

## **Piano Regionale dei Servizi di Bassa soglia e di riduzione del danno**

Linee strategiche regionali orientate al potenziamento dei Servizi di bassa soglia e di riduzione del danno all'interno della rete regionale delle AA.SS.LL.

### **Premessa**

Per servizi “a bassa soglia” si intendono servizi di facile accesso, sburocratizzati, ispirati ai principi della sanità pubblica e della riduzione del danno, dove l'obiettivo primario è quello di alleviare i sintomi di astinenza ed il craving, nonché di migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. In generale queste strutture offrono un arco di servizi e di opzioni per trattamenti flessibili, basati sui bisogni individuali degli utenti.

Sono luoghi dove è possibile confrontarsi e mettersi in discussione utilizzando dinamiche informali e libere da patti terapeutici. Il lavoro delle équipes è diretto a promuovere autonomia e partecipazione delle persone direttamente interessate, e tutte le diverse esperienze e competenze vengono rivalutate; vi si sviluppa un rapporto quanto più possibile orizzontale e paritario ed è per questo che vi operano spesso operatori pari.

Obiettivi principali dei servizi a bassa soglia storicamente sono stati:

- Offrire una risposta concreta a bisogni primari, il cui soddisfacimento è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, disporre di materiale sterile e di un luogo dove passare il tempo e socializzare, ecc...) e dove potere riappropriarsi della libertà di scelta
- Favorire l'accesso delle persone alla rete dei servizi per un ottimale utilizzo delle risorse del territorio
- Agganciare le persone che non afferiscono ai servizi (sommerso)
- Contenere il cumulo di costi aggiuntivi per il singolo e per l'intera collettività
- Promuovere il mutuo auto aiuto, favorire processi di cittadinanza attiva.

Gli utenti che frequentano i servizi di bassa soglia tendono a raggiungere beni concreti e questa motivazione è sufficiente a legittimarne l'accesso, non ne è richiesta una più complessa e consapevole; a differenza di quanto accade nei servizi formali, l'operatore non è lì ad aspettare la richiesta, ma la stimola e propone una relazione che funga da area intermedia, non invasiva, ma alla quale la persona può fare riferimento, per esempio nel momento del bisogno, in un processo di cambiamento e così via.

La dimensione temporale della bassa soglia è “breve”, nel senso che i frequentatori presentano progetti di vita che puntano su obiettivi concreti, circoscritti e possibilmente fruibili subito. Il rapporto è dunque prevalentemente diretto, transitorio e intermittente.

### **La cornice teorica di riferimento**

Per molti anni – come affermato anche nel PSSR - l'unico approccio ritenuto legittimo per le pratiche trattamentali nel campo delle dipendenze è stato quello che interpretava l'astensione totale dal comportamento problematico quale unico orizzonte auspicabile (e del quale era ammessa la pratica) per tutti gli interventi; il cosiddetto “consumo zero”, ritenuto l'unico outcome legittimo.

Ciò ha riguardato unitariamente, seppure in epoche diverse, tutte le dipendenze: le droghe (“uscire dal tunnel”), l'alcool e il tabacco (“non toccare mai più un bicchiere o una sigaretta”) ma anche il cibo (le diete pesantemente restrittive, seguite invariabilmente in breve tempo dal recupero

del peso precedente) e l'attività sessuale (l'astinenza dal sesso predicata come metodo contro la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse e contro le gravidanze indesiderate).

Da alcuni anni si va consolidando l'evidenza del fatto che l'astensione totale è, seppure sempre teoricamente auspicabile per tutti, un esito perseguibile in una minoranza di soggetti; il praticarlo quale unico esito risulta talora persino rischioso in termini di mortalità acuta da intossicazione/overdose o di slatentizzazione di disturbi mentali sottostanti, tenuti sotto controllo e in qualche misura "compensati" dal sintomo e comunque sempre sotto la minaccia concreta di una recidiva.

D'altro canto è oramai opinione condivisa nel mondo scientifico – nel quadro di una visione più ampia del termine salute - che il "miglioramento delle condizioni di vita" lo si debba misurare anche con l'utilizzo di outcome relativi ad altri aspetti, con impatto e significatività spesso maggiori sulla qualità della vita (lavoro, famiglia, relazioni, patologie associate...) della mera astensione dall'uso di sostanze psicoattive.

La logica della misura, della moderazione o della temperanza, si è andata così riaffermando nel mondo scientifico; una **concezione ecologica del piacere** – una prospettiva più matura e realistica di quella dell'astensione assoluta, non solo nell'ambito dell'uso di sostanze illegali (la riduzione del danno), ma anche dell'alcool, del tabacco (da tempo la letteratura medica ipotizza programmi di mantenimento con nicotina accanto ai percorsi di cessazione, per chi non riesce a smettere del tutto), del gioco d'azzardo (il "gioco responsabile", approccio nato in Canada ed in Australia ed ora in via di diffusione in molti paesi) e del soprappeso (l'abbandono dei criteri estetici a favore di quelli di salute globale); è più corretta sul piano etico, rispetta le persone per come sono e non per come la società/il sistema di cura vorrebbero che fossero ed è nettamente più praticabile sul piano concreto dell'erogazione degli interventi terapeutici.

*La riduzione del danno in Piemonte non dovrà essere solo costituita da una costellazione più o meno completa di interventi sanitari e sociali volti a prendersi cura in modo "caritatevole" degli "inguaribili" o comunque dei refrattari alle cure, ma essere una filosofia che informa in modo globale l'insieme dell'approccio di prevenzione, limitazione dei rischi, trattamento e riabilitazione, e non perché sia "più giusto" ma perché vi sono sempre maggiori evidenze che "funziona di più" sia per i destinatari diretti che per la collettività tutta.*

### **Gli elementi fondamentali della Riduzione del Danno e della Limitazione dei rischi**

Ai fini della costruzione di una cornice di riferimento per valutare l'inserimento o meno, all'interno del Piano regionale per la riduzione del danno di cui al PSSR regionale, di interventi attivati da parte di tutti i soggetti operanti a vario titolo nel campo della patologia delle dipendenze e dei comportamenti additivi si rende necessario l'utilizzo di una griglia interpretativa.

**RDD (Riduzione del danno) e LDR (Limitazione dei rischi)** sono sostanziate prevalentemente più che da un insieme finito di pratiche e modalità di intervento da un orientamento operativo volto al mantenimento/ottenimento del massimo livello di salute possibile compatibilmente con uno stile di vita che non escluda consumi psicoattivi potenzialmente pericolosi per la salute stessa.

Le modalità operative più comuni e validate a livello UE sono costituite dall'attività di outreach (interventi nei contesti di consumo, socializzazione e aggregazione), dalla gestione di servizi di prossimità (unità di strada, drop-in, drug consumption rooms), dal testing, dall'attivazione di pratiche di empowerment e peer-support.

- **Il lavoro di RDD** si rivolge, nella fase di attività, ai **consumatori** di sostanze psicoattive illegali e legali o di altri oggetti potenzialmente additivi (dipendenze sine substantia) laddove dall'uso

derivino significativi disturbi per la salute globalmente intesa. Anche le sequele evolutive a lungo termine del consumo attivo rientrano nell'attività di RDD. L'atteggiamento di tali persone nei confronti del proprio consumo è quello di non contemplare ma non escludere per il futuro un cambiamento quantitativo in direzione di una riduzione/astensione.

I danni sui quali si interviene sono di natura sanitaria, microsociale e macrosociale, ivi compresi quelli giudiziari.

- **Il lavoro di LDR** si rivolge, nella fase di attività, ai **consumatori** di sostanze psicoattive illegali e legali o di altri oggetti potenzialmente additivi (dipendenze sine substantia), laddove dall'uso non siano o non siano ancora derivati disturbi significativi per la salute globalmente intesa, nell'ottica di attenuare il processo di problematizzazione somatica, psicologica, familiare, sociale e normativa.

L'ottica è quella della promozione della salute

- **Le popolazioni bersaglio** sono rappresentate sia da quelle già in carico che da quelle non o non più in carico ai servizi formali di cura. L'accesso contemporaneo ai servizi formali di cura non costituisce controindicazione alla fruizione delle attività di RDD e LDR. Particolare attenzione deve essere posta nei confronti delle cosiddette "popolazioni nascoste" in particolare gli adolescenti e i giovani adulti e gli stranieri irregolari.

- **Gli interventi di RDD e LDR** non hanno pretese né di esclusività né di esaustività e si inscrivono nell'ambito dell'intervento più generale del sistema dei servizi, nella logica della "**politica dei 4 pilastri**"

Le caratteristiche sine qua non degli interventi di RDD e LDR sono rappresentate da cinque condizioni che devono essere tutte contemporaneamente rispettate, nel quadro di una calibrazione degli interventi sul livello motivazionale individuale:

- La **bassa soglia di accesso** connotata dall'assenza o dalla riduzione al minimo concretamente indispensabile dei prerequisiti soggettivi ed oggettivi per l'accesso all'erogazione degli interventi e dalla massima facilitazione oggettiva (sedi, orari) dell'accesso stesso.

- La possibilità per i destinatari di accedere all'erogazione degli interventi senza declinare le proprie generalità e, più in generale la possibilità di avvalersi dell'**anonimato** in tutte le fasi del rapporto con il servizio; ciò ad esclusione dei casi espressamente previsti dalla legge ( ad esempio l'accoglienza notturna).

- La proposizione di **rapporti a legami deboli**, nei quali la disponibilità del servizio non sia condizionata in alcun caso da elementi soggettivi connessi con il pattern dei consumi o con il livello motivazionale rispetto al cambiamento dello stesso.

- La costante **negoiazione degli obiettivi** con i destinatari degli interventi, non in riferimento ad un contratto stabile e predeterminato, sia individualmente che, ove necessario, collettivamente; tutta l'attività viene svolta nel rigoroso rispetto del **principio etico prima facie dell'autonomia**, e con la massima valorizzazione della consapevolezza individuale e del protagonismo individuale e collettivo.

- Le attività **non sono orientate all'astensione dai consumi** quale obiettivo primario; il pattern dei consumi rappresenta un bersaglio degli interventi in termini di modificazione principalmente qualitativa. La riduzione quantitativa dei consumi, sino all'eventuale completa astensione, può rappresentare un esito indiretto costante o instabile dell'attività.

### **Le dipendenze da sostanze psicoattive illegali**

La diffusione della patologia da uso problematico di sostanze psicoattive illegali nella nostra Regione, misurata attraverso l'utenza dei SERT, si mostra stabile sul dato di circa 13.500 utenti

soggetti (13.378 nel 2008) in carico per anno cui sono da aggiungere nel 2008, 1543 soggetti trattati per tabacco, gambling patologico e altre dipendenze comportamentali e 6.184 alcolodipendenti. Il Piemonte presenta (Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008) il tasso grezzo di utenza SerT più elevato tra le Regioni italiane. I nuovi utenti sono aumentati negli ultimi anni (2.987 nel 2008), aumento dovuto principalmente all'afflusso di soggetti con dipendenze da sostanze legali e da comportamenti.

La distribuzione regionale presenta una notevole variabilità, con aree, soprattutto quelle metropolitane, che presentano, rapportati alla popolazione, più del doppio degli utenti rispetto alla media regionale: è incerta l'attribuzione dell'origine di tale variabilità che potrebbe in parte essere attribuita ad una differente accessibilità ai Servizi ed in parte, così come dimostrato in altri contesti, ad una reale maggiore prevalenza del fenomeno nelle aree urbane. Il profilo delle sostanze per cui i soggetti richiedono il trattamento sta cambiando: a fronte di un aumento dei soggetti trattati per tabacco, gambling patologico e cocaina si è assistito, a partire dal 2001 ad un calo del 19% del numero dei soggetti trattati per eroina e oppiacei. Nel 2008 10.637 soggetti (71%) erano trattati per eroina, 1.733 (12%) per cocaina, 800 (5%) per cannabinoidi e 1.543 (10%) per tabacco, gambling patologico e altre dipendenze comportamentali.

Occorre sottolineare il fatto che "il problema principale" riferito dagli utenti non sempre è quello che è più influente sul piano dei rischi per la salute: particolarmente evidente, in questo, la sottovalutazione dei problemi "cocaina" e "alcool" nei casi di coabuso.

In Italia si stima, attraverso tecniche di integrazione tra diversi sistemi di sorveglianza (metodi di cattura/ricattura, del moltiplicatore, dell'indicatore demografico e dell'indicatore multivariato), che i soggetti dipendenti da oppiacei illegali siano nel 2008 9,8 per mille residenti di età 15-64 anni. Per il Piemonte questo significherebbe una stima del numero di soggetti dipendenti da eroina di 28047 nel 2008 e che in Piemonte siano stati trattati nel 2008 il 38% dei soggetti eroinodipendenti presenti sul territorio regionale, dato in diminuzione rispetto agli anni precedenti nei quali si stimava che tra il 52% e il 60% dei soggetti eroinodipendenti fosse in trattamento presso i SerT.

L'impatto sanitario delle dipendenze da eroina è misurato principalmente dalla prevalenza delle patologie infettive e dalla mortalità per overdose. Tra i soggetti trattati nei SerT nel 2008 i soggetti positivi ad HIV sono il 6%, i positivi ad HBV sono il 21% (cui aggiungere il 16% di soggetti vaccinati) e i positivi ad HCV sono il 43%.

La prevalenza di malattie infettive tra gli utenti SerT è sottostimata poiché solo circa la metà dei soggetti è stata sottoposta a test anti HIV: un dato che potrebbe indicare un abbassamento del livello di attenzione alla diffusione dell'HIV segnalato anche al livello internazionale.

La mortalità per overdose è in progressivo calo, sia in Piemonte sia in Italia, a partire dal 1996, ma il tasso standardizzato del Piemonte rimane su valori circa doppi rispetto a quello nazionale. Nel 2006 (ultimo anno disponibile ISTAT) i decessi sono stati 45.

Non è semplice individuare i determinanti di tale riduzione; parallelamente alla riduzione della mortalità si andavano diffondendo, seppure in modo non del tutto omogeneo, i Servizi di Riduzione del danno e andava aumentando l'appropriatezza nei trattamenti erogati dai SerT (progressivo aumento del numero di soggetti trattati con metadone a lungo termine e aumento del dosaggio medio del farmaco).

## **Lo stato dei Servizi di RDD in Piemonte nel 2009**

Complessivamente nel territorio regionale nel novembre 2009 si possono contare:

- **3 Unità di Strada attive:** 1 a Torino (denominato “Can Go”), 1 a Ivrea e Comuni limitrofi (denominata “Sommer/Agibile”) e 1 a Pinerolo e Venaria (denominata “Sottovento”). 2 Unità di Strada in stand by (a Biella ed Alessandria);
- **7 Drop - In attivi:** 2 a Torino e 1 a Collegno (denominato “PuntOFermo”), 1 a Ivrea, 1 a Biella, 1 ad Alessandria e 1 ad Asti (denominato “Tempo diurno”);
- **2 Dormitori specializzati, di cui uno totalmente dedicato:** per 10 posti a Rivoli - ASL TO 3 — (denominato “Endurance”) ed 1 a Torino parzialmente dedicato – 15 posti letto dei 25 posti messi a disposizione;
- **3 interventi di Gestione della sala d’attesa somministrazione metadone:** 1 Progetto a Torino - ASL TO2 (denominato “Dis/pari”), 1 a Ivrea - ASL TO4, 1 ad Alessandria - ASL AL;
- **1 Unità mobile – progetto “Neuttravel”** – collaborazione tra il servizio pubblico - ASL TO4 Ivrea - e privato sociale - CNCA - in grado di intervenire in tutto il territorio regionale, fornendo anche il supporto alle attività già presenti sui singoli territori, con l’obiettivo di intervenire in contesti estemporanei come i rave e i party;
- **5 progetti diversi “non strutturali” attivi** (Centro di assistenza legale (CAL) di Torino; Progetti A.n.T. Settimo T.se e Club House Volpiano; “In margine ai servizi” Verbania; dispensazione materiali sterili Nichelino e 2 strutturali in corso di attivazione (Drop In Novara e VCO)
- un numero basso ma difficilmente precisabile di altri dispositivi automatici per la distribuzione/scambio siringhe usate

Tra gli interventi tradizionalmente collocabili nel campo della RDD non vi sono in Piemonte attività relative a:

- DCR Drug Consumption rooms
- Pill testing / early warning system
- Drop in a ciclo continuo 24h/24
- Dormitorio a ciclo d’accesso continuo