breve scheda on line. In sintesi, partendo dall'indirizzario, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line e a sua volta invitare altri organismi, da questo conosciuti, a rispondere.

I servizi oggetto di indagine sono stati categorizzati in questa prima fase secondo le seguenti caratteristiche operative:

Unità mobile di Riduzione del Danno (UM RdD): unità mobile, anche con ausilio di veicolo, che in maniera attiva contattata consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo e di vita quotidiana (la piazza, la scena dello spaccio, i luoghi di aggregazione) svolgendo attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool), mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, naloxone, profilattici …) e/o materiale di screening, nonché offerta di informazione e counselling

Unita Mobile di Limitazione dei Rischi (UM LrD): unità mobile che contatta in maniera attiva giovani e giovani adulti consumatori di sostanze ed interviene prioritariamente in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali pubblici), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counselling ed

---

EMCDDA (2016) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs) http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms

[26] EMCDDA (2001) An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html ; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances , http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses

[27] T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit

EMCDDA (2012) Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison; EMCDDA (2003), Treating drug users in prison — a critical area for health-promotion and crime-reduction policy, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html

[28] EMCDDA (2016) Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone , http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone

informazioni sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e materiale di riduzione del danno (kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, siringhe, naloxone), nonché attraverso azioni mirate a mettere in sicurezza i contesti d'uso .

Drop in (DI): centri diurni a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici …) e/o materiale di screening, nonché di sostegno sociale e risposta a bisogni primari (docce, cambio abito, orientamento ai servizi sociosanitari, primi strumenti di sussistenza)

ALTRO: Attività non esclusive e specifiche di riduzione del danno e/o di limitazione dei rischi ma che prevedono anche attività di riduzione del danno (ad es: attività ambulatoriali o mobili di somministrazione di farmaci sostitutivi con finalità prioritaria di RdD, counselling per favorire consapevolezza e autoregolazione nell'uso controllato di sostanze, dormitori che svolgono mansioni specifiche mirate a persone che usano sostanze, primi interventi in ambito carcerario etc.)

Le informazioni richieste riguardano la tipologia di servizio, la data di attivazione, la titolarità dell'ente, chi gestisce il servizio, le fonti di finanziamento, le prestazioni erogate e il loro volume, la popolazione contattata in termini di volume di utenza (contatti) e numero di individui, per genere e classi di età.

In aggiunta, quest'anno la rilevazione, oltre ai dati quantitativi sopra indicati, ha previsto l'arricchimento degli stessi mediante interviste semi-strutturate ai responsabili di una ventina di servizi di RdD e LdR, servizi ritenuti rilevanti per la presenza sul territorio, anni di attività, pratiche innovative sperimentate, al fine di avere un quadro più esaustivo dello stato dell'arte di questo pilastro delle politiche pubbliche nel nostro Paese.

2.2 Risultati della rilevazione quantitativa

Copertura del sistema dei servizi di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi

Su 115 servizi censiti lo scorso anno, hanno risposto per il 2015 in 104, con una copertura pari al 90.4%. In particolare servizi che hanno aggiornato il sistema, ovvero sono già stati censiti lo scorso anno 80, mentre sono 24 i servizi che, pur non avendo risposto lo scorso anno, hanno ritenuto opportuno rispondere in questa rilevazione, su invito delle loro reti.

La distribuzione dei servizi per Regione risulta la seguente:

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	**1,0**
Calabria	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	**1,0**
Campania	1	2,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	6	**5,8**
Emilia Romagna	2	5,9	7	20,6	1	4,3	1	8,3	11	**10,6**
Friuli Venezia Giulia	1	2,9	0	0,0	2	8,7	1	8,3	4	**3,8**
Lazio	11	32,4	3	8,8	3	13,0	1	8,3	18	**17,3**
Liguria	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	**1,0**
Lombardia	7	20,6	9	26,5	4	17,4	0	0,0	20	**19,2**
Marche	4	11,8	2	5,9	0	0,0	1	8,3	7	**6,7**
Trentino A. Adige	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	16,7	3	**2,9**
Piemonte	2	5,9	5	14,7	3	13,0	1	8,3	11	**10,6**
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	8,3	2	**1,9**
Toscana	2	5,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	7	**6,7**
Umbria	2	5,9	1	2,9	2	8,7	0	0,0	5	**4,8**
Veneto	2	5,9	2	5,9	1	4,3	2	16,7	7	**6,7**
TOTALE	**35**	**100,0**	**34**	**100,0**	**23**	**100,0**	**12**	**100,0**	**104**	**100,0**

Tab.1 Distribuzione dei servizi per tipologia e per regione (n=104)

Per ciò che riguarda le tipologie di servizi, diversamente dall'anno passato, si nota una distribuzione pressoché in egual misura tra unità mobili della riduzione del danno e della limitazione dei rischi, mentre nel 2015 (dati 2014) questi ultimi apparivano maggiormente diffusi sul territorio nazionale (erano 69). Sono diminuiti (12 v/s 33) anche i servizi che non rientrano completamente nelle categorie sopra definite, pur svolgendo comunque prestazioni di RdD o LdR.

I servizi, oggetto della nostra rilevazione, sono concentrati prevalentemente in Lombardia, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna: le prime due sono le regioni più popolate (fonte ISTAT 2016), per cui risulta consequenziale una maggior presenza di servizi, mentre il Piemonte e l'Emilia Romagna, le quali, in ordine di popolazione si collocano rispettivamente all'ottava e settima posizione, mostrano una più spiccata vocazione ed un'attenzione specifica alla riduzione del danno e dei rischi. La Campania e il Veneto, sebbene tra le regioni più popolose, registrano un numero minore di servizi rispetto alla popolazione, mentre in Sicilia nessun servizio ha risposto alla rilevazione né quest'anno, né quello passato. Di contro, l'Umbria, una tra le regioni più "piccole" (sia come territorio, che come popolazione residente), presenta un buon numero di servizi.

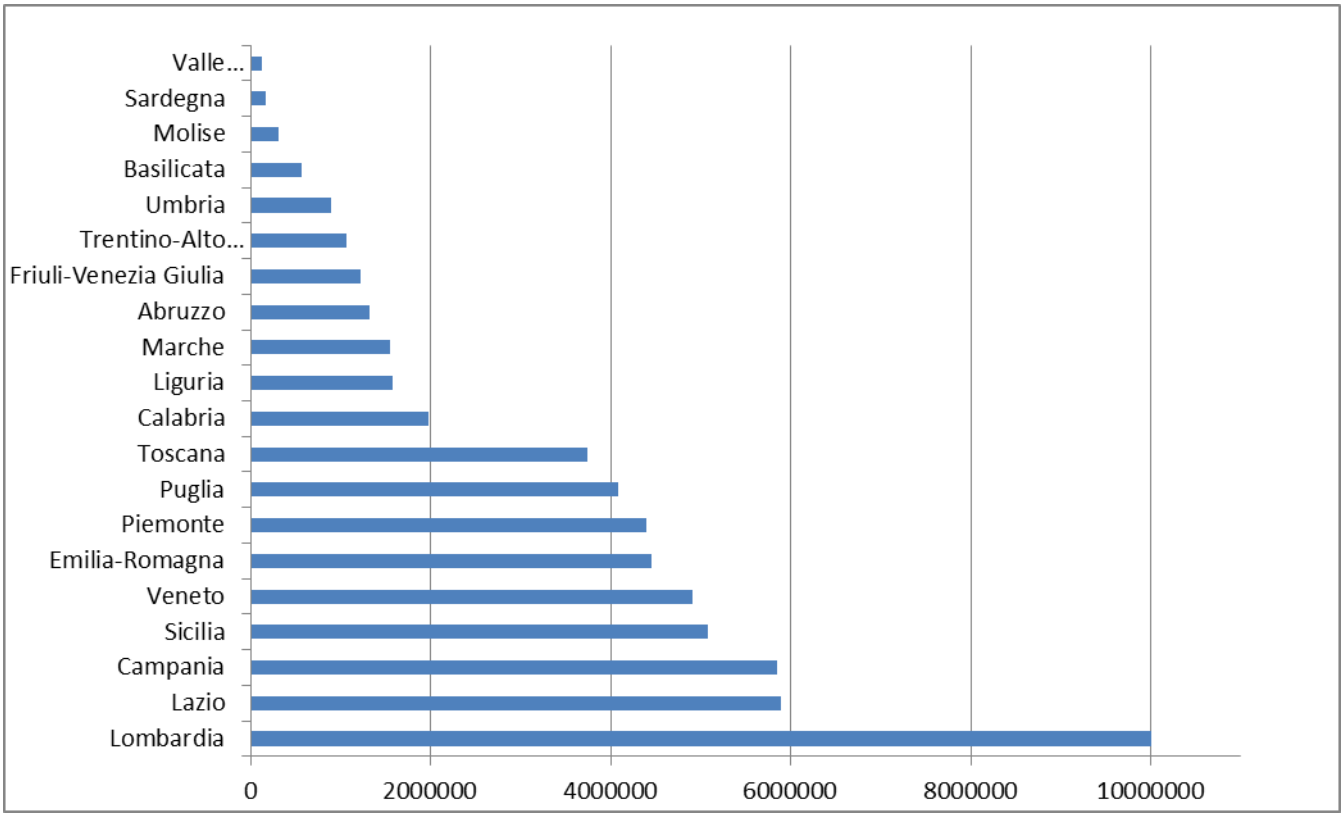


Fig. 1 Popolazione residente al 1/1/2016 per Regione (fonte ISTAT, 2016)

Oltre alla numerosità complessiva, appaiono interessanti le differenze interregionali. Il Lazio è la regione con una maggiore presenza di unità mobili per la Riduzione del Danno, seguito dalla Lombardia e dalle Marche. A questo proposito le Marche presentano un'ulteriore peculiarità, come sotto esposto, in quanto sono i Servizi Pubblici del SSN a gestire prevalentemente questa tipologia di servizi.

In Lombardia, seguita da Emilia Romagna e Piemonte, risulta esserci una maggior presenza sul territorio di unità mobili per la limitazione dei rischi nei contesti del divertimento. Queste, infine, non sono presenti in un maggior numero di regioni rispetto alle UM RdD.

Analisi dei servizi rispondenti

Dei 104 servizi che hanno risposto alla scheda di rilevazione on line, indicando la tipologia di servizio gestito, 84 (81%) hanno compilato tutti i campi della scheda, ovvero hanno fornito tutte le informazioni sopra indicate.

La distribuzione dei servizi per regione e per tipologia è la seguente e risulta simile alla precedente, sebbene in due regioni (Liguria e Puglia), pur essendoci la presenza di servizi, non si hanno dati descrittivi degli stessi.

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**1**	**1,2**
Calabria	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	**1**	**1,2**
Campania	1	3,1	2	7,4	2	9,1	1	33,3	**6**	**7,1**
Emilia Romagna	2	6,3	7	25,9	2	9,1	0	0,0	**11**	**13,1**
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	2	9,1	1	33,3	**3**	**3,6**
Lazio	10	31,3	2	7,4	4	18,2	0	0,0	**16**	**19,0**
Lombardia	7	21,9	7	25,9	3	13,6	0	0,0	**17**	**20,2**
Marche	4	12,5	1	3,7	0	0,0	0	0,0	**5**	**6,0**
Piemonte	2	6,3	5	18,5	2	9,1	1	33,3	**10**	**11,9**
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	**1**	**1,2**
Toscana	1	3,1	1	3,7	2	9,1	0	0,0	**4**	**4,8**
Trentino Alto Adige	1	3,1	0	0,0	2	9,1	0	0,0	**3**	**3,6**
Umbria	2	6,3	1	3,7	1	4,5	0	0,0	**4**	**4,8**
Veneto	1	3,1	0	0,0	1	4,5	0	0,0	**2**	**2,4**
TOTALE	**32**	**100,0**	**27**	**100,0**	**22**	**100,0**	**3**	**100,0**	**84**	**100,0**

Tab.2 Distribuzione dei servizi rispondenti alla rilevazione, in maniera completa, per tipologia e per regione (n=84)

Nel 2015 la gestione dei servizi è affidata per i due terzi al Terzo settore, mentre un terzo dei servizi sono a gestione diretta dell'Ente Pubblico (ASL o Comune). In particolare, in Abruzzo e Veneto, i servizi rispondenti sono rispettivamente gestiti da un SerD e dal Comune. In Lazio, in Lombardia, in Puglia e in Umbria, diversamente, la gestione è affidata interamente al privato sociale.

Regione	Gestore Pubblico		Gestore Privato soc.		TOTALE
	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	1	100,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	1	100,0	1
Campania	4	66,7	2	33,3	6
Emilia Romagna	7	63,6	4	36,4	11
Friuli Venezia Giulia	1	33,3	2	66,7	3
Lazio	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	17	100,0	17
Marche	4	80,0	1	20,0	5
Piemonte	7	70,0	3	30,0	10
Puglia	0	0,0	1	100,0	1
Toscana	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	1	33,3	2	66,7	3
Umbria	0	0,0	4	100,0	4
Veneto	2	100,0	0	0,0	2
Totale	**28**	**33,3**	**56**	**66,7**	**84**

Tab.3 Distribuzione dei servizi per gestione pubblica v/s privata (n=84)

A prescindere dalla gestione, le risorse per gestire i servizi sono allocate prevalentemente dalle Regioni (59.5%) e dalle ASL, che hanno competenza in materia sanitaria e a loro volta sono finanziate dalle Regioni. In due casi sono gli stessi servizi del privato sociale che autofinanziano le attività svolte.

Regione	Autofinanz.		Azienda Sanitaria Locale		Ente Locale		Regione		TOTALE
	N	% riga	N	% riga	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Campania	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	6
Emilia Romagna	1	9,1	4	36,4	3	27,3	3	27,3	11
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3
Lazio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	17
Marche	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5
Piemonte	0	0,0	5	50,0	0	0,0	5	50,0	10
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Toscana	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
Umbria	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4
Veneto	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Totale	**2**	**2,4**	**18**	**21,4**	**14**	**16,7**	**50**	**59,5**	**84**

Tab.4 Distribuzione dei servizi per fonte di finanziamento (n=84)

Tra i servizi indagati, 66 risultano essere programmi di scambio siringhe, con un volume complessivo di oltre 1.5 milioni di siringhe distribuite nel 2015. Nella tabella 5 sono riportati i servizi che erogano la prestazione e il volume degli stessi. Si fa notare che alcuni servizi, pur erogando la prestazione, non sono dotati di un sistema puntuale e sistematico di raccolta del dato, che risulta quindi mancante.

Prestazione	Volume	servizi che non rilevano il dato	servizi eroganti la prestazione	Nr medio per servizio
Siringhe distribuite	1.567.838	13	66	23.755,1
Siringhe usate raccolte	903.904	14	61	14.818,1
Profilattici distribuiti	236.158	9	78	3027,7
Fiale di Naloxone distribuite	14.999	17	55	272,7
Test rapidi per HIV effettuati	815	0	25	32,6
Etilometri distribuiti	18.288	19	45	406,4
Pill testing/drug checking	1.520	0	2	760*
Counselling	230.429	11	78	2.954,2
Invii ai servizi sanitari	10.015	15	70	143,1
Accompagnamenti effettuati	9.095	16	67	135,7

* un solo servizio (Alchemica) dichiara di averne effettuati 1495

Tab.5 Prestazioni erogate, numerosità dei servizi eroganti le prestazioni, volume delle stesse e nr medio(n=84)su base annua

I contatti[29] totali avvenuti nel 2015 ammontano a 901.730, con un numero medio di 10.735 contatti per servizio. Tuttavia questo dato è sottostimato poiché 8 servizi non rilevano il dato sul numero di contatti.

Anche per ciò che concerne il numero degli individui, afferiti ai servizi, vi è una mancanza nella rilevazione del dato, poiché sono disponibili solo le cifre di 70 servizi sugli 84 rispondenti. Il totale delle persone - anche in questo caso dato sottostimato - è pari a 58.546, per cui si può ipotizzare che ogni singolo individuo sia afferito ai servizi almeno 15 volte nel corso del 2015. I maschi costituiscono oltre l'80% della popolazione; le persone transessuali sono 58.

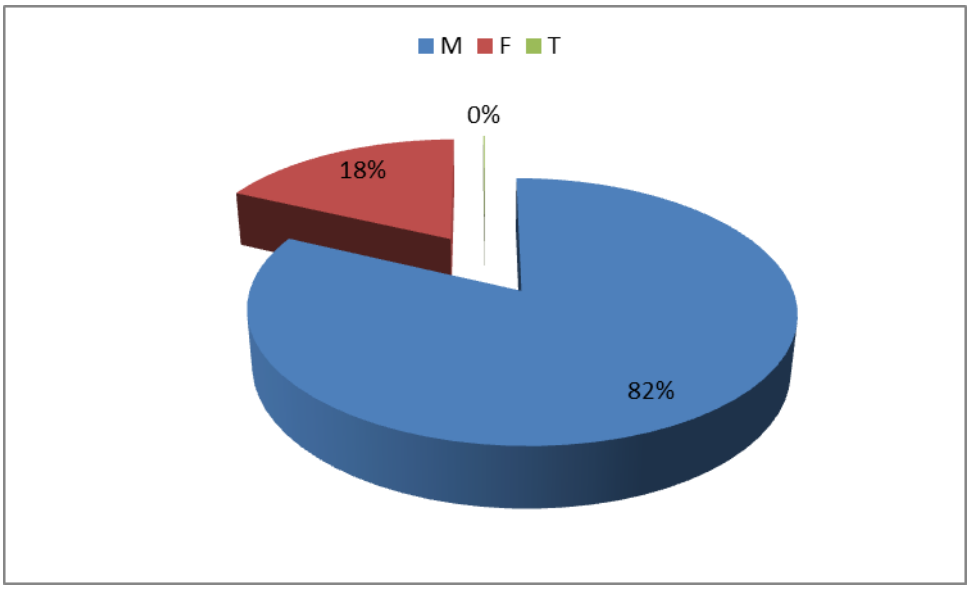


Fig. 2 Distribuzione per genere dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)

La fascia di età prevalente risulta essere quella dei minori di 25 anni; tuttavia il dato risente dei servizi di LdR nei contesti del divertimento. Nello specifico i servizi LdR che rilevano il dato, pur essendo poco numerosi, hanno contatti con un grande numero di persone. E' però rilevante l'alto numero di dati mancanti rispetto all'età.

[29] Per contatto si intende il numero di volte che anche la stessa persona accede al servizio, coincidente quindi con la rilevazione delle presenze. Per individuo si intende invece la singola persona. Molti servizi rilevano solo il dato del contatto/presenza ma non quello del singolo individuo; pertanto non è possibile compiere stime precise sulla tipologia dell'utenza per genere, età e altro.

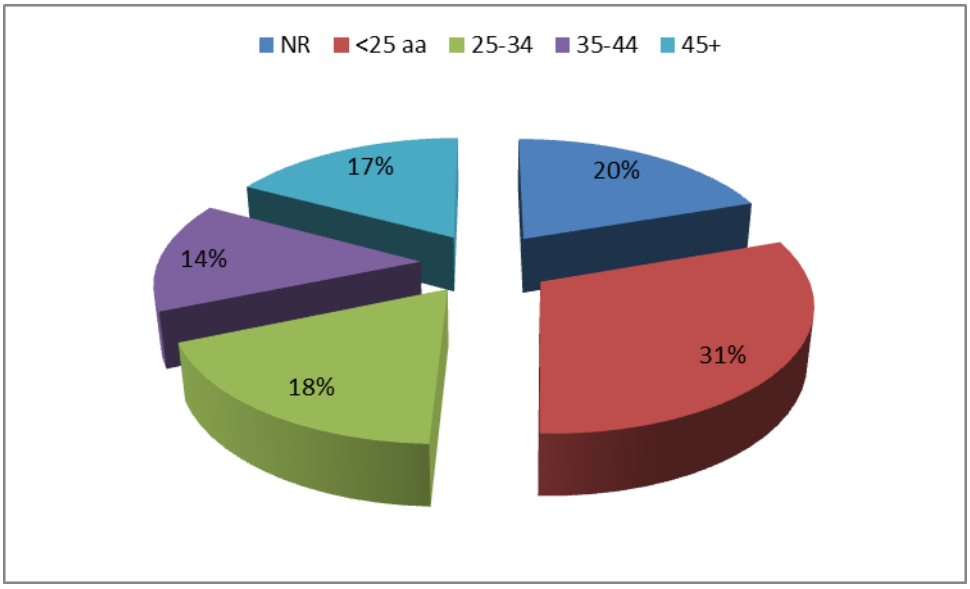


Fig. 2 Distribuzione per classi di età dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)

2.3 Risultati della rilevazione qualitativa

Su 20 servizi cui è stato chiesto di rispondere ad una intervista semi-strutturata per indagare le caratteristiche del servizio, non solo in termini quantitativi, ma anche sotto l'aspetto organizzativo, gestionale, di sperimentazione e di innovazione, sull'essenzialità delle prestazioni, hanno risposto 16 servizi cosi suddivisi:

Ambito	**Tipo di Servizio**	**Denominazione**	**Territorio**
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	PIN (Progetto Itinerante Notturno)	Torino
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Discobus	Varese
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Magic Bus	ASL Milano 2
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Buonalanotte	Modena

LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Extreme	Firenze e Toscana
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate e Riduzione dei Rischi in contesti di esplicito consumo di sostanze (C.R.D.3) denominato Nautilus – " The Quiet Side of the Party"	Roma e Lazio
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	CANGO	Torino
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Ulisse	Monza
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Unità di Strada Tor Bella Monaca e Termini	Roma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Progetto Strada	Brescia
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Unità di Strada	Parma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Riduzione del Danno	Venezia
RdD	Drop in	Cabs (Centro Accoglienza A Bassa Soglia)	Perugia
RdD	Drop in	Servizio Bassa Soglia di Accesso	Trieste
RdD	Drop in	WelcHome	Milano
RdD	Drop in	Porte Aperte	Firenze

Servizi di Limitazione dei Rischi

Questi servizi includono servizi di outreach che raggiungono i consumatori nella cosiddetta *night life scene,* ovvero in ambiti del divertimento (in genere notturno-serale), che sono sovente gli stessi luoghi del consumo e/o dell'acquisto di sostanze.

Caratteristiche principali

I servizi consistono in unità mobili attive in orari notturno-serali (in genere dalle 23.00 alle 3.00-6.00 del mattino successivo) per due giorni la settimana (quasi sempre nel weekend), che intervengono nei locali, quali discoteche, pub etc. e/o in luoghi di divertimento quali rave, party e festival che aggregano un grande numero di giovani e giovani adulti. I servizi, anche attraverso l'uso dei social network, sono in contatto con la popolazione beneficiaria per la segnalazione di situazioni e contesti in cui si ritenga opportuna la loro presenza.

Sono attivi da 15 anni (valore medio), quindi vantano una notevole esperienza di lavoro in quest'ambito. Tutti i servizi annoverano tra le prestazioni la distribuzione di etilometri, profilattici, acqua da bere (e/o succhi di frutta, caramelle etc.) e counselling sulle sostanze stupefacenti e sulle MTS. Due servizi distribuiscono siringhe sterili. Tre servizi organizzano uno spazio *chill out*, o area relax, ovvero la creazione di un ambiente dove la persona può "raffreddarsi", ovvero riposarsi, rigenerarsi, rilassarsi, ascoltando una musica soft, chiacchierare con gli amici o semplicemente occuparsi di se stessa.

Tutti i servizi si sono dotati di specifici materiali di profilassi per uso di sostanze per vie non iniettive, vista l'alta prevalenza di consumatori di sostanze psicoattive che inalano o fumano, al fine di ridurre le complicanze correlate ai consumi di sostanze illegali ed anche legali, quali l'alcol. Solo alcuni forniscono naloxone o attivano in forme diverse il pill-testing.

I servizi ritenuti essenziali da parte dell'utenza riguardano la distribuzione del materiale suddetto, distribuzione di acqua e altre bevande analcoliche, il counselling su sostanze e MTS.

Prestazioni accessorie e/o innovative

Negli anni, i servizi hanno compiuto sperimentazioni e ampliato l'offerta. Tra le innovazioni più significative, e con documentati esiti positivi, si citano:

- il progetto sperimentale di consumo responsabile di alcol, "Guidatore designato", per cui, in ciascun gruppo di amici, viene designato il conducente che, anche attraverso piccoli riconoscimenti economici, non consuma alcol e riaccompagna a casa gli amici
- la distribuzione periodica di alcool test usa e getta per creare la sensibilità per altri momenti d'uso,
- la formazione ed il coinvolgimento stabile negli interventi di *peer educator* in grandi momenti di divertimento e consumo.

Altre sperimentazioni hanno coinvolto attivamente i gestori dei locali.

Inoltre, sono attualmente in corso (anno 2016) sperimentazioni che riguardano l'analisi delle *sostanze pill testing/drug checking)* delle sostanze vendute sul mercato illegale; in particolare, va segnalato un progetto

europeo in collaborazione con l'Istituto Antidoping di Torino con uso di strumentazione specifica e precisa. Un servizio riporta anche una sperimentazione in questo ambito avvenuta nel 2010, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

Il personale impiegato varia dalle 5 alle 15 unità anche in relazione ai contesti di intervento (Rave, grandi eventi, locali di tendenza, grandi discoteche ecc). Le figure maggiormente presenti sono nell'ordine educatori professionali, psicologi, medici. E' sempre presente un responsabile e/o coordinatore. Due servizi sono gestiti direttamente dall'Ente Pubblico, mentre i restanti sono stati affidati dalle Regioni ad Enti del Privato sociale, mediante bandi pubblici. I servizi lamentano pertanto il rischio di un'offerta "a termine", sebbene in qualche regione si inizino ad ipotizzare percorsi di accreditamento che i LEA potrebbero facilitare.

Tutti i servizi agiscono in raccordo con le reti territoriali presenti, che includono i Dipartimenti delle Dipendenze, coordinamenti e/o tavoli di servizi di RdD/LdR, enti locali. Risulta fondamentale la collaborazione con i gestori dei locali del divertimento notturno e loro associazioni.

Servizi di Riduzione del Danno

Questi servizi includono sia servizi di outreach propriamente mobile, "di strada", che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto di sostanze, in ambienti particolari della quotidianità del consumatore, sia gli "interventi a bassa soglia" (*low threshold*), caratterizzati dall'accoglienza delle persone in un determinato luogo (*drop in*), ma con totale rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista dei requisiti burocratici (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto ecc.).

Per quanto la descrizione delle due tipologie sia doverosa, si nota che in alcuni casi i servizi di unità mobile e *drop in* agiscono in maniera integrata, essendo un servizio/progetto unico, che da un lato va su strada, dall'altro attende che le persone arrivino dalla strada. Questo implica che alcune prestazioni, quali pasti, docce, servizi di vestiario e similari possano essere forniti solo dai *drop in*. Il lavoro di ricerca attiva e del sommerso, invece, viene compiuta dall'unità mobile. Se quindi i due servizi agiscono lungo un continuum tra la strada e un luogo circoscritto, per semplicità di lettura si descriveranno in maniera separata per definirne le caratteristiche. Entrambe le tipologie di servizi riportano dai 15 ai 20 anni di attività pregressa.

Caratteristiche principali

UM: Il servizio è caratterizzato dall'impiego di un autoveicolo che per 3-5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) in orario diurno (alternativamente mattutino e pomeridiano) si reca in luoghi prestabiliti (del consumo, dello spaccio), o ne esplora altri, contattando la popolazione che consuma sostanze stupefacenti. Vengono distribuiti: siringhe/aghi sterili e paraphrenalia al fine di ridurre i danni connessi all'uso, profilattici e fiale di naloxone nonché informazioni e counseling sul sistema dei servizi. Sono raccolte le siringhe usate. Gli operatori sono addestrati per interventi in caso di overdose. Alcuni servizi svolgono specifica attività di formazione (ad esempio per prevenzione delle overdose) e *peer support.*

Le prestazioni ritenute essenziali per l'utenza, oltre al materiale di profilassi, sono il counselling sulle sostanze e su MTS, l'invio a servizi sanitari (SerD, consultori, ambulatori, etc) e sociali (mense, dormitori etc.). Un servizio indagato fornisce buoni pasto e buoni doccia.

Drop in: il servizio è collocato in uno spazio fisico definito. E' aperto (per 5-6 giorni alla settimana per 6-8 ore al giorno) al pubblico, che può accedere liberamente, senza prenotazioni e/o liste di attesa; le prestazioni erogate sono quelle dell'UM per quanto riguarda i materiali. In aggiunta, è possibile ricevere un pasto, farsi una doccia, usufruire di una lavatrice. Gli operatori sono addestrati per interventi in caso di overdose.

Le prestazioni ritenute essenziali riguardano la cura e l'igiene della persona, oltre al materiale di profilassi e prestazioni medico-infermieristiche.

Prestazioni accessorie e/o innovative

UM: le sperimentazioni più recenti riferite, anche grazie ai progressi della tecnologia medica, riguardano i test rapidi (salivari e/o con sangue capillare) per HIV, HCV e TBC. Queste sperimentazioni, avvenute sovente in collaborazione con Istituti di Ricerca, tra cui IRCS Spallanzani, risultano gradite all'utenza che ha potuto usufruire di un test, con alta specificità e sensibilità, in un contesto non prettamente sanitario, direttamente su sua richiesta.

Drop in: oltre alla sperimentazione di cui sopra, alcuni drop in offrono alla loro utenza servizi di orientamento e/o inserimento lavorativo, a prescindere dall'uso di sostanze. Altri offrono la presenza di mediatori culturali e di avvocati per un supporto legale.

Sono stati inoltre rilevati dei cosiddetti "servizi ponte", per intercettare i detenuti consumatori di sostanze all'uscita dal carcere al fine di ridurre i rischi di overdose dopo un periodo di astinenza o di minor consumo.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

UM: il personale impiegato varia dalle 5 alle 7 unità. Le figure sono medici, educatori, infermieri. Nei servizi del Nord Italia è ritenuta essenziale e perciò impiegata la figura dell'operatore pari. In alcuni servizi sono impiegati volontari.

Drop in: il personale varia dalle 6 alle 8 unità. Le figure, oltre a quelle indicate per le UM, possono includere mediatori e avvocati.

Tra i servizi indagati, due risultano gestiti direttamente dalla ASL locale e uno dal Comune, sebbene vi sia del personale impiegato esterno (in convenzione con delle cooperative). Gli altri sono tutti affidati con convenzione a enti del privato sociale, mediante bandi, da parte delle Regioni, per periodi determinati.

Anche in questo caso sono riportate ipotesi di accreditamento dei Servizi da parte delle Regioni.

I servizi operano in stretto raccordo con i SerD, con i servizi sanitari della ASL su cui insistono, con i servizi sociali comunali e, laddove esistenti, sono membri di coordinamenti e tavoli istituzionali su tematiche pertinenti (piano di zona, tavolo marginalità, tavolo Aids, etc).

3. Aree critiche e possibili sviluppi della RdD/LdR

Lo scenario della RdD/LdR – come emerge anche dai dati del monitoraggio pubblicato in questa Relazione - si presenta oggi connotato da **cinque macro-aree di criticità** che, radicate nei citati limiti di un mancato riequilibrio delle differenze/disparità tra i sistemi regionali, ne limitano e depotenziano le aree di intervento, l'universalità, l'accessibilità, la qualità e l'efficacia. Il superamento di questi limiti, che i già citati LEA dovrebbe garantire, si prospetta come parte significativa e prioritaria di un futuro Piano d'Azione Nazionale.

1. *Geografia diseguale*

   La mappatura dei servizi e degli interventi rivela una geografia diseguale, in cui vi sono Regioni che con continuità sostengono e promuovono gli interventi; altre che si limitano ad alcune tipologie, o che limitano gli interventi a una parte del territorio regionale; altre ancora che lo fanno in modo intermittente negli anni; altre infine che non attuano alcun intervento o che nemmeno ne segnalano l'eventuale esistenza. I dati provenienti dalle mappature in diversi anni e da diverse fonti[30] rivelano come vi sia uno scarso sviluppo omogeneo, permanendo sostanzialmente invariato nel tempo il novero sia delle Regioni che attuano interventi di RdD/LdR sia di quelle che non li attuano; una cartografia che appare indipendente dall'andamento dei dati relativi a trend di consumo e relativi bisogni sul piano delle limitazione di rischi e danni. Questa geografia diseguale e sostanzialmente inerte comporta forti e persistente diseguaglianze in termini di diritto alla salute. L'autonomia regionale non è bilanciata né da linee guida nazionali né – fino a oggi - dalla definizione di LEA per la RdD/LdR, fatta eccezione per i trattamenti metadonici che - nonostante talvolta adottati anche in maniera significativa nella prospettiva e con gli obiettivi della riduzione del danno - restano dal punto di vista del sistema nel "pilastro" trattamento.

2. *Intermittenza delle prestazioni*

   Dentro questa geografia diseguale vige, negli stessi territori dove la RdD/LdR è attiva, una diseguale continuità/discontinuità delle prestazioni. Anche quando sono gestiti dal privato sociale, i servizi hanno per la quasi totalità finanziamenti pubblici, provenienti da Regioni e/o ASL, e sono dunque un sistema pubblico di intervento; tuttavia, secondo la Relazione al Parlamento 2015, nel 2014, meno di un terzo risulta avere 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 anno[31]. Tali dati vengono confermati anche dalla rilevazione 2016 (dati al 31/12/15): eccetto i servizi a gestione pubblica (33%), l'affidamento ai gestori del privato sociale avviene tramite convenzioni a tempo determinato.

   Il più volte citato passaggio da "progetto" a servizio, dopo vent'anni di attività è garantito in poche Regioni e solo per servizi a titolarità totalmente pubblica, la copertura economica permane incerta, soprattutto per gli interventi – per altro strategici per il futuro prossimo – nei contesti naturali di consumo. L'intermittenza delle prestazioni, la durata limitata e la scarsa e incerta copertura economica sono variabili che incidono sull'efficacia e sui risultati di una modalità di intervento che richiede flessibilità, capacità di innovazione e aggiornamento, lavoro con la comunità locale, studio e conoscenza per stare al passo con l'evoluzione dei consumi.

[30] DPA - Relazione al parlamento su droghe e dipendenze, 2011, 2012, 2013, 2015

[31] Interventi di riduzione del danno, a cura di CNCA-Coordinamento Comunità di Accoglienza, in DPA- Relazione al Parlamento su droghe e dipendenze 2015

3. *Carenze e limiti nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione*

La mancanza di linee guida nazionali condivise e applicate lascia ampio spazio a definizioni diverse e talvolta discutibili di intervento di RdD/LdR. Anche le tipologie di prestazioni seguono una mappa regionale piuttosto disomogenea, come verificato in fase di monitoraggio (un esempio è la distribuzione del naloxone): ciò rappresenta una prima difficoltà nella raccolta di dati di attività a livello nazionale, che infatti non è ancora organizzata e stabile pur in presenza di una richiesta europea precisa in questo senso. La mancanza di definizioni condivise si aggiunge dunque a una generalizzata carenza di dati relativi alle prestazioni di RdD/LdR erogate, all'utenza raggiunta, per non dire la difficoltà di monitorare la spesa sostenuta, in sistemi regionali che solo in pochi casi identificano con chiarezza i relativi costi o lo fanno parzialmente. Come riportato nel paragrafo 2, non esiste un sistema di raccolta dati per cui di molte prestazioni, pur essendo effettuate, non si conosce in maniera certa il volume, cosi come i dati relativi alla popolazione beneficiaria risultano frammentati e sovente disomogenei (per es. il dato relativo ai HRDU, i consumatori a più alto rischio, tra gli indicatori-chiave richiesti dall'EMCDDA).

Oltre alla disomogeneità intra e interregionale, in generale il monitoraggio si scontra con due diversi tipi di ostacolo: 1) l'insufficiente attenzione alla prospettiva della RdD/LdR nel ridisegno dei propri sistemi di monitoraggio, lasciando spesso i dati di attività - pure raccolti "alla base" e *on site* dagli operatori – non organizzati, non standardizzati e spesso indisponibili; 2) la mancanza di rigore "metodologico": anche quando non si rinuncia a monitorare, in alcuni casi, i dati sono "forzati" dentro un sistema di monitoraggio disegnato sui servizi formali di cura, basato su cartelle individuali e su indicatori relativi al trattamento del tutto inappropriati e incongruenti con le attività di RdD/LdR (che sono basate – tra l'altro - su anonimato, relazione informale e dimensione gruppale).

Il risultato di questa disomogeneità è una povertà di dati che si traduce in una relativa invisibilità delle attività e delle prestazioni e soprattutto in una assai limitata possibilità di valutazione di processo e di esito.

Il deficit italiano è evidente anche a livello europeo: nel sistema di rilevazione EMCDDA, i dati italiani relativi a servizi di RdD/LdR non pervengono in maniera routinaria ed esaustiva. Su questo terreno, sono da segnalare anche le carenze nella valutazione in termini di soddisfazione degli utenti, che sono rare, nonostante la normativa italiana preveda la valutazione dei servizi da parte dei cittadini fruitori.

4. *Necessario sviluppo della ricerca e del monitoraggio*

Appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi hanno nella conoscenza dei fenomeni e nella individuazione dei bisogni una premessa *sine qua non*. Nella prospettiva della RdD/LdR, per la quale il rischio e il danno sono sempre "situati" e specifici, ciò che maggiormente interessa sono fattori e variabili – relativi alla sostanza, soggettivi, di contesto - secondo il paradigma *drug/set/setting* . Queste variabili permettono di "leggere" i vari stili di consumo con i rischi ad essi correlati, insieme alle capacità di limitarli e "controllarli", sia dei soggetti che dei contesti. Accanto ai dati di prevalenza, pur necessari, è fondamentale sviluppare in maniera stabile un monitoraggio e promuovere una ricerca orientata a conoscere i pattern d'uso, le traiettorie di consumo, le ragioni, le strategie e le culture delle persone che usano sostanze, le modalità di rapporto con il mercato, il ruolo giocato dai contesti sociali, prossimi e globali. Molti sono oggi i limiti di questo tipo di ricerca in Italia, mentre questa conoscenza è essenziale per l'individuazione di bisogni aggiornati e per la

elaborazione di obiettivi mirati[32]. In seconda battuta, ma non meno importante, è la ricerca valutativa sull'impatto che le politiche pubbliche – sanitarie, sociali, giuridiche - hanno in termini di massimizzazione o di contro minimizzazione di rischi e danni dei consumi, secondo l'ottica sia di chi usa sostanze sia delle comunità locali e delle aggregazioni sociali. L'importanza della ricerca sull'impatto delle politiche pubbliche è questione assodata a livello internazionale[33]. Tuttavia in Italia essa è scarsa o nulla, fatta eccezione per i contributi di alcune organizzazioni della società civile, per esempio in ambito penale e penitenziario[34].

5. *Il blocco dell'innovazione nella RdD/LdR*

Alcune misure di RdD, la cui efficacia è stata dimostrata dalla letteratura internazionale, sono state scarsamente sperimentate (o non affatto sperimentate) in Italia: ad esempio il *pill testing*, le stanze del consumo e i trattamenti con eroina (un trattamento, come dice la dizione, sebbene anche in prospettiva di riduzione del danno): per addotte ragioni di tipo normativo per le prime due, mentre per la terza con motivazioni relative alla non priorità e ai costi ritenuti elevati. Oggi, nuovi elementi provenienti dall'esperienza europea e da pratiche nazionali (incluso il dibattito attorno alle normative, che apre a diverse interpretazioni) ripropongono la necessità di ripristinare i termini di un confronto aperto, libero da posizioni pregiudiziali e ideologiche, basato sull'evidenza – maturata a livello comunitario - e centrato sui bisogni reali di limitazione dei rischi e dei danni. Una considerazione particolare va fatta per il *pill testing*, misura di intervento destinata ai setting naturali di consumo e mirata ad accrescere competenze e informazione di chi usa sostanze, con l'obiettivo di bilanciare l'opacità del mercato illegale e proteggere dai rischi ad esso correlati; uno strumento dunque di particolare importanza per la RdD/LdR soprattutto mirata al consumo giovanile e delle Nuove Sostanze Psicoattive (come anche indicato dalla recente relazione dell'Osservatorio Europeo).

3.1 Lo sviluppo della RdD / LdR in Italia in una cornice europea: una road map

In relazione ai punti deboli della RdD/LdR in Italia sopra descritti, nella prospettiva di accrescere appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi e delle politiche, appare urgente e coerente intraprendere alcuni passi che concretamente mettano a regime, sulla base di criteri *evidence and human rights based*, l'esperienza fin qui condotta in maniera diseguale.

---

[32] Si vedano per esempio le ricerche -innovative per l'Italia - sull'uso "controllato/incontrollato" di cocaina e stimolanti, condotte da Forum Droghe, Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, Università di Firenze, negli anni 2009-2012. Il filone di ricerca sui "controlli" ha ispirato il progetto che ha ottenuto nel 2014 il supporto del *Drug Prevention and Information Programme of the European Union*("Nuovi approcci per le politiche delle droghe e per gli interventi" (NADPI), capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam, insieme allo *International Drug Policy Consortium* (UK) e la *De Diogenis Association* (Grecia), a *Forum Droghe* (Italia): sulla base dei risultati della ricerca è stato elaborato un nuovo modello operativo (Operating guidelines- *Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self regulation and control model, December 2013)*

[33] La stessa UNODC ammette che *La salute pubblica, il primo principio su cui si basa il controllo delle droghe, ha perso questo primato, messo in ombra da quello della sicurezza pubblica; guardando al secolo scorso, ci si rende conto che il sistema di controllo e le sue attuazioni hanno avuto molti effetti non desiderati* (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime -2009), *A century of international drug control*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf); T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit ; sui diversi aspetti del danno correlato alle politiche vedi i Report annuali della Global Commission on Drugs, http://www.globalcommissiopassa attraverso nondrugs.org/reports/

[34] Si veda ad esempio il monitoraggio condotto dal 2007 in poi sull'impatto della legislazione penale sulla droga sul carcere, a opera di un gruppo di ONG italiane (Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone, CNCA e altre), che ha prodotto sette Libri Bianchi http://ungass2016.fuoriluogo.it/2016/06/28/libro-bianco-sulle-droghe-2016-dati-pillole/

Due premesse necessarie:

- Prima premessa: la messa a regime e la chiara inclusione della RdD/LdR nelle politiche nazionali su droghe e dipendenze vedono nella Conferenza Nazionale sulle droghe una fondamentale sede di confronto e di riconoscimento istituzionale (come accaduto in passato nelle edizioni di Palermo, Napoli e Genova). La Conferenza, come dice la legge 309/90, è infatti il luogo dove si dovrebbero ogni 3 anni valutare le politiche e i modelli di intervento al fine di migliorarli, aggiornarli e renderli più efficaci. La carenza nella messa a regime della RdD/LdR in questi anni è anche da addebitare al prolungato venir meno di questo cruciale appuntamento tecnico –politico.
- Seconda premessa: il processo di messa a regime può considerarsi concluso nel momento in cui la RdD/LdR, in tutta la sua complessità e articolazione, sia inclusa e sviluppata nei LEA ed in un Piano d'azione nazionale che – anche sotto questo profilo – trova chiari riferimenti nel Piano d'Azione europeo.

Tre impegni prioritari conseguenti a questa analisi:

- Linee guida e LEA

  A) Dopo anni è ormai necessario rielaborare una nuova e aggiornata versione delle ***Linee guida nazionali per la riduzione del danno,*** costruita sulla base di una analisi approfondita e plurale nelle sue fonti dei trend di consumo, dei bisogni relativi, degli interventi e dei servizi che hanno dimostrato, in Italia e a livello comunitario, la loro efficacia. Nel processo di elaborazione sarà importante il coinvolgimento, in forma di ***Gruppo tecnico ad hoc*** presso il DPA, degli attori sociali che in questi anni hanno garantito lo sviluppo di tale aree di intervento, ed abbiano competenze da portare sul piano scientifico, della ricerca, dei modelli operativi, della individuazione dei bisogni, del lavoro nei servizi di RdD esistenti, della valutazione degli interventi; nonché degli attori istituzionali competenti, Conferenza delle Regioni in primis.

  B) Come da documento programmatico del Ministero della Salute, è urgente l'elaborazione dei LEA della RdD/LdR, in raccordo tra il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni allargato a realtà della società civile, dell'associazionismo e della ricerca competenti e attive in materia di RdD/LdR. I LEA devono includere in maniera aggiornata tutte le prestazioni e gli interventi coerenti con i bisogni rilevati e valutati efficaci nella limitazione dei rischi e riduzione dei danni droga correlati a livello nazionale ed europeo (cfr. il paragrafo "Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell' EMCDDA")

- *Sistemi regionali di monitoraggio e SIND*

  Sulla base delle Linee guida e dei LEA, da un punto di vista strutturale occorre individuare gli strumenti adeguati da includere nel sistema di monitoraggio nazionale SIND per gli interventi e servizi RdD/LdR, articolando ed integrando il monitoraggio secondo quanto il sistema già prevede per le aree trattamentali (attività dei servizi, analisi delle prestazioni, caratteristiche dell'utenza, anche come supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e contributi all'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze) tenendo conto delle peculiari caratteristiche degli interventi di RdD/LdR che influiscono sulla specifica raccolta dei dati e che non sono assimilabili sotto questo profilo ai trattamenti ed ai servizi di cura. In raccordo con tale sistema va ripristinata una funzione nazionale del DPA di raccordo e di garanzia alla reale applicazione dei LEA su RDd e LdR, vista ancora la loro peculiarità e disomogeneo sviluppo attuale.

- Ricerca

  La ricerca nei setting naturali e la ricerca valutativa sui sistemi di intervento. Occorre prestare particolare attenzione alla ricerca per meglio conoscere e analizzare i trend e i pattern di consumo. In questo quadro è importante promuovere ricerche qualitative ed etnografiche nei setting naturali ed altre ricerche che abbiano l'obiettivo di approfondire i diversi pattern d'uso, anche integrando e sviluppando le ricerche condotte sul campo in questi anni dalle associazioni, costruendo in modo condiviso una "cornice" teorica e di modelli di interpretazione del consumo, in cui inserirle e valorizzarle.

  La ricerca nei setting naturali così come la ricerca valutativa sugli interventi si connettono anche alla necessità di promuovere un collegamento costante dei servizi di RdD/LdR con il Sistema Rapido di Allerta, attualmente in carico all'ISS, di cui può essere cardine decisivo per la sua efficacia e rapidità di rilevazione. E' importante che anche nell'ambito della ricerca, sia presente un approccio *bottom up*, "dal basso verso l'alto", in cui valorizzare sia le competenze degli operatori sul campo (gli interventi a bassa soglia e in setting naturali sono tradizionalmente un eccezionale osservatorio troppo spesso sottovalutato, così come il web, per comprendere ciò che accade nel mondo dei consumi); sia i "saperi" delle persone che usano sostanze sui propri stili di consumo, le proprie strategie personali, i propri bisogni, i pericoli del mercato, condividendo con loro obiettivi e spendibilità della ricerca e criteri per la conduzione della stessa.

  La ricerca valutativa delle politiche pubbliche. Decisivo includere nella ricerca finalizzata alla valutazione di politiche, prestazioni e servizi destinate alle persone che usano sostanze anche una valutazione secondo il citato approccio *human rights based,* che misura scelte e prestazioni non solo sulla base dell'evidenza scientifica, ma anche secondo le loro ricadute in termini di rispetto e miglioramento dei diritti sociali, civili e umani dei destinatari.

I processi partecipativi

Nel quadro sopra delineato, che comprende anche l'importanza di inclusione di questo capitolo di approfondimento sulla RdD e LdR, è fondamentale mantenere una cultura di partecipazione attiva degli attori variamente competenti e coinvolti nei fenomeni in oggetto, anche per rispondere ad un adempimento in osservanza della Strategia Europea sulle Droghe, che esplicitamente a questo invita, riferendosi tanto ad esperti e operatori, che alla società civile, che alle persone che usano sostanze. Ma non è questo l'unico aspetto significativo dei processi partecipativi, in cui si riconosce lo sforzo del DPA per incrementarli: essi sono anche funzionali a un sistema della conoscenza e dell'intervento più efficaci ed efficienti, grazie alla valorizzazione di tutte le risorse e le competenze, alla pluralità degli sguardi e delle fonti, alla produzione, grazie a questa molteplicità, di un approccio alle droghe basato sulla complessità. Nel campo della RdD/LdR, poi, che costitutivamente investe in competenze di regolazione, controllo e apprendimento di soggetti e contesti sociali, questo aspetto è cruciale. Le proposte qui contenute, in forma di gruppi ad hoc, comitati tecnici allargati e coinvolgimento di attori diversi non sono pertanto da considerarsi ancillari ma intrinseche alle proposte stesse, e mirano a enfatizzare un criterio di partecipazione basato sul riconoscimento di competenze, saperi ed esperienze reali. Da una attenta lettura degli sviluppi sia nazionali che europei sulla RdD/LdR dagli esordi ad oggi, infatti, risulta evidente come il dibattito generico e basato su pur rispettabili approcci ideologici dei primi anni '90 abbia ormai fatto il suo tempo, per lasciare il campo a un confronto basato sui fatti, sulla conoscenza, sullo studio e sulla valutazione; le sedi in cui questo confronto proficuamente può continuare e dare buoni frutti utili ai policy maker sono le sedi capaci di mettere in sinergia saperi e conoscenze.

Ringraziamenti

Si ringraziano i responsabili e gli operatori dei servizi che hanno risposto all'indagine on line, senza i quali parte di questo lavoro non sarebbe stata possibile. Un ringraziamento particolare ai responsabile dei servizi che hanno dedicato del tempo per rispondere alle interviste qualitative.