

## **LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV NEI TOSSICODIPENDENTI ITALIANI: MODELLI DI INTERVENTI NELLA SECONDA DECADE DELL'EPIDEMIA**

Giovanni Serpelloni (1), Giovanni Rezza (2), Gabriele Codini (3)

---

*(1) Sezione di Screening HIV - Gruppo C ULSS 20 Verona*

*(2) Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (C.O.A.) - Roma*

*(3) C.O.A.M. e Ufficio Centrale di Coordinamento Tossicodipendenze  
del Comune di Milano*

### **INTRODUZIONE**

L'acquisizione e la trasmissione dell'infezione da HIV da parte dei tossicodipendenti e degli ex tossicodipendenti riconosce due comportamenti a rischio prevalenti: l'uso della siringa o degli oggetti impiegati per la preparazione della droga in comune con altri tossicodipendenti infetti e i rapporti sessuali non protetti con persone infette, sia di tipo eterosessuale che omosessuale.

Quest'ultima via di infezione è stata recentemente evidenziata da diversi studi epidemiologici come la modalità con cui si mantiene l'infezione nella popolazione generale; si stima infatti che il 30% dei tossicodipendenti si sia infettato attraverso la via sessuale. (1-3)

E' ormai consolidato il concetto che fino ad oggi, vista l'assenza di terapie efficaci e le proporzioni che questa problematica sta assumendo, l'unica arma a disposizione per combattere la diffusione dell'infezione da HIV è la prevenzione del contagio mediante una scrupolosa e puntuale opera di educazione sanitaria con coinvolgimento dei soggetti con comportamenti a rischio. (4)

I dati epidemiologici e le indicazioni OMS giustificano l'affermazione che la prevenzione della diffusione dell'HIV nei tossicodipendenti vada attualmente considerata prioritaria rispetto a qualunque rischio riconosciuto di incremento nell'abuso di sostanze stupefacenti. Anche la grossa potenzialità di trasmissione dell'infezione dai tossicodipendenti a fasce di persone appartenenti alla popolazione generale ha reso necessaria ed urgente la messa a punto di una strategia globale di prevenzione dell'infezione da HIV, mirata soprattutto al gruppo dei tossicodipendenti e articolata in diversi interventi a livello individuale e collettivo (infatti si ritiene che la rapida diffusione dell'HIV nei tossicodipendenti è il principale fattore responsabile della futura epidemia nell'ambito della co-

munità eterosessuale) (5).

Chiunque in questi anni si sia occupato realmente dei problemi legati alla tossicodipendenza non può non concordare che la risoluzione radicale del problema tossicomaniaco non può essere ottenuta in tempi brevi ma solo dopo lunghi e laboriosi interventi.

D'altro canto, l'intervento di prevenzione dell'infezione da HIV non può essere procrastinato, ma deve essere attivato immediatamente (coordinato e standardizzato su tutto il territorio nazionale) per impedire la diffusione massiccia di tale infezione fra i tossicodipendenti e da questi alla popolazione generale.

Non è possibile quindi aspettare ad attivare i piani di intervento o temporeggiare in attesa di ristrutturazioni "totali" delle strutture sanitarie, dati i tempi lunghi richiesti. Bisogna quindi attivare le strutture per l'assistenza ai tossicodipendenti già esistenti orientandole il più possibile ad affrontare l'emergenza epidemica, considerando la prevenzione dell'infezione da HIV prioritaria rispetto a qualsiasi altro tipo di intervento, ponendo quindi gli interventi per le tossicodipendenze in un contesto più ampio di sanità pubblica.

## **EPIDEMIOLOGIA DELLE TOSSICODIPENDENZE E DELL'INFEZIONE DA HIV**

### **1. Prevalenza dei tossicodipendenti con uso iniettivo della droga (TDI)**

La prevalenza di TDI in carico ai servizi ha una notevole variabilità geografica in Italia. Nelle regioni italiane si va da un minimo (Calabria) di circa 0,95 x 1000 abitanti (maschi e femmine tra i 15-45 anni) fino ad un massimo di 5.86/1000 (Valle d'Aosta), con una media nazionale di 3.41/1000.

Non sono chiari i determinanti geografici e socioeconomici di queste differenze anche se sembra emergere una associazione tra prevalenza di TDI e maggiori livelli di industrializzazione e di reddito procapite.

Le variazioni geografiche della prevalenza di TDI sembrano però essere fortemente spiegate anche dalla "dimensione" dei servizi in termini di dotazioni di personale. Non è possibile sapere se si tratta di un segnale di "sensibilità" del sistema sanitario (dove ci sono più TDI sono stati realizzati più servizi e più grandi) oppure se la dimensione della popolazione osservata dipende dall'offerta di servizi, indipendentemente dalle reali dimensioni del problema nella popolazione.

La seconda ipotesi sembrerebbe essere fortemente avvalorata dall'osservazione di una bassa prevalenza di TDI utenti dei servizi in aree dove altri indicatori (traffico, sequestri, etc.) farebbero prevedere una notevole dimensione della tossicodipendenza. Viceversa alte prevalenze si osservano in zone più "tranquille".

Anche la prevalenza di TDI osservati dai servizi cresce costantemente nel tempo, ma questo fenomeno potrebbe essere spiegato da un aumento dell'offerta di servizi, che sicuramente è avvenuto, con conseguente aumento dell'utenza.

Tuttavia stime della dimensione della popolazione dei TDI con metodi indiretti, come il cosiddetto metodo di "capture-recapture", tendono ad avvalorare l'ipotesi di un progressivo incremento numerico della popolazione dei TDI.

## **2. Comportamenti dei TDI**

Per quanto riguarda i comportamenti dei TDI associati a rischi per la salute, esistono osservazioni consistenti circa una diminuzione del fenomeno dello scambio delle siringhe, probabilmente in parte attribuibile all'effetto degli interventi di informazione. Tuttavia circa il 20% dei TDI continua ad usare siringhe in comune.

Per quanto riguarda i comportamenti sessuali i dati scientifici disponibili sfatano alcune convinzioni, rivelando che i TDI hanno una elevata attività sessuale. Da notare che la maggioranza dei partners sessuali dei TDI, soprattutto donne, sono non TDI. La prostituzione inoltre è un comportamento fortemente associato alla ricerca di denaro per comprare la droga.

Inoltre non sembra aumentare significativamente tra i TDI, nonostante gli interventi di informazione, l'uso del profilattico.

## **3. Mortalità dei TDI**

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

La mortalità nei TDI è andata cambiando dall'inizio degli anni 80 ad oggi, con un continuo aumento dei tassi di mortalità generale. Questo fenomeno, associato all'aumento della popolazione dei TDI, ha fatto in modo che, nella popolazione in generale, soprattutto per alcune cause (epatite, endocarditi, cirrosi), la frazione di mortalità attribuibile alla tossicodipendenza è fortemente aumentata.

Supponendo che vi siano in Italia circa 200.000 TDI, assuntori abituali di droghe per via endovenosa, ogni anno ne muoiono circa 4.000, di essi 2.000 muoiono di AIDS, 1.220 di overdose, 300 di morte violenta. Nel 1991, per la prima volta, il numero delle morti per AIDS nei TDI supera quello delle morti per overdose. L'incidenza e la mortalità per AIDS comunque arriveranno al loro massimo solo alla fine degli anni 90.

I tassi di mortalità per overdose sembrano recentemente diminuire o stabilizzarsi, pur

in presenza di un'espansione della popolazione dei TDI. Si suggerisce cautela nella interpretazione di questa evidenza: essa è probabilmente associata ad una progressiva riduzione della letalità per overdose, in parte attribuibile ad una maggiore efficacia degli interventi di emergenza.

#### **4. Stato dell'epidemia da HIV (74)**

I casi di soggetti infetti da HIV e con AIDS vengono descritti attraverso stime di incidenza e prevalenza.

Si può affermare che le stime di incidenza e prevalenza di AIDS, sia per quanto riguarda lo stato attuale dell'epidemia (1993) che le previsioni a medio termine (1995), sono da considerare molto affidabili. A livello progressivamente inferiore di affidabilità vanno collocate le stime di prevalenza attuale di infezioni HIV, quindi le previsioni di prevalenza HIV al 1995, ed in misura ancora minore le stime di incidenza attuale di infezioni HIV. Le previsioni 1995 di incidenza di infezioni HIV che dipendono fortemente dalle conoscenze disponibili sui parametri epidemici risentono di livelli notevoli di incertezza.

Dai dati del sistema di sorveglianza, tenendo conto del ritardo di notifica, nel 1993 si sono verificati in Italia almeno 1.900 nuovi casi di AIDS ogni 6 mesi.

Da stime, la sopravvivenza mediana in AIDS è di circa 16 mesi; ne deriva una stima di prevalenza di circa 7.400-7.800 persone con AIDS viventi alla fine del secondo trimestre 1993. La stima è molto affidabile.

La stima minima da sistemi di sorveglianza è di circa 9.500 nuove diagnosi di infezioni HIV / anno, di cui circa 2.900 donne (fine 1992).

Modelli matematici integrati stimano 14.500 nuovi casi incidenti nel 1992, di cui 7.000 circa fra le donne. La differenza tra stime osservazionali e stime da modelli si rileva quasi esclusivamente per le donne, e dipende verosimilmente da un forte effetto dell'intervallo tra il verificarsi dell'infezione ed il primo test positivo (presumibilmente molto accentuato per le donne non tossicodipendenti) che, secondo i modelli, costituirebbero oltre il 40% delle nuove infezioni verificatesi nel 1992.

Di conseguenza le stime osservazionali delle nuove diagnosi di infezione da HIV derivate da sistemi di sorveglianza approssimano bene l'incidenza di infezioni tra i maschi TDI (alta frequenza di test, quindi brevi intervalli tra infezione e diagnosi), ma sottostimano notevolmente l'incidenza di infezione nella popolazione generale, soprattutto nelle donne.

Le conoscenze oggi disponibili ci permettono di affermare che il picco di incidenza di infezione HIV si è verificato in Italia tra il 1986 ed il 1987, con almeno 5.000 nuove infezioni a trimestre, verificatesi quasi esclusivamente tra i TDI.

Si stimano attualmente almeno 67.500 persone con infezione HIV diagnosticate in Italia, di cui circa il 29% donne. Da modelli matematici (basati su stime osservazionali all'inizio del 1991 di circa 68.000 casi prevalenti) si giunge a stimare circa 89.000 persone con infezione HIV viventi a fine 1992, di cui il 65% TDI.

La quota di infezioni tra maschi attribuibile a rapporti sessuali con persone dello stesso sesso non sarebbe superiore al 9%.

## 5. Previsioni (74)

Nel 1995 si dovrebbero verificare 5.800 casi di AIDS ogni trimestre. Si tratta di un raddoppio dell'incidenza 1993. E' possibile affermare che il 95% dei casi incidenti di AIDS al 1995 è non prevenibile, poiché tale incidenza deriverà da persone che hanno già oggi contratto l'infezione. In altre parole i necessari interventi di prevenzione, che saranno in grado di ridurre l'incidenza di infezione nel breve periodo e quindi dei casi di AIDS nel medio e lungo periodo, non potranno ridurre i bisogni assistenziali nel breve periodo.

Possiamo formulare una previsione di prevalenza di circa 10.000 - 12.000 persone con AIDS viventi nel 1995. Soprattutto il bisogno di servizi ospedalieri per persone con AIDS raddoppierà rispetto al 1993, e non sarà in alcun modo influenzato dall'intervento di prevenzione. Malgrado queste previsioni volutamente si limitino al 1995, per ottimizzare precisione e validità, per quanto riguarda la prevalenza di AIDS si può affermare con sufficiente affidabilità che il numero massimo di persone con AIDS viventi non sarà raggiunto prima del 2.000, anno in cui vi potrebbero essere circa 17.000 persone vive con AIDS in Italia. Problemi metodologici rendono incerte e poco affidabili previsioni quantitative sull'incidenza di infezione da HIV anche a breve periodo.

Possono tuttavia essere formulate alcune osservazioni qualitative:

1. in termini di frequenza l'incidenza delle infezioni HIV sta diminuendo tra i TDI, probabilmente per la progressiva riduzione della proporzione di TDI con comportamenti ad alto rischio (parziale cambiamento dei comportamenti, in parte esaurimento per infezione dei sottogruppi ad alto rischio). Questa diminuzione di incidenza è solo in parte dipendente dall'effetto di interventi di prevenzione;
2. in termini di frequenza l'incidenza delle infezioni HIV nella popolazione in generale sta aumentando sensibilmente, in particolare tra le donne. La maggiore frequenza di nuovi casi di infezione da HIV tra le donne è plausibilmente dovuta a :
  - maggiore probabilità di trasmissione in un rapporto sessuale da maschio infetto a femmina suscettibile;
  - maggiore probabilità di una donna di popolazione generale di incontrare un partner sessuale TDI (o ex), poiché tra i TDI il rapporto maschi/femmine è circa 5 a 1;
3. nella popolazione di TDI maschi oltre l'85% delle nuove infezioni HIV viene deter-

minato dall'uso in comune delle siringhe, mentre tra le donne TDI almeno il 35% delle nuove infezioni è determinato da trasmissione sessuale;

4. nella popolazione generale almeno il 60% delle nuove infezioni tra gli uomini è attribuibile a rapporti sessuali con prostitute TDI, mentre tra le donne almeno l'80% delle nuove infezioni deriva da rapporti con partners sessuali TDI o ex TDI. In altre parole la maggioranza delle nuove infezioni nella popolazione generale sarà determinata da rapporti sessuali con TDI o ex TDI. Solo il 20% circa delle nuove infezioni tra i maschi e tra le donne sarebbe legato a rapporti sessuali con persone non TDI.

Interventi di riduzione del rischio nella popolazione dei TDI e nell'area della prostituzione sono quindi prioritari, non solo per ridurre l'epidemia tra i TDI, ma anche per evitare una diffusione rilevante dell'epidemia nella popolazione generale.

Le previsioni di prevalenza dell' infezione da HIV sono relativamente affidabili per quanto riguarda la proporzione di prevalenza determinata dalla incidenza attuale, meno affidabili per la quota attribuibile all'incidenza futura. Le previsioni prodotte pertanto debbono essere considerate con cautela . Si può tuttavia ipotizzare che nel 1995 ci potrebbero essere in Italia non meno di 100.000 persone con infezioni HIV di cui oltre il 40% donne.

## **ANALISI DEI PRINCIPALI PROBLEMI NELLA II<sup>a</sup> DECADE DELL'EPIDEMIA**

Nel pianificare i nuovi interventi di prevenzione nei tossicodipendenti i problemi principali che dovremmo affrontare nella seconda decade possono essere così riassunti:

1. La gestione del "serbatoio" di TDI sieropositivi creatosi in questi anni
2. La variazione del pattern epidemico
3. I partner dei TDI sieropositivi
4. La comparsa di nuovi sottogruppi a rischio "non iniettori"
5. Lo scarso reclutamento di pazienti a più alto rischio (neofiti, cronici extraSert e che rifiutano la comunità, ecc.)
6. L'arrivo della fase sintomatica dell'epidemia
7. L'inadeguatezza delle strutture territoriali (SerT) per l'assistenza ai TDI sieropositivi
8. Lo scarso/assente coordinamento tra SerT e reparti ospedalieri
9. Le resistenze degli operatori
10. I vecchi modelli di riferimento degli operatori
11. La mancanza di standardizzazione dei protocolli di intervento

### **1. La gestione del “serbatoio” di TD sieropositivi creatosi in questi anni** *(Prevenzione della fase di trasmissione dell'infezione)*

La gestione del serbatoio di persone sieropositive che si è andato a creare in questi anni rappresenta una delle problematiche principali in quanto essi sono i potenziali vettori e propulsori delle future ondate epidemiche. Bisogna inoltre considerare che il gruppo dei tossicodipendenti ha un turnover molto elevato, che corrisponde circa al 10 % all'anno (pazienti in/out), con altrettanto usciti, su di un numero stimato in Italia di circa 150.000-200.000 soggetti. Il tempo medio di permanenza nel compartimento tossicodipendenza è di circa 6-8 anni con notevoli variazioni individuali e con una percentuale variabile dal 5 al 10% di soggetti che cronicizzano il loro stato. Questo significa che la popolazione di tossicodipendenti che era presente nel 1980, ad oggi (salvo la piccola parte di cronici) è quasi totalmente rinnovata con caratteristiche comportamentali, atteggiamenti psicologici e livelli di conoscenza sicuramente diversi.

### **2. La variazione del pattern epidemico**

Come già sottolineato, il pattern epidemico prevalente anche all'interno dei tossicodipendenti sarà sempre di più la via sessuale. Da studi da noi eseguiti (14) si è visto che il tossicodipendente, come tutti gli altri gruppi a rischio, modifica i comportamenti sessuali molto più difficilmente rispetto all'uso promiscuo della siringa.

### **3. I partner dei TDI**

Da numerose indagini condotte in varie zone del territorio nazionale si è potuto verificare che i TDI maschi sieropositivi hanno prevalentemente partner femmine non TDI. Inoltre è stato rilevato che circa il 60% delle donne TDI utilizza la prostituzione come fonte di guadagno e ha rapporti mediamente con 5-15 uomini al giorno non TDI. E' noto che la fase critica dell'espansione di un'epidemia è il passaggio dell'infezione da piccoli gruppi chiusi ad alta circolazione di virus, ad ampi strati di popolazione che, anche se presentano tassi di incidenza per il momento contenuti, provocherebbe un incremento assoluto del numero degli infetti vertiginoso. L'importanza di mirare campagne preventive direttamente sui partner dei TDI risulta facilmente comprensibile.

### **4. La comparsa di nuovi sottogruppi a rischio “non iniettori”.**

Recenti ricerche condotte in USA e Gran Bretagna (76-79) sottolineano la necessità di approntare strategie di prevenzione anche per coloro che fanno un'uso di sostanze per

via inalatoria, respiratoria o per os (cocaina, crack, amfetamine, ecc.). Infatti, sono state riscontrate prevalenze elevate di sieropositività anche tra consumatori di queste sostanze che non riferivano comportamenti altrimenti considerati ad alto rischio. L'uso di queste sostanze è associato ad un'aumento delle attività sessuali a rischio (sia per una liberazione delle inibizioni in alcuni casi, sia per la necessità di fornire prestazioni in cambio di soldi o droga in altri)(76). Tale dato sottolinea la necessità di approntare con urgenza strategie di prevenzione mirate anche a chi non si identifica con l'etichetta sociale di "tossicodipendente" (ad esempio molti giovani che utilizzano saltuariamente sostanze come l'ecstasy non solo non si riconoscono in questa etichetta ma dimostrano alti livelli di intolleranza verso gli eroinomani) (79). Una maggiore attenzione deve essere riservata a strategie in grado di aumentare la consapevolezza, in particolare nei giovani, che i fattori collegati alla droga e la trasmissione dell' HIV sono individuabili non solo nell'uso di eroina, nello scambio di siringa, ma anche all'utilizzo di tutte quelle sostanze che possono agire su meccanismi inibitori di comportamento e capacità di giudizio.

## **5. Lo scarso reclutamento di pazienti a più alto rischio**

Un ulteriore problema da affrontare è lo scarso contatto con i SerT soprattutto dei TDI neofiti e "cronici refrattari". La durata media della storia tossicomantica al momento del primo contatto con il SerT varia dai 4 ai 6 anni (anche se negli ultimi anni c'è una tendenza ad anticipare il contatto). Inoltre esiste una fascia di TDI cronici che non si recano più ai servizi in quanto non vogliono rinunciare all'uso dell'eroina o ritengono la terapia sostitutiva con metadone non sufficiente per i loro bisogni o non accettano gli interventi psicosociali normalmente collegati alla terapia farmacologica. Altri pazienti invece, nei servizi dove viene proposta prevalentemente l'entrata in comunità, rifiutano la proposta allontanandosi così dal servizio.

Entrare in contatto con questi gruppi risulta importante perché essi rappresentano molto probabilmente i soggetti con maggiore probabilità di infezione, quelli in grado cioè di mantenere attive le catene epidemiche.

## **6. L'arrivo della fase sintomatica dell'epidemia.**

Più si avanza negli anni e più i pazienti sieropositivi si ammalano. Entriamo quindi nella fase "sintomatica" dell'epidemia con tutte le nuove problematiche di ordine assistenziale che questo comporterà all'interno dei SerT e dei reparti ospedalieri.



## **7. L'inadeguatezza odierna delle strutture territoriali (SerT e comunità) per l'assistenza ai TDI sieropositivi**

Le strutture sanitarie ospedaliere ma soprattutto quelle territoriali non sono preparate (per problemi strutturali e organizzativi legati al ritardo dell'utilizzo dei finanziamenti ed alle politiche sanitarie fino ad oggi condotte) ad affrontare la fase sintomatica dell'epidemia con conseguente riversamento di pazienti tossicodipendenti sieropositivi sui servizi territoriali che già li hanno in carico per altri problemi. Di conseguenza i servizi per le tossicodipendenze (assieme alle comunità terapeutiche ed al carcere) rappresentano le strutture in cui è possibile trovare il più alto numero di aggregazioni di tossicodipendenti sieropositivi.

I SerT in particolare rappresentano le strutture che maggiormente entrano in contatto con i tossicodipendenti attivi che quotidianamente corrono il rischio di contrarre l' HIV ma soprattutto essi hanno in carico il numero più elevato di persone sieropositive. In Italia sono oltre 40.000 le persone sieropositive in contatto con i SerT e questo rappresenta la più alta concentrazione di pazienti di questo tipo all'interno di una struttura sanitaria. Questi servizi quindi, rappresentano dei posti strategici importantissimi fino ad ora poco sfruttati, dove poter espletare i programmi di prevenzione ma soprattutto di assistenza e di profilassi delle infezioni opportunistiche.

I SerT non sono soltanto i posti più indicati dove poter esplicare gli interventi di prevenzione per l'infezione da HIV, ma sono anche le sedi dove poter instaurare interventi per la profilassi dell'epatite B, delle MTS, della TBC e di tutte le altre infezioni che colpiscono in maniera prevalente, rispetto alla popolazione generale, il gruppo dei tossicodipendenti.

Al di là però dell'importanza strategica che queste strutture rivestono nel controllo dell'infezione da HIV, va considerata però la reale fattibilità degli interventi all'interno di queste strutture (che variano moltissimo da regione a regione) che attualmente sono in una condizione funzionale estremamente carente rispetto alle necessità dei loro utenti sieropositivi. Per capire la gravità del problema basti pensare che vi sono SerT che non sono in grado di dare una adeguata assistenza medica e in cui oltre il 60% degli utenti è sieropositivo.

Bisogna quindi riqualificare i SerT da un punto di vista dell'assistenza medica specialistica sia in ambito internistico che infettivologico.

## **8. Lo scarso o assente coordinamento tra SerT e reparti ospedalieri**

Salvo isolati casi nati dalla personale propensione degli operatori dei reparti e dei servizi alla collaborazione, non esiste un modello di organizzazione sanitaria a cui far riferimento ben delineato, realisticamente applicabile ma soprattutto adatto alla nuova situazione. E' necessario quindi definire, sulla base di quanto già indicato nel progetto

obiettivo AIDS 1994-96 della Commissione Nazionale AIDS, in modello più preciso di collaborazione dipartimentale che riguardi tutte le strutture coinvolte nella prevenzione e nella cura dell'infezione da HIV. Nell'organizzazione di questi sistemi bisogna tenere conto però delle particolari situazioni assistenziali e comportamentali dei tossicodipendenti (soprattutto se sieropositivi) e della bassa compliance che essi presentano. Non è opportuno infatti modificare flussi afferenziali e predisporre strutture che non tengano conto di questi particolari e complessi problemi dei TDI. Il problema principale a questo proposito è rappresentato dalla corretta gestione della fase asintomatica, delle profilassi e della terapia antiretrovirale contemporaneamente al controllo della MTS, delle epatiti e alle terapie farmacologiche per la tossicodipendenza.

Così come risulta scorretto e non opportuno pensare di poter affrontare la gestione di un TD sieropositivo solo all'interno del SerT, risulterebbe altrettanto inadeguato affrontare e pensare di poter dare delle efficienti risposte assistenziali ma soprattutto preventive solo all'interno dei reparti o dei day hospital.

Alla luce di queste considerazioni le consulenze specialistiche presso il SerT rivestono quindi una fondamentale importanza al fine di operare una prima diagnostica e creare un corretto contatto fin da subito con lo specialista da continuare, se necessario, in ambiente ospedaliero.

## **9. La resistenza degli operatori**

Uno dei problemi più importanti che l'emergenza AIDS ha suscitato negli operatori dei servizi per le tossicodipendenze è stata la creazione di un brusco spostamento dell'asse delle priorità d'intervento. L'operatore si è trovato di fronte ad una nuova problematica prevalentemente di tipo sanitario che ha costretto a ridefinire i propri obiettivi, a dover rapidamente aggiornarsi su una patologia fino ad allora sconosciuta e a formulare di conseguenza nuove linee di intervento che tra i vari problemi prevede anch'essa rivalutazione di una terapia tanto contestata e in via di abbandono come quella con metadone (6-9). Si sono dovute quindi ridefinire anche le funzioni degli operatori stessi e delle gerarchie decisionali. Le resistenze messe in atto contro questa necessità e questi cambiamenti hanno ritardato non poco l'attuazione dei programmi di prevenzione.

Inoltre la giustificata medicalizzazione della tossicodipendenza, inevitabile conseguenza dell'infezione da HIV, è stata spesso vissuta come regressione o come possibile espropriazione delle proprie competenze da parte del personale deputato all'assistenza sociale e al supporto psicologico. Il fenomeno non è affatto limitato alla realtà istituzionale italiana, esiste anzi una letteratura internazionale che ha evidenziato anche reazioni estreme come il rifiuto a parlare del vissuto di sieropositività con il paziente.

Riconosciuta l'urgenza medica e organizzato un intervento che mira in linea prioritaria-

ria ad affrontare il problema biologico e successivamente a strutturare su di esso anche un intervento sulla tossicodipendenza. L'infezione da HIV nel tossicodipendente meriterebbe perlomeno pari considerazione.

## 10. I vecchi modelli di riferimento degli operatori

Il problema principale però è rappresentato dagli odierni modelli di riferimento culturale e professionale per la lotta alle tossicodipendenze che per la maggior parte degli operatori dei servizi risentono di un' impostazione basata più spesso su ideologie e filosofie che su modelli scientifici. La grande maggioranza dei modelli ad oggi utilizzati non traggono la loro giustificazione applicativa dalla produzione di risultati oggettivamente e sperimentalmente valutati. Gli orientamenti terapeutici che ne derivano (farmacologici e non) non sono quindi orientati realmente verso il paziente ma sono fortemente influenzati da convincimenti, credenze e ideologie dell'operatore. Guide terapeutiche realmente orientate emergeranno quando i medici in primo luogo insisteranno ad applicare alla chemioterapia della tossicodipendenza gli stessi standard che applicano alla chemioterapia delle malattie infettive, del cancro, della schizofrenia, della depressione e dei disturbi endocrini (72).

Per inquadrare giustamente il problema quindi, la tossicodipendenza da oppiacei non andrebbe più considerata un semplice comportamento deviante, conseguenza di un "vizio", di una "debole volontà" o di un insieme di soli fattori psicosociali, ma come una vera e propria malattia cronica-recidivante refrattaria nella maggior parte dei casi alle terapie e generalmente autolimitantesi dopo 6-8 anni, con notevoli variazioni individuali e con una percentuale variabile dal 5 al 10% di soggetti che cronicizzano il loro stato. La tossicodipendenza da oppiacei presenta un'alta morbilità e mortalità, la sua genesi è multifattoriale, in essa giocano un ruolo importante anche fattori neurobiologici non completamente definiti (72).

La caratteristica principale di tale malattia è la recidiva, in quanto essa è caratterizzata e sostenuta da alterazioni neuroendocrine che portano forti situazioni astinenziali in caso di privazione dell'eroina, condizionando il soggetto ad un compulsivo e difficilmente controllabile bisogno-ricerca dell'oppio (craving). Da un punto di vista psicologico-comportamentale questa forma di patologia porta alla compromissione delle capacità mentali necessarie per operare scelte responsabili e consapevoli al fine di mantenere comportamenti positivi coerenti nel tempo. La cessazione dell'uso degli oppiacei anche per alcuni mesi non può far ritenere superato lo stato di malattia e questo può essere ritenuto ben superato solo dopo almeno cinque anni di assoluta astinenza dagli oppiacei e il non ricorso ad altre sostanze di "compenso" (alcol, altre droghe, sedativi, ecc.).

L'approccio più corretto al fenomeno quindi è quello di tipo scientifico, basato cioè

sulla valutazione oggettiva con criteri sperimentali dei modelli di intervento e dei risultati ottenuti, in un'ottica quindi di medicina sociale (nel senso più esteso del termine e comprendendo quindi oltre agli aspetti sanitari anche gli aspetti psicologici e sociali). Un approccio, in ultima analisi, di sanità pubblica che metta prima di tutto e al centro dell'intervento la salvaguardia dell'integrità biologica della persona tossicodipendente, incentivando poi quanto più possibile il reinserimento in un contesto sociale positivo e il contenimento di comportamenti devianti. Tutto questo anche con opportune forme temporaneamente restrittive e limitative dei diritti del paziente (come avviene per tutte quelle forme morbose dove si ha la compromissione delle capacità di intendere e di volere della persona), ma sempre e solo in un contesto di "cura ed assistenza" e non di punizione o di controllo sociale.

#### **11. La mancanza di standardizzazione dei protocolli di intervento per i SerT**

A tutt'oggi non esistono nel nostro paese dei protocolli di riferimento o delle linee guida a cui i SerT potrebbero far riferimento per le molte problematiche mediche della tossicodipendenza quali, ad esempio, l'infezione da HIV (sia per la prevenzione che per l'assistenza), le malattie sessualmente trasmesse, le epatiti, le terapie farmacologiche, la diagnosi e la terapia delle patologie correlate ecc..

In questa maniera non è possibile neppure condividere obiettivi e attuare interventi omogenei per ampie aree geografiche che possano avere quindi un reale impatto sull'epidemia e sul fenomeno della tossicodipendenza a livello nazionale.

### **CONSIDERAZIONI PRELIMINARI SULL'INTERVENTO PREVENTIVO**

#### **1. La fattibilità dell'intervento**

Un problema per l'attuazione della campagna educativa nei tossicodipendenti è la scarsità di aggregazioni naturali organizzate e stabili, tali da poter direttamente coinvolgere per diffondere il messaggio educativo.

Gli unici ambienti dove si possano trovare degli aggregati di tossicodipendenti più o meno permanenti, per poter esplicitare l'intervento con continuità, sono i servizi per le tossicodipendenze, le comunità terapeutiche e il carcere, anche se quest'ultimo non è l'ambiente adatto ad espletare interventi cheentino sull'adesione spontanea del soggetto. La "naturale refrattarietà" dei tossicodipendenti al messaggio educativo che spesso viene menzionata in letteratura, in realtà non è mai stata opportunamente valutata con metodi quantitativi.(14, 15).

Va comunque ricordato che esistono profonde diversità di comportamento nei tossicodipendenti delle varie zone d'Italia anche in relazione all'intensità e al tipo di intervento eseguito in passato. Inoltre la resistenza alla variazione comportamentale è soprattutto sulla sospensione dell'uso di eroina e sull'uso di profilattico nei rapporti sessuali.

Bisogna infine tener presente che, oltre all'impatto che tale problematica ha suscitato nei soggetti con comportamenti a rischio, l'AIDS ha evocato una serie di reazioni emarginanti da parte della popolazione in generale.

Si è andata così consolidando quella "empathy barrier" (16) e quella mancanza di solidarietà che tanto ostacolano gli interventi di educazione sanitaria e che agisce, in ultima analisi, come acceleratore epidemico.

## **2. La modifica comportamentale**

Agli operatori che attivano dei programmi di prevenzione è utile ricordare che perché un soggetto (soprattutto se sieropositivo che presenta comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione) modifichi la sua condotta sono necessari cambiamenti che richiedono una serie di eventi oltre l'acquisizione di una semplice e completa informazione (11, 17).

Inoltre oltre all'intervento sul singolo (intervento su abilità e motivazioni) rimangono sempre necessari interventi di tipo collettivo, non solo e non tanto a livello di comunità generale, ma più specificamente a livello di norme del gruppo sociale di riferimento che dovrà riconoscere come regole del gruppo le norme preventive e creare così un condizionamento permanente e positivo di singoli che si identificano nel gruppo stesso.

Per quanto concerne il livello individuale, la modifica comportamentale in un soggetto sieropositivo si potrà ottenere solo se prima si verificheranno nel suo interno quattro eventi successivi:

1. attivazione di una percezione del rischio;
2. acquisizione di conoscenze (generali e specifiche), dato che una delle principali spinte alla modifica comportamentale è insita in una corretta conoscenza
3. creazione o attivazione di motivazioni soggettivamente sufficienti a modificare e ridurre i comportamenti a rischio, stabili nel tempo.
4. sviluppo di abilità di tipo preventivo e psicosociale (saper eseguire "in pratica" ad esempio la disinfezione delle siringhe e utilizzare correttamente il profilattico, oltre che gestione-conduzione dei rapporti sessuali ed affettivi).

Agire sulle motivazioni al cambiamento non significa soltanto affrontare e rinforzare gli aspetti razionali conoscitivi, ma soprattutto agire sulla sfera emotiva del soggetto, quindi, in modo globale sul suo modello di relazione con la realtà.

Un simile traguardo, ambizioso ma irrinunciabile all'interno di una efficace politica

di riduzione del danno, non può essere ottenuto al di fuori di un contesto di continuità terapeutica. Gli autori rimandano, per una trattazione più esauriente agli articoli successivi ed ad altre pubblicazioni (11, 12, 13).

### **NUOVI OBIETTIVI PER LA CURA DELLA TOSSICODIPENDENZA E PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV: LA RIDUZIONE DEI DANNI**

Relativamente a questo aspetto si rimanda all'articolo specifico "Un nuovo modello pragmatico di intervento per la dipendenza cronica da eroina nell'epoca AIDS".

### **GRUPPI BERSAGLIO E MODALITÀ DI COMUNICAZIONE**

Per la prevenzione e il controllo dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti si devono prevedere interventi diversificati e calibrati in base alle caratteristiche tossicomane e sessuali specifiche di ciascun sottogruppo. L'intervento poi, dovrà essere "centrato sull'utente", personalizzato cioè su ogni singolo soggetto.

Non è pensabile, date le dinamiche psicologiche e sociali di questi soggetti, poter arrivare a controllare la diffusione dell'infezione con interventi "a pioggia" non coinvolgenti in prima persona il tossicodipendente.

Egli deve sentirsi artefice della campagna di educazione sanitaria che lo interessa direttamente. E' ormai dimostrato che, con le giuste forme di coinvolgimento, questi soggetti aderiscono spontaneamente a queste iniziative, diventando i migliori e più efficaci moltiplicatori informativi.

I tossicodipendenti che usano droghe per via iniettiva e i loro partners sessuali devono quindi costituire il bersaglio primario anche della campagna preventiva generale (5, 9, 10, 17, 18, 19).

L' intervento deve essere di tipo coinvolgente-consapevolizzante, teso cioè a coinvolgere attivamente il tossicodipendente per far variare volontariamente i comportamenti che incrementano la possibilità di infezione (20-23).

Il messaggio educativo deve inoltre essere specifico per il target, utilizzando linguaggi e modalità espressive proprie del gruppo sociale. E' anche indispensabile che questi messaggi vengano portati direttamente negli ambienti frequentati dai target.

Tali ambienti (bar, discoteche, circoli privati, ecc.) andranno quindi identificati, anche mediante la collaborazione con le Forze dell'Ordine, e raggiunti con messaggi "in gergo" che potrebbero risultare inopportuni ed inadeguati se portati in ambienti non specifici frequentati dalla popolazione generale.

Nella confezione dei messaggi e degli interventi andrà inoltre considerata la differenza esistente tra i diversi sottogruppi di persone a rischio per il problema della tossicodipendenza, in base ai diversi rituali relativi alle sostanze usate (eroina, cocaina, amfetamine ecc.) ma anche ad altri fattori quali i comportamenti sessuali, il sesso, l'ambiente di frequentazione e la sierologia, che in maniera schematica riportiamo in seguito:

#### Principali

- TDI attivi sieropositivi in contatto con le strutture sanitarie
- Donne TDI sieropositive dedite alla prostituzione
- TDI attivi sieropositivi non in contatto con le strutture sanitarie

#### Secondari

- TDI occasionali (weekend drug users) con basso grado di dipendenza, di solito con bassa consapevolezza del problema e non in contatto con i servizi. Via prevalente di utilizzo dell'eroina: respiratoria o inalatoria.
- TDI attivi neofiti (durata della tossicodipendenza 0-1 anno) con alto grado di dipendenza di solito più refrattari ai messaggi per bassa consapevolezza del problema. Via prevalente di utilizzo dell'eroina: endovenosa.
- TDI attivi esperti (durata della tossicodipendenza 1-4 anni) con alto grado di dipendenza non particolarmente destrutturati psicologicamente e socialmente ancora parzialmente integrati ("mimetizzati"), raramente in contatto con i servizi
- TDI attivi cronici (durata della tossicodipendenza < 4 anni) con alto grado di dipendenza e destrutturazione psicologica e sociale, con richiesta di aiuto esplicitata, spesso in contatto con i servizi.
- TDI attivi cronici "refrattari" (durata della tossicodipendenza > 4 anni) con alto grado di dipendenza e destrutturazione psicologica e sociale, di solito con rifiuto esplicito di aiuto, non in contatto con i servizi e spesso inseriti nell'organizzazione criminale del traffico e spaccio di eroina.
- Ex TDI di solito non più in contatto con il servizio e con notevoli resistenze a riconsiderare il loro passato
- Partner di TDI specialmente quelli fissi con i quali molto raramente viene utilizzato il profilattico
- TDI utilizzatori di droghe eccitanti ("estasi", cocaina, crack ecc.) o alte quantità di alcolici per agevolare gli incontri sessuali

A questo proposito va ricordato che è stato più volte segnalato un aumentato rischio di acquisizione dell'infezione da HIV anche nelle persone che utilizzano cocaina, crack o amfetamine per via inalatoria, respiratoria o per os in quanto queste sostanze portano ad un incremento dell'attività sessuale in condizioni di maggior promiscuità e disinibizione

con conseguente non utilizzo delle norme profilattiche (24, 64-70).

Un altro gruppo da considerare a rischio per l'infezione da HIV sono inoltre le persone che utilizzano anabolizzanti per via intramuscolare durante le attività sportive. Anche in essi infatti è stata osservata un'aumentata prevalenza di infezioni dovute all'uso promiscuo della siringa.

## **LA NECESSITÀ DI UNA NUOVA FORMA DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

### **1. Il modello preventivo-assistenziale**

Vale la pena ricordare in sintesi quanto già riportato nel precedente articolo sulla politica dello screening - a cui rimandiamo per una più completa trattazione - relativamente ai principi organizzativi.

Il modello da noi prospettato punta a realizzare la prevenzione soprattutto attraverso la gestione della fase di trasmissione dell'infezione, attraverso un aggancio di training di modifica comportamentale alle azioni di supporto medico e psicosociale previste nella fase assistenziale delle persone sieropositive. Assume quindi un'importanza cruciale il precoce e duraturo contatto delle persone sieropositive. La necessaria assistenza infatti, deve essere contemporaneamente fornita con precisi e personalizzati programmi di prevenzione che utilizzino tecniche di counselling.

La premessa per il successo dell'azione preventiva personalizzata sul soggetto sieropositivo è però necessariamente legata ad una sua compliance elevata, che si può ottenere assicurando una qualificata ed "accettabile" assistenza a queste persone.

La considerazione da cui si è partiti nel definire questo particolare modello è che bisogna rendere più accessibile e più accettabile la sorveglianza clinica, la terapia antiretrovirale e le profilassi delle infezioni opportunistiche se si vuole più precocemente e quindi più efficacemente incentivare, ma soprattutto mantenere, il contatto con le persone sieropositive e controllare, oltre all'evoluzione della malattia, anche la trasmissione dell'infezione.

Va ricordato che è più facile ed economicamente più vantaggioso ottenere modificazioni comportamentali nei sieropositivi che nei sieronegativi o nell'intera popolazione con comportamenti a rischio; la modifica dei comportamenti poi ha bisogno di basi motivazionali che possono essere sviluppate solamente con interventi a medio/lungo termine e all'interno di un rapporto fiduciario come il rapporto medico/paziente.

Il controllo dell'epidemia quindi passa inevitabilmente attraverso il controllo del serbatoio delle persone sieropositive che si è formato nella prima decade dell'epidemia e, proprio per il fatto che dei 90/100.000 sieropositivi stimati in Italia ben 40.000 risultano



essere a contatto con i Sert, questa specificità deve essere adeguatamente sfruttata.

Agire sul controllo della trasmissione dell'infezione permette di concentrare notevolmente la nostra azione su di un target molto più ridotto di soggetti e di ottimizzare le risorse. Possono così essere attivati training specifici per la modifica comportamentale (che vadano ad agire sulle motivazioni e sulle abilità preventive), dato che la sola informazione non è sufficiente a far acquisire e mantenere comportamenti preventivi stabili. (10, 11)

## **2. I principi organizzativi del modello preventivo assistenziale**

Per arrivare a comprendere però i principi organizzativi su cui si basa un modello di questo tipo è utile fare ancora alcune considerazioni.

La gestione extra-ospedaliera dell'infezione da HIV assume un ruolo preminente nella seconda decade dell'epidemia. Una buona gestione delle persone sieropositive tossicodipendenti offre la possibilità di un buon controllo del nucleo centrale dell'epidemia con la possibilità di limitare anche la diffusione dell'infezione nel mondo eterosessuale.

Strutture extraospedaliere come sono i SerT, se opportunamente sfruttate, possono contenere caratteristiche intrinseche adeguate per l'assistenza alle persone sieropositive ed è possibile così ipotizzare strutture centrate sui bisogni del paziente, coordinate e cooperanti con i reparti all'interno di una organizzazione dipartimentale.

I SerT, per la loro caratteristica di accessibilità e alta captazione di pazienti, risultano quindi essenziali nella gestione extra-ospedaliera dell'infezione da HIV ed i pazienti in questo modo restano lontani da infezioni nosocomiali e si evitano concentrazioni di pazienti sieropositivi che potrebbero alla lunga risultare pericolose.

Con i presupposti di cui accennavamo sopra risulta necessario ridefinire più approfonditamente i principi organizzativi di un modello assistenziale all'interno del Sert per l'infezione da HIV.

Da un punto di vista operativo una struttura che abbia in carico TDI sieropositivi come il Sert dovrebbe possedere una serie di caratteristiche che vengono di seguito elencate.

### *2.1 Massima facilità di accesso*

E' necessario che l'utente si possa rivolgere alla struttura almeno per il primo contatto senza appuntamento e con ridotti tempi di attesa (12). I Sert inoltre, almeno nelle zone ad alta densità di TDI, dovrebbero prevedere una attività sulle 24 ore.

### *2.2 Approccio pragmatico*

La struttura deve essere in grado di dare una risposta alle esigenze immediate del paziente, distinguendo e differenziando gli interventi in base a obiettivi a breve e a lungo termine.

### *2.3 Continuità assistenziale*

Questo aspetto è particolarmente rilevante per le persone sieropositive. Per assicurare la compliance, cioè per fare in modo che si possa realizzare un programma terapeutico o preventivo che venga rispettato al massimo dal paziente, è necessario che la struttura sia in grado di offrirgli delle garanzie di continuità assistenziale: il paziente deve essere preso in carico da un singolo medico (due nel caso di un'équipe mista che comprenda operatori sia a formazione internistico-infettivologica sia psicologico-psichiatrica) che lo seguirà nel tempo, idealmente dal momento della prima comunicazione di sieropositività fino alle fasi avanzate della malattia.

### *2.4 Globalità dell'offerta terapeutica*

Nel strutturare l'intervento ci si dovrebbe organizzare in modo da fornire al paziente TDI un insieme di "offerte terapeutiche" che rispondessero sia al problema della dipendenza dall'eroina sia a quello dell'infezione da HIV e delle patologie correlate.

Si ritiene infatti indispensabile fornire non solamente le terapie antivirali ma contemporaneamente, a seconda delle necessità, la terapia sostitutiva ai tossicodipendenti attivi, la vaccinazione anti epatite, anti TBC ed antiinfluenzale e la chemioprophilassi per le infezioni opportunistiche e il supporto psicosociale (11, 13).

Le soluzioni terapeutiche, psicosociali e vaccinali quindi devono essere concentrate in un'unica struttura.

In termini pratici questo significa concentrare, tramite rapporti di consulenza presso i SerT, un insieme di specialisti (infettivologi, dermatologi, ginecologi ecc.) che fornisca "in loco" il loro intervento evitando di far spostare pazienti a così bassa compliance che nella maggior parte dei casi non raggiungerebbero le strutture di consulenza.

## **3. Il bisogno di ridefinire l'organizzazione generale dell'intervento sui TDI**

Dalle considerazioni precedenti è evidente la necessità di individuare nuovi modelli generali di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo per il problema delle tossicodipendenze. E' necessaria un'integrazione di tutte quelle forme assistenziali che si sono sviluppate in questi anni. In particolare è necessario garantire a tutti i soggetti TD l'accesso ad interventi di prevenzione o terapia che sia indipendente dai processi di selezione effettuati dalle attuali offerte (servizi ed enti ausiliari).

I principi fondamentali su cui si basa la definizione dell'intervento sono:

1. ricerca attiva dei TD negli ambienti sociali e territoriali nei quali è più diffusa la droga
2. offerta di tutte le forme assistenziali disponibili (trattamenti farmacologici, comunità diurna o residenziale, ecc.)
3. promuovere interventi di informazione sanitaria circa le strategie di riduzione del rischio
4. promuovere interventi di carattere sanitario più in generale (pronto soccorso per overdose, malattie infettive in particolare).

Bisogna prevedere quindi la costituzione di un modello organizzativo che integri figure professionali a contratto pubblico e libero professionale con una struttura direttiva e di carattere amministrativo (direzione e responsabilità organizzativa) e di carattere scientifico-medico assistenziale (coordinamento e responsabilità scientifica).

Gli elementi strutturali che potrebbero comporre un sistema generale di intervento (perlomeno a zone urbane ad alta densità di TD) sono i seguenti:

1. unità da strada
2. centro intermedio di prima accoglienza
3. unità mobile di rianimazione e di pronto intervento medico
4. unità mobile per la terapia metadonica e programmi a bassa soglia
5. SerT di riferimento
6. comunità terapeutiche (diurne e residenziali)
7. medici di medicina generale
8. sistema di scambiatori automatici di siringhe e/o programmi di scambio con operatore
9. gruppo di sostegno comportamentale e relazionale agli operatori
10. gruppo di coordinamento organizzativo
11. nucleo di valutazione epidemiologica e efficacia degli interventi

Specificamente per l'infezione da HIV, in termini pratici ed applicativi i principi a cui tendere e le nuove funzioni da acquisire quindi per rendere una struttura come il SerT realmente operativa e utile relativamente alla gestione del problema HIV nei tossicodipendenti, possono essere così schematicamente riassunti:

1. integrazione funzionale dei SerT con i reparti ospedalieri;
2. integrazione delle funzioni preventive con quelle assistenziali al fine di meglio controllare la diffusione dell'infezione attraverso la gestione diretta e continuativa delle persone sieropositive;
3. gestione medica e psicologica anche delle fasi sintomatiche (non acute) della malattia al fine di migliorare qualitativamente e quantitativamente l'assistenza e per-

mettere così una più prolungata permanenza del TDI sieropositivo in contatto con la struttura sanitaria;

4. gestione diretta all'interno del SerT (con la stretta collaborazione degli specialisti) delle profilassi e delle terapie di infezioni con importante impatto a livello di comunità quale ad esempio la tubercolosi, le epatiti virali e le MTS;
5. potenziamento della disponibilità e dell'accesso alle terapie antiretrovirali e alle profilassi delle infezioni opportunistiche presso i SerT mediante una stretta collaborazione con i reparti ospedalieri o i servizi specialistici;
6. offerta contemporanea della cura per lo stato di dipendenza, testing, counselling ma soprattutto sorveglianza clinica, profilassi per le infezioni opportunistiche e supporto psicosociale.

#### **4. Ruolo delle comunità terapeutiche e delle organizzazioni non governative**

Un ruolo importantissimo nella gestione delle persone sieropositive è quello delle comunità terapeutiche. Risulta evidente l'importanza di queste strutture nel controllo e nella gestione dell'infezione da HIV soprattutto per l'alto numero di soggetti sieropositivi residenti. Le comunità inoltre dovrebbero prevedere un maggior sviluppo delle attività diurne ed un miglior coordinamento con i SerT soprattutto per l'accoglienza dei pazienti non idonei alle terapie farmacologiche. A questo proposito e per i particolari problemi che le comunità presentano, si ritiene utile sviluppare comunque delle specifiche linee di comportamento che meritano una ampia trattazione a parte. Alcune organizzazioni non governative inoltre hanno sviluppato in questi anni programmi molto interessanti che ben si integrerebbero con i programmi istituzionali. Molte volte addirittura, queste attività erano le uniche presenti. In ogni caso comunque le organizzazioni non istituzionali coinvolte nei programmi di prevenzione ed assistenza dovrebbero avere delle caratteristiche e delle capacità formalmente riconosciute e verificate dai competenti organi regionali.

#### **5. Ruolo dei medici di medicina generale**

Alla luce della nuova normativa e dei nuovi orientamenti che prevedono un sempre maggiore impegno dei medici di medicina generale nelle tematiche dell'AIDS e delle tossicodipendenze, risulta evidente il loro ruolo soprattutto per la gestione delle persone sieropositive, per incentivare il contatto con le strutture pubbliche dei tossicodipendenti neofiti o refrattari ma soprattutto per entrare attivamente nella gestione diretta dei pazienti che non intendono utilizzare i SerT. Molte altre funzioni potrebbero essere individuate per questi professionisti creando quindi una rete assistenziale completa in grado di

affrontare il problema dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti, e più in generale la tossicodipendenza, come un problema di sanità pubblica quale esso è nel senso più esteso della parola.

## METODI DI INTERVENTO

I metodi principali (9, 25, 26, 27) per svolgere questo intervento, che si sono dimostrati validi nel corso di questi anni, possono essere sintetizzati nelle seguenti azioni:

- a. consulenza individuale al momento del test HIV;
- b. utilizzo di un video training informativo con i tossicodipendenti afferenti al servizio;
- c. consulenze individuali per la creazione di abilità preventive (disinfezione siringa, corretto uso del condom);
- d. formazione e utilizzo di un gruppo di pazienti "opinion leaders";
- e. formazione di gruppi per donne TDI;
- f. sorveglianza clinica, terapia e supporto psicosociale delle persone sieropositive
- g. training di modifica comportamentale durante le visite mediche periodiche delle persone sieropositive
- h. incentivazione delle terapie sostitutive a lungo termine e dell'invio in comunità
- i. aumento della disponibilità e dell'accettabilità del materiale sterile da iniezione con incentivazione all'uso per i TDI attivi
- l. aumento della disponibilità e dell'accettabilità del condom con incentivazione all'uso
- m. attivazione di interventi "su strada"

### **a. Consulenza individuale al momento del test HIV (counseling pre e post test)**

Sapere se un paziente è sieronegativo o sieropositivo è indispensabile ma non è comunque sufficiente ad evitare che egli venga contagiato o contagi altre persone. La sola conoscenza del proprio stato sierologico spesso non basta a modificare i comportamenti a rischio (11, 13, 28). Per contro è stato dimostrato che le persone sieropositive a conoscenza del loro stato sono più inclini a modificare i propri comportamenti (17, 29, 30, 31) ma si è inoltre evidenziato che la consegna di un test negativo ad una persona con comportamenti ad alto rischio comporta un rinforzo di eventuali "deliri di invulnerabilità".

Il test per l'HIV deve quindi essere sempre associato ad un intervento globale di coun-

selling. E' importante infine affrontare il problema anche tenendo conto dell'obiettivo a lungo termine che è quello di allontanare il paziente dall'eroina.

Per quanto riguarda le modalità di counseling, rimandiamo all'articolo specifico ed alla letteratura esistente sull'argomento (9, 11-13, 32-34, 63) e per i contenuti informativi sintetici da trasmettere alla tabella 1.

## **b. Video training per i tossicodipendenti**

Questa tecnica consiste nel presentare al tossicodipendente che arriva per la prima volta al servizio un videotape (immagini, testo e musica) informativo sull'AIDS e sulle sue modalità di trasmissione e prevenzione (9, 14).

La presentazione non dovrebbe superare i 30 minuti circa e viene preceduta dal rilevamento, mediante pre-test, del livello informativo dell'atteggiamento e della loro risultante, cioè i comportamenti a rischio.

Successivamente alla proiezione e dopo una discussione collettiva con gli educatori sanitari vengono rilevate, mediante post-test, le variazioni di tali livelli. Se il paziente presenta delle particolari lacune informative viene subito eseguito un ulteriore colloquio con il personale sanitario.

Tutti i pazienti che dimostrano per i loro atteggiamenti di essere ad alto rischio, sia di contrarre l'infezione che di incentivare lo sviluppo della malattia, vengono richiamati per una consulenza individuale dopo 3-6 settimane.

Nella presentazione vengono espone in modo particolareggiato le norme profilattiche e le eventuali conseguenze se non vengono rispettate tali regole.

Assistere al videotape dovrebbe essere obbligatorio e costituire uno dei requisiti per poter essere ammessi al trattamento metadonico o alle altre varie terapie presso i servizi per le tossicodipendenze.

Inoltre, in tutti i soggetti che hanno partecipato al video-training iniziale viene programmata la ripetizione del questionario a distanza di 3 e 6 mesi dalla presentazione dell'audiovisivo, per valutare la variazione dei livelli informativi, degli atteggiamenti (e dei conseguenti comportamenti) a distanza di tempo dall'intervento educativo.(9)

## **c. Consulenze individuali per la creazione di abilità preventive (disinfezione siringa, corretto uso del condom)**

Prima della comparsa dell'AIDS insegnare manovre "pulite" di iniezione ai tossicodipendenti è stato talvolta interpretato come incentivazione o incoraggiamento alla tossicodipendenza. Attualmente, data la gravità della situazione e l'immediata necessità di contenere l'acquisizione e la diffusione dell'infezione, questi tipi di intervento non pos-

**Tabella 1: Contenuti sintetici da trasmettere ai TD attivi per la prevenzione dell'infezione da HIV**

**Rischio droga**

1. Abbandonare l'uso promiscuo di siringa, cucchiaino, fiala e filtro
2. Non utilizzare la pratica del "pareggiamento" in caso di dosi differenti tra compagni
3. Comperare prima la siringa dell'eroina
4. In caso di utilizzo di siringa usata, disinfettare con alcool o varecchina smontando tutti i pezzi della siringa e lasciandola a bagno per almeno 15 minuti, poi risciacquare
5. Disinfettare la cute prima dell'iniezione
6. Non fare miscele di sostanze
7. Usare gli scambiatori automatici (dove esistono)
8. Reincappucciare la siringa usata prima di smaltirla
9. Smaltire le siringhe usate nei cassonetti (non abbandonarle per strada)
10. Entrare in terapia presso il SerT per tentare di abbandonare l'eroina

**Rischio sessuale**

1. Usare il condom sia con i partner occasionali che con quello fisso, e per tutti i tipi di rapporti sessuali, non utilizzare lubrificanti oleosi, utilizzare il condom fin dall'inizio del rapporto. Tenere il condom sempre a portata di mano (come le sigarette per i fumatori !), non conservarlo in tasca (deve restare lontano da fonti di calore)
2. Diminuire il numero dei partners sessuali
3. Praticare rapporti sessuali non penetrativi
4. Selezionare i partner riducendo la frequentazione di persone ad alto rischio
5. Evitare la prostituzione o almeno non accettare le richieste dei clienti che offrono più soldi per avere rapporti senza il profilattico

**Per i sieropositivi**

1. Mantenere il contatto con il proprio medico e psicologo
2. Avvisare subito e non aspettare in caso di sintomi (quali la tosse, la dispnea, la diarrea, il dimagrimento, ecc.)
3. Rispettare le scadenze delle visite e degli esami
4. Utilizzare se necessaria e possibile la terapia antiretrovirale
5. Continuare senza sospensioni autogestite la profilassi per le infezioni opportunistiche
6. Avvisare (direttamente o con l'aiuto del medico) i partner presenti e passati del rischio di infezione
7. Utilizzare sempre il condom
8. Sospendere l'uso di eroina
9. Prendere contatto con i gruppi di autoaiuto
10. Fin quando possibile non rinunciare alle attività lavorative, ricreative e culturali
11. Informarsi sui diritti e sui doveri di una persona sieropositiva
12. Prevenire la gravidanza

sono e non devono essere considerati in contraddizione con le strategie a lungo termine di cura della tossicodipendenza, in quanto permettono di preservare il paziente da infezioni gravissime.

Gli operatori che si occupano di educazione sanitaria oltre alle necessarie informazioni che devono fornire ai propri utenti, incrementando così il loro livello informativo, dovrebbero provvedere soprattutto a sviluppare abilità pratiche per la disinfezione della cute e della siringa e dei vari altri strumenti per l'iniezione.

Questo si può ottenere insegnando praticamente con prove simulate le manovre necessarie a tali scopi e controllando nel tempo la corretta acquisizione di tali abilità. Lo stesso andrebbe fatto per il corretto utilizzo del condom, soprattutto per le donne tossicodipendenti sieropositive che praticano la prostituzione, insegnando loro anche delle tecniche di negoziazione per respingere le richieste di clienti che chiedono di avere rapporti senza il profilattico.

In altre parole è più utile spendere il tempo degli operatori nell'insegnare praticamente piuttosto che teoricamente come attuare comportamenti preventivi.

Risulta chiaro che gli operatori che applicano questi insegnamenti non possono essere gli stessi che applicano l'intervento di riabilitazione psicosociale nel tentativo di interrompere l'uso di eroina.

#### **d. Coinvolgimento dei tossicodipendenti opinion leaders**

Negli interventi indirizzati ai gruppi a rischio si è dimostrato molto utile, al fine di aumentare la penetranza e l'efficacia dell'intervento, impiegare un nucleo di persone che siano realmente rappresentative ed accreditate presso i tossicodipendenti.

Essi possono avere un reale ruolo di moltiplicatori informativi ad impatto più incisivo, specialmente per quanto riguarda le possibili modifiche dell'atteggiamento dei tossicodipendenti nei confronti dei comportamenti a rischio.

Le caratteristiche delle persone scelte come opinion leaders dovrebbero essere: la capacità di assorbire, ritenere e comunicare l'informazione chiave, lo status di leaders naturali del gruppo, l'attitudine ai rapporti interpersonali, l'entusiasmo per il progetto.

Queste persone, mediante un training specifico, vengono rese consapevoli della gravità del problema e dell'importanza della prevenzione per la loro salute e informate sui punti chiave per prevenire l'AIDS.

Esse possono essere addestrate a diffondere le informazioni, a trasmettere atteggiamenti positivi e a fornire agli altri tossicodipendenti un "modello" da imitare, con una ricaduta (sia in termini quantitativi che qualitativi) sicuramente maggiore rispetto alle informazioni trasmesse da un'emittente istituzionale.



#### **e. Formazione di gruppi per donne TDI**

La formazione di gruppi esclusivi per le donne TDI può rivestire, se ben condotti da personale esperto e sensibile ai problemi delle donne, un ruolo molto importante nel creare situazioni molto favorevoli per l'accettazione di piani di prevenzione delle MTS, della gravidanza responsabile, dell'autodeterminazione e della cura dei figli, che spesso nelle coppie di TDI, sono praticamente solo a carico delle donne.

Questi gruppi dovrebbero trovare ospitalità presso i SerT con una "semiistituzionalizzazione" che permettesse loro di essere solidamente inseriti nella realtà assistenziale e preventiva del servizio con un coinvolgimento diretto nelle attività e nelle analisi dei problemi dei TDI.

#### **f. Sorveglianza clinica, terapia e supporto psicosociale delle persone sieropositive**

I metodi con cui si dovrebbe condurre una corretta sorveglianza clinica, sono quelli classici del controllo ambulatoriale, tenendo conto però, che la patologia in questione presenta una notevole complessità sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico e che quindi sarà indispensabile ed insostituibile (anche per problemi dell'impegno dell'organico) instaurare collaborazioni molto strette con specialisti e strutture ospedaliere o servizi specifici per il problema HIV.

Il SerT comunque, dovrà specializzare una parte degli operatori medici e psicosociali alla conduzione dei pazienti sieropositivi che dovranno avere un trattamento differenziato dai sieronegativi in termini di accesso al servizio e alle terapie sostitutive.

Risulta infatti facilmente comprensibile che la priorità di intervento in questi pazienti è l'infezione da HIV e i suoi aspetti medici e psicosociali al contrario delle persone sieronegative con il solo problema della tossicodipendenza (che abbiano esaurito la fase di apprendimento dei comportamenti preventivi).

Il supporto psicosociale riveste inoltre un'importanza rilevante non solo per diminuire il disagio e far aumentare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari, ma anche per far aumentare la compliance alle profilassi e alle terapie e mantenere così il contatto con la struttura sanitaria.

Tutto questo dovrebbe essere fornito, come già ricordato, contemporaneamente alla terapia sostitutiva e ad altri trattamenti per la tossicodipendenza.

**g. Ricontrollo e ridefinizione delle abitudini tossicomane e sessuali durante le visite mediche periodiche delle persone sieropositive (training di modifica comportamentale associati al supporto medico).**

Il contesto assistenziale della persona sieropositiva risulta molto indicato per instaurare dei training per le modifiche comportamentali.

Le persone sieropositive infatti sono più motivate a modificare i loro comportamenti, restano più a lungo in contatto con la struttura sanitaria e si può instaurare con loro un buon rapporto fiduciario medico-paziente che è alla base per poter espletare qualsiasi intervento educativo.

E' risultato infatti molto efficace agganciare il counselling alle visite mediche di controllo, alla somministrazione della terapia antiretrovirale e delle profilassi delle infezioni opportunistiche.

**h. Incentivazione delle terapie sostitutive a lungo termine e dell'invio in comunità**

Nel contenimento della diffusione dell'infezione da HIV risulta di fondamentale importanza allontanare il paziente tossicodipendente dall'uso dell'eroina e quindi dalla siringa il più presto e il più a lungo possibile. Questo si può ottenere principalmente con due metodi: la terapia sostitutiva con metadone e la residenza in comunità terapeutica (35).

La terapia sostitutiva con metadone è stata introdotta da numerosi decenni, e attualmente viene utilizzata da oltre 200 mila soggetti in tutto il mondo (36-38;72).

Per un corretto uso del metadone però, esso deve essere considerato un vero e proprio farmaco da utilizzare quindi con criteri scientifici in base alle sue caratteristiche farmacocinetiche ed alle sue proprietà farmacodinamiche.

Esso va considerato uno dei principali ausili nella terapia della tossicodipendenza da oppiacei, che non può comunque prescindere da un contemporaneo intervento psicosociale. (35, 39-47)

I pazienti per i quali è indicata questa terapia sono quelli in cui gli altri interventi con farmaci antagonisti, residenza in comunità o approcci solamente psicosociali, non abbiano portato ad un significativo e stabile miglioramento comportamentale o dove esista un fermo ed esplicito rifiuto del paziente ai suddetti trattamenti.

Le caratteristiche di una corretta terapia sostitutiva per la tossicodipendenza da oppiacei nella seconda decade dell'epidemia, alla luce delle evidenze scientifiche fino ad

oggi accumulate (48-49, 75) e indipendentemente da posizioni di tipo filosofico, così riassunte sono state riportate nell'articolo specifico a cui rimandiamo.

Questa terapia, associata ad un intervento psico-riabilitativo, consente al tossicodipendente di sospendere o almeno di ridurre drasticamente il consumo di eroina per via endovenosa, di tornare ad avere una vita soddisfacente e socialmente produttiva (24, 25). Oltre a questo effetto macroscopico essa porta una serie di altre positive conseguenze che al momento attuale la fanno ritenere un buon approccio terapeutico fondamentale per fronteggiare l'emergenza combinata AIDS/tossicodipendenza quali ad esempio; riduzione del rischio infettivo (14), del rischio di overdose.

La terapia sostitutiva con metadone comporta considerevoli vantaggi da un punto di vista strettamente medico, in quanto consente di ridurre in breve tempo il rischio iniettivo e quindi la possibilità d'uso promiscuo della siringa e le conseguenze infettive che ne derivano (38, 50).

Per quanto riguarda l'infezione da HIV quindi (come per l'HBV, l'HCV, il CMV, ecc.) nei pazienti sieronegativi somministrando metadone si può ridurre la probabilità che il soggetto faccia ricorso all'eroina per via endovenosa, che usi la siringa in promiscuità e quindi che acquisisca l'infezione da HIV.

Per i pazienti sieropositivi la terapia con metadone potrebbe ridurre la possibilità di diffusione del virus ad altri tossicodipendenti, soprattutto mediante l'uso promiscuo della siringa, ed alla popolazione generale, attraverso la prostituzione. (51, 52)

La prostituzione rappresenta la fonte di guadagno più usata dalle donne (e molto spesso anche dagli uomini) tossicodipendenti.

La terapia sostitutiva con metadone comporta indirettamente una riduzione del rischio di numerose altre malattie infettive oltre a quella da HIV (53 - 57).

L'efficacia della terapia metadonica nel prevenire anche se indirettamente l'infezione da HIV nei tossicodipendenti è confermata anche da studi da noi condotti nel Veneto (14, 58) e da quanto è stato rilevato dal Ministero della Sanità, secondo cui esisterebbe una precisa correlazione inversa tra il passato impiego di metadone da parte dei servizi e la prevalenza della sieropositività rilevata nelle diverse zone italiane. (3, 12, 59, 60)

Altri vantaggi della terapia metadonica sono anche una riduzione del rischio di overdose, una diminuzione di attività illecite (33, 73) e una minor deriva sociale.

Risulta facilmente intuibile che far aumentare la compliance dei pazienti, mediante l'utilizzo di terapie da loro richieste e ben accettate, creerà una buona base per qualsiasi tipo di intervento educativo o riabilitativo successivo (psicoterapia personale, comunità terapeutica, ecc.).

**i. Aumento della disponibilità e dell'accettabilità del materiale sterile da iniezione con incentivazione all'uso per i TDI attivi**

E' possibile ottenere questo risultato attivando programmi di scambio tramite operatori ma anche scambiatori automatici posti su punti strategici del territorio. Queste soluzioni hanno dato buoni risultati in Inghilterra, Olanda e Germania e rivestono un elevato valore anche per la bonifica ambientale da migliaia di siringhe usate che altrimenti verrebbero disperse nell'ambiente .

**l. Aumento della disponibilità e dell'accettabilità del condom con incentivazione all'uso**

Ridurre la trasmissione sessuale dell'HIV è importante al fine di limitare la diffusione dell'infezione non solo all'interno del gruppo, ma anche alla popolazione generale. Il numero di casi segnalati in contatti eterosessuali in Italia è in aumento a partire dal 1987 e molti di questi sono dovuti a trasmissione dell'infezione da parte di tossicodipendenti infetti ai propri partners sessuali. E' quindi importante, anche secondo quanto raccomandato dall'OMS, informare i tossicodipendenti, i loro partners sessuali abituali ed occasionali e tutti i soggetti sessualmente attivi sul rischio di trasmissione sessuale dell'HIV e sui comportamenti a basso rischio (cosiddetto "safer sex").

Nello studio precedentemente citato (14), 73 tossicodipendenti su 189 (38.6%) riportavano, nei tre mesi precedenti la raccolta dei dati, rapporti sessuali a rischio (definiti come rapporti tra un partner sieronegativo e un sieropositivo, oppure tra un sieropositivo o un sieronegativo ed un soggetto a sierologia non nota). Di questi 73 pazienti, 26 (35.6%) erano sieropositivi e 47 (64.4%) sieronegativi. E' inoltre risultato che i sieropositivi con rapporti a rischio utilizzavano molto di più il profilattico rispetto ai sieronegativi.

La riduzione del rischio di trasmissione sessuale dell'HIV si basa primariamente su sette opzioni che possono essere variamente applicate dal singolo in base alle proprie scelte di vita e di comportamento:

1. Praticare l'astinenza sessuale
2. Avere rapporti sessuali strettamente monogamici (con fedeltà del partner)
3. Usare il condom
4. Diminuire il numero dei partner sessuali
5. Praticare rapporti sessuali non penetrativi
6. Selezionare i partner riducendo la frequentazione di persone ad alto rischio
7. Avere rapporti che implicano un coinvolgimento affettivo

L'ultimo punto può risultare però molto pericoloso per il singolo individuo in quanto è estremamente difficile o soggetto ad alta probabilità di errore applicare una selezio-

ne dei partner (soprattutto occasionali) sulla base di criteri che difficilmente possono essere verificati prima e durante le relazioni. Inoltre è stato verificato che molte persone valutano la “qualità” dei loro partner (e quindi implicitamente la possibilità che essi siano sieropositivi) in base ad indicatori assolutamente non affidabili quali il vestiario, il gergo e le modalità espressive, lo status sociale, il grado di pulizia personale, la famiglia di origine, il grado di cultura espressa, il tipo di abitazione ecc..

Un altro particolare problema è rappresentato dalle donne tossicodipendenti alle quali andrebbero sconsigliati metodi anticoncezionali diversi dal profilattico, come gli estrogeni, lo IUD o il diaframma, poichè essi non permettono di prevenire l’infezione da HIV, non evitando il contatto sangue-sangue o sangue-liquido cervicovaginale/sperma.

Inoltre le donne tossicodipendenti frequentemente si prostituiscono e spesso accettano di avere rapporti senza il profilattico dietro la richiesta di un cliente che offre una maggior quantità di denaro. Esse inoltre usano ancora più difficilmente il profilattico con il partner fisso.

La distribuzione da parte dei servizi sanitari, unitamente alle informazioni generali sull’uso di questi mezzi, sarebbe auspicabile almeno per quanto riguarda i pazienti sieropositivi.

La presenza di lesioni mucose dovute a malattie sessualmente trasmesse possono inoltre facilitare sia la trasmissione che l’acquisizione dell’HIV. La prevenzione e la cura precoce anche di queste forme morbose riveste quindi un’importanza cruciale.

### **m. Attivazione di interventi “su strada”**

Questi interventi, se ben condotti e centrati su obiettivi limitati e specifici, rivestono una notevole importanza al fine di raggiungere quelle fasce di tossicodipendenti che non entrano in contatto o hanno abbandonato i servizi (occasionalisti, neofiti, cronici refrattari) e integrarli nei piani di prevenzione per l’infezione da HIV. L’ausilio di unità mobili si è dimostrato di fondamentale importanza. Va comunque ricordato che gli operatori delle unità da strada, al di là del “fascino dell’avventura e della mitologia” che spesso circonda questa attività, devono avere una preparazione specifica orientata soprattutto ai problemi pratici che possono insorgere durante l’intervento sul territorio (overdose, problemi di ordine pubblico, situazioni di contrasto, ecc.). Essi non devono agire come “infiltrati o mimetizzati” ma come qualificati e ben visibili operatori sociosanitari a cui i tossicodipendenti possono far riferimento ogni volta che ne abbiano bisogno.

L’utilizzo diretto nelle operazioni territoriali di extossicodipendenti si è dimostrato per loro rischioso per il pericolo di recidiva, ma essi sono di estrema importanza (così come i tossicodipendenti attivi collaborativi) nello studio del territorio, delle tecniche di co-

municazione e dei problemi specifici del gruppo. I tossicodipendenti attivi collaborativi possono essere utilizzati efficacemente come mediatori culturali al fine di incrementare le possibilità di contatto e di afferenza di altri soggetti.

Attraverso gli operatori di strada si possono attuare programmi di scambio delle siringhe, distribuzione di profilattici, fornire counselling per far sviluppare abilità preventive sulla disinfezione della cute e della siringa e il corretto uso del condom, eseguire consulenze mediche e somministrare farmaci per semplici patologie. La funzione più importante che essi svolgono comunque sono: 1) studio dei comportamenti del gruppo sociale "tossicodipendenti" per acquisire informazioni indispensabili per formulare strategie adatte e messaggi opportunamente confezionati; 2) creare un contatto con i servizi al fine di inserire questi utenti in programmi di assistenza a lungo termine. Gli operatori da strada non possono agire svincolati dai servizi e tutte le iniziative in questo senso dovrebbero essere coordinate con essi al fine di creare una efficace rete assistenziale.

## **CONCLUSIONI**

La prevenzione risulta attualmente (anche alla luce dell'assenza di una terapia specifica) il principale strumento nella lotta contro l'infezione da HIV (2, 10, 19). Gli interventi di educazione sanitaria e tutte le altre misure preventive realisticamente attuabili rappresentano quindi la principale priorità nella strategia per affrontare l'epidemia da HIV. In Italia, in particolare, la diffusione preponderante dell'infezione tra i tossicodipendenti e il conseguente rischio potenziale per la popolazione generale, rendono indispensabile la messa a punto di strategie preventive ed assistenziali (dove ciò non sia ancora stato fatto) nel più breve tempo possibile (14). Queste strategie dovranno comunque essere formulate con un approccio pragmatico ad orientamento prevalentemente medico e psicosociale, che prevede cioè il raggiungimento di obiettivi concreti attraverso l'applicazione di programmi realmente incisivi attuabili attraverso le strutture operative esistenti sia territoriali che ospedaliere.

E' necessario tenere conto del fatto che i tossicodipendenti sono tradizionalmente privi di un'organizzazione sociale che possa farsi carico almeno parzialmente (come invece è avvenuto negli USA per gli omosessuali) della campagna informativa e preventiva contro l'AIDS (3, 10). Le stesse caratteristiche psicodinamiche del tossicodipendente fanno sì che difficilmente egli sia in grado di promuovere e organizzare autonomamente (senza un intervento di supporto e coordinamento esterno) iniziative di questo tipo.

E' quindi necessario ed urgente potenziare al massimo l'accessibilità di tutte le strutture sanitarie e dei diversi trattamenti per la tossicodipendenza (psicosociale, sostitutivo, antiastinenziale) (36, 37), oltre che la disponibilità di materiale da iniezione sterile.

Per quanto riguarda in particolare l'educazione sanitaria, sarà indispensabile evitare un intervento indifferenziato "a pioggia" (27) e calibrare il messaggio informativo, che dovrà essere molto diverso a seconda che sia rivolto ai vari gruppi di soggetti con comportamenti a rischio, agli operatori sanitari, alla popolazione generale.

Bisogna anche tener conto del fatto che i comportamenti a rischio, ed in particolare la tossicodipendenza, sono radicati e non possono essere eliminati rapidamente; bisognerà quindi tenere presente la necessità di un intervento articolato e prolungato nel tempo, differenziando obiettivi a breve e a lungo termine.

Infine, è indispensabile predisporre opportune metodiche per la valutazione dell'efficacia della campagna di educazione sanitaria (58) in modo da poterne quantificare gli effetti (soprattutto in termini di modificazione dei comportamenti a rischio e incidenza delle sier conversionsi) e da poter "aggiustare il tiro" modificando ed aumentando progressivamente l'efficacia dell'intervento (21, 25).

## **Ringraziamenti**

*Si ringrazia il dott. Carlo Alberto Perucci per gli utili consigli*

## **Bibliografia**

1. Rezza G., Dorrucchi M. Epidemiologia delle tossicodipendenze ed impatto dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti in Italia. Boll. Farmacodip. Alcolismo. 1991, XIV, 5-6: 59-84
2. COA - Laboratorio di Epidemiologia "Diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai servizi di Assistenza pubblici in Italia: 1991.
3. NISDA Study. L'infezione da HIV nei tossicodipendenti: ruoli della trasmissione parenterale e della trasmissione sessuale. GIADS, 1993, vol 4, 1,30-33.
4. Gomma M, Serpelloni G, Ciampalini G, et al. Valutazione delle modificazioni delle abitudini tossicomane e sessuali dopo informazione sanitaria sul "rischio di AIDS" in pazienti tossicodipendenti da eroina. Atti Convegno Tossicodipendenze da Oppiacei, Verona 1986: 343-62
5. Moss AR. AIDS e tossicodipendenza: la vera epidemia eterosessuale. Br Med J (Ed. It.) 1987;7:16-19
6. Zofnassj et al. Changes in nurses' attitudes, knowledge and self reported behavior with AIDS patients (1985-90). Int. Conf. AIDS 7 PG 282, abstract nWB 2403.
7. Campbell S, Collier P, Henry K. Improvements in AIDS related knowledge, attitudes and behaviors of nurses and physicians: a three-year longitudinal analysis. Int. Conf. AIDS 7 PG 83, abstract n Th D 105
8. Dworking J. A system approach to AIDS education for medical and psychosocial care professional. Int. Conf. AIDS 7 PG 83, abstract n Th D 107.
9. Serpelloni G et al. Strategie di prevenzione per l'infezione da HIV e l'AIDS nei tossicodipendenti. In: Tossicodipendenze ed infezione da HIV, 7-47, Manuali per la formazione CFT, Ministero della Sanità, 1993.
10. Coates TJ. Strategies for modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 57.
11. Serpelloni G, Morgante S, Mirandola M. Il counseling post-test e basi motivazionali per la modifica dei comportamenti nelle infezioni da HIV. In: Rapporti ISTISAN 93/4 "Infezione da HIV e Sindrome da Immunodeficienza Acquisita", vol 1, 187-211.
12. Serpelloni G, Morgante S., Mirandola M. Anonimato e test per l'infezione da HIV. In: Rapporti ISTISAN 93/4 "Infezione da HIV e Sindrome da Immunodeficienza Acquisita", vol 1, 235-259.
13. Serpelloni G, Galvan U, Morgante S, Zenari R. Il counseling pre-test nelle infezioni da HIV. In: Rapporti ISTISAN 93/4 "Infezione da HIV e Sindrome da Immunodeficienza Acquisita", vol 1, 163-187.
14. Martin GS, Serpelloni G, Galvan U, Rezza G et al. Behavioral change in injecting drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programme. AIDS Care, 1990, 2, (3), 275-279.
15. Golubsatnikiv R et al. Homosexual promiscuity and the fear of AIDS. Lancet, 1983; II/681
16. Kleinman PH, Friedman SR, Mauge CE et al. Beliefs and behaviors regarding AIDS: a survey of street intravenous drug users. III International Conference on AIDS, Washington, 1987.
17. Kelly JA, St Lawrence JS, Brasfield TL et al. Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. J of Consulting 1990; 1 : 117.
18. O' Reilly K. Risk behaviors and their determinants. AIDS 1988, Simposia Papers, Ruth Kulstad ed.
19. Sherr L, Strong C. Safe sex and women. Genitourin Med 1992; 68: 32.
20. Migliorini Mascilli E. Informazione e comunicazione. Principi e metodologia dell'educazione sanitaria. Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche 1981:53-90
21. Pavolini G. Gli strumenti operativi. Simboli e comunicazione promozionale. Principi e metodologia dell'educazione sanitaria. Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche 1981:91-139
22. Migliorini Mascilli E. La strategia del consenso. Ed. Rizzoli 1974
23. Pavolini G. Sociologia della comunicazione nella medicina preventiva. Quaderni di sociologia



- della comunicazione. 1979;5/6
24. Chaisson RE et al. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. JAMA, 1989, 261 (4):561-565.
  25. AA.VV. Infezione da HIV e AIDS: metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1987
  26. Martin GS et al. Infezione da HIV e AIDS: Modello per la prevenzione e l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti e negli operatori (teoria e metodi), in: Infezione da HIV e AIDS: metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1987
  27. Martin GS, Serpelloni G, Parolin A et al. Infezione da HIV e AIDS: presupposti teorici per un piano di educazione sanitaria nei tossicodipendenti, in: Infezione da HIV e AIDS: metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1987
  28. Alter MJ, Francis D. Evidence of reduced AIDS-associated risk behavior in homosexual/bisexual men but not in heterosexual or IV drug users in 4 widely dispersed IS countries. III International Conference on AIDS, Washington, 1987
  29. Ross MW. Factors affecting information and education, and behavior change. AIDS CARE vol 3, n 4, 1991.
  30. Desenclos JC, Papaevangelou G. Knowledge of HIV serostatus and preventive behavior among European injecting drug users. Proceeding VIII International Conference on AIDS, Amsterdam, 1992.
  31. Cleary PD, Van Devanter N, Rogers TF et al. Behavior changes after notification of HIV infection. Am J Public Health, 1991; 81: 1586.
  32. Manzato E, Morgante S, Serpelloni G et al. Infezione da HIV 1: consultazione di accoglienza e intervento psicosociale nei tossicodipendenti. In: AIDS e infezione da HIV - Epidemiologia clinica e prevenzione. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1988
  33. Vitaletti RL. Manifestations of AIDS anxiety syndrome in healthy homosexual men and suggested treatment. In: The International Conference on AIDS: abstract 232. Paris 1986
  34. Filson CR et al. Individual psychotherapy with persons with AIDS-related concerns. In: The International Conference on AIDS: abstract 64. Paris 1986
  35. Battjes RJ, Leukefeld CG, Pickens RW, Haverkos HW. La sindrome da immunodeficienza acquisita ed abuso e.v. di droga. Boll. Farm. e Alc. 1990, 1: 157-172.
  36. Piano Europeo di Lotta contro la Droga approvato dal Consiglio Europeo di Roma , 13-14 dic. 1990 su proposta CELAD.
  37. Political declaration of the Extraordinary Ministerial Conference of the Pompidou Group of the Council of Europe. London 18-19 may 1989.
  38. Newman RG. Methadone treatment. N Eng J Med 1987;317:447-450
  39. Simpson DD. treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent. Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 38: 875-880.
  40. Agren G, Anderzon K. Methadone maintenance, HIV serostatus and race in injection drug users (IDU) in S. Francisco. Int. Conf. AIDS 6 (3) PG 276 abstract n. SC 748.
  41. Judd FK, Biggs BA, Burrows GD. Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long- term socially rehabilitated methadone maintenance patients. Arch. Intern. Med. 150 (1) 97-99.
  42. Sunnita J et al. Reducing HIV transmission by providing methadone treatment to IVDU in jail. Int. Conf. AIDS 5 PG 755 abstract n. WDP 78.
  43. Selwyn PA et al. Primary care for patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection in a methadone maintenance treatment program. Ann of Intern Med. 1989, 1, 111 (9).
  44. Nathan JA, Karan LD. Substance abuse treatment modalities in the age of HIV spectrum disease. J Psychoact Drugs, 1989, 21/4.

45. Magura S et al. Outcomes of an AIDS prevention program for methadone maintenance patients. Int. Conf. AIDS 1989, 4-9; 5: 137, abstract n. WAP 105.
45. Magura S et al. Reducing HIV transmission by providing methadone treatment to intravenous drug users in jail. Int. Conf. AIDS 1989, 4-9; 5: 755, abstract n. WDP 78.
46. Chalmers JW. Edinburgh's community drug problem service - a pilot evaluation of methadone substitution. Health Bull Edimb. 1990, 48 (2): 62-72.
47. Huber F, Heas H. Does methadone program withdrawal (MPW) result in an increase of crime, overdose accidents and HIV transmission among IV drug users? Int. Conf. AIDS 5 PG 790 abstract n. D 594.
48. Simpson DD. The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. Am J Psychiatry 1979; 136:1449-1453.
49. Stimmel B et al. Detoxification from methadone maintenance: risk factors associated with relapse to narcotic use. Ann NY Acad. Sci. 1978; 311: 173-180.
50. Serpelloni G et al. Fattori di rischio per l'infezione da HTLV-III/LAV nei tossicodipendenti da eroina. In: Tossicodipendenza da oppiacei: aspetti socio-demografici e clinici. U.L.S.S. 25 (Regione Veneto) 1986:257-83.
51. Schoenbaum EE et al. HIV seroprevalence in two methadone drug treatment programs in Los Angeles County. Int. Conf. AIDS 5 PG 768 abstract n. Th DP 58.
52. Metzger DS et al. Risk behaviors and sero-conversion among IVDU in and out of treatment. Int. Conf. AIDS 7 PG 376 abstract n. WC 3320.
53. Serpelloni G, Gomma M, Morgante S et al. Infezione da HIV 1: tecnica di reclutamento per lo screening in anonimato. In: AIDS e infezione da HIV - Epidemiologia clinica e prevenzione. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1988
54. OMS. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo. n 6 anno XII, 1989, Serie Inter. vol II.
55. Haller PR. Infection in intravenous drug abusers. What make them different? Postgra. Med. 1988; 83: 95-8, 109-11.
56. Ballestrieri A. Complicanze mediche in corso di tossicodipendenza da oppiacei. Rassegna Medica Sarda. 1982, 85: 559-82.
57. Blank RR, Rean NW, Delees JS. Infections complication of illicit drug abuse. Int J Addict, 1984, 19: 221-232.
58. Serpelloni G, Gomma M, Morgante S et al. Methadone treatment and reduced possibility to acquire HIV infection. VIII International Conference on AIDS, C 292, vol. II, 1992, Amsterdam
59. Greco D et al. La politica nazionale per la lotta contro l'AIDS in Italia. Simposio OMS Mosca, 14-17/3/1989. Boll Farm e Alc. 1989; 1:183-190.
60. Serraino D, Franceschi S. Methadone maintenance programmes and AIDS in North-Italy. Int. Conf. AIDS 1990, 6 (3): 127 abstract n. SD 125.
61. Serpelloni G, Zenari R, Morgante S et al. Scoring system for quantifying "risk perception" and "real risk estimates" of HIV infection. Proceeding VIII International Conference of AIDS, Amsterdam, 1992.
62. Martin GS, Serpelloni G, Parolin A et al. Infezione da HIV e AIDS: la valutazione quantitativa degli interventi educativi mediante l'impiego del pre-post test, in: Infezione da HIV e AIDS: metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti. JOB Edizioni Scientifiche. Verona 1987
63. Donini S, Serpelloni G, Mirandola M., Galvan U. Aspetti psicologici della comunicazione di sieropositività nell'infezione da HIV. In: Rapporti ISTSAN 93/4 "Infezione da HIV e Sindrome da Immunodeficienza Acquisita", vol I, 211-235.
64. Stall R, McKusick L, Wiley J et al. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: the AIDS Behavioral Research Project. Health

- Educ Q 1986;13:359
65. McCusker J, Westenhouse J, Stoddard AM et al. Use of drugs and alcohol by homosexually active men in relation to sexual practices. JAIDS 1990;3:729
  66. French JF, Sterk C. Cocaine and HIV seropositivity. Lancet 1988;2:965
  67. Ostrow DG, VanRaden MJ, Fox R et al. Recreational drug use and sexual behavior change in a cohort of homosexual men. JAIDS 1990;4:759
  68. Chiasson MA, Stoneburner RL, Hildebrandt DS et al. Heterosexual transmission of HIV1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). JAIDS 1991;5:1121
  69. CDC. Drug use and sexual behaviors among sex partners of injecting drug users - US 1988-90. MMWR 1991;40:855
  70. Trocki KF, Leigh BC. Alcohol consumption and unsafe sex: a comparison of heterosexuals and homosexual men. JAIDS 1991;4:981
  71. Serpelloni G, Gomma M, Morgante S, Perlato R, Brunelli M, Capra C. Methadone treatment and reduced possibility to acquire HIV infection. Abstracts VIII International Conference on AIDS / III STD World Congress, vol.2 pag. C292, Amsterdam, 19-24.7.1992.
  72. Dole VP. Hazards of process regulations. The example of methadone maintenance. JAMA, 267:16, 1992
  73. Bell J et al. Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. British Journal of addiction, 87:2, 1992
  74. Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS - Ministero della Sanità, Progetto obiettivo AIDS 1994 - 96, 14 luglio 1993
  75. AAVV. State methadone maintenance treatment guidelines. U.S. Department of Health and Human Services - Center for Substance Abuse Treatment, Processing Consensus panel 1992.
  76. Chaisson R., Cocaine Use and HIV Infection in Intravenous Drug Users in San Francisco; JAMA 1989.
  77. Chirgwin K. et al., HIV Infection, Genital Ulcer Disease, and Crack Cocaine Use among Patients Attending a Clinic for Sexually Transmitted Diseases. AJPH 1991.
  78. Forney MA et al., Exchanging sex for crack-cocaine: a comparison of women from rural and urban communities. J Community Health 1992.
  79. Klee H., A new target for behavioral research — amphetamine misuse. Br J Addict 87: 3 1992
  80. Klee H., The potential for the sexual transmission of HIV: heroin and amphetamine injectors compared. Int Conf AIDS 7: Abstract no. TU.D 106 1991