

LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DEL "CORSO DI SOPRAVVIVENZA" PER PERSONE TOSSICODIPENDENTI AL FINE DELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI E DELL'OVERDOSE

Cinzia Tognetto, Mattia Bertolini, Giovanni Serpelloni

Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T.1, ULSS 20 - Verona

PREMESSA

I comportamenti dei tossicodipendenti (TD) associati a rischi per la salute sono ancora ben presenti anche se hanno subito negli ultimi anni dei cambiamenti. Dai dati raccolti emerge una diminuzione del fenomeno dello scambio delle siringhe che testimonia la loro sensibilizzazione alle campagne di prevenzione. Tuttavia circa il 20% dei TD continua a condividere la siringa.

Per quanto riguarda invece i comportamenti sessuali, i dati disponibili sfatano alcune convinzioni, rivelando che i TD hanno una elevata attività sessuale. Va rilevato, a questo proposito, che la maggioranza dei partner sessuali dei TD maschi non sono TD. Inoltre nelle donne TD che si prostituiscono, l'uso del profilattico è abbastanza frequente ma non costante. Spesso si verifica che cedano alla richiesta dei clienti che offrono cifre maggiori per avere rapporti non protetti. Molto spesso, poi, queste donne hanno un partner fisso con il quale raramente utilizzano il profilattico.

Poiché la prostituzione è finalizzata a soddisfare le esigenze economiche della tossicodipendenza, spesso l'imperatività di questa esigenza tacita ogni comportamento che metta a rischio questa soddisfazione o ne riduca l'efficacia.

I TD rappresentano un gruppo ad alto rischio di morbilità e mortalità. La mortalità nei TD 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 e i 34 anni, è attribuibile all'uso di droghe per via endovenosa.

La mortalità nei TD 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 TD, 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 TD, 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. Il numero delle morti per AIDS è in aumento, mentre i tassi di mortalità per overdose sembrano recentemente stabilizzarsi, anche se in parte si attribuisce tale dato statistico ad una maggiore efficacia degli interventi di emergenza.

Le principali cause di morte nella popolazione dei tossicodipendenti restano ancora l'AIDS e l'overdose. Considerando la gravità di queste patologie, l'esito spesso letale, la carenza di cure (soprattutto per il problema dell'infezione HIV) si ribadisce l'importanza della prevenzione mediante una sistematica opera di educazione sanitaria. Essa dovrà essere rivolta a tutta la popolazione a rischio, cercando però, di mettere in atto delle dinamiche e delle tecniche educative adatte al target in questione. Si è deciso quindi di adottare tecniche educative che puntino soprattutto a far acquisire abilità pratiche preventive ed a sviluppare basi motivazionali. E' noto infatti che non sempre ad alti livelli di conoscenza corrispondano anche comportamenti preventivi. A tale scopo si è messo a punto un progetto di un corso denominato "di sopravvivenza".

Questo s'inserisce bene all'interno delle attività istituzionali dei Ser.T. che hanno compiti di prevenzione e di educazione sanitaria. All'interno di queste strutture l'attività di prevenzione si dovrebbe svolgere, in base ai bisogni degli utenti anche con interventi a bassa soglia. Essi sono diretti ai bisogni immediati del TD, alla soluzione di problemi concreti e quotidiani, con la finalità di aggancio in prospettiva di una presa in carico più globale, ma soprattutto con lo scopo di ridurre il danno; tenendo presente che in molti casi questo è l'unico intervento concretamente realizzabile, per lo meno a breve termine.

Considerando quindi l'importanza degli interventi a bassa soglia per la riduzione del rischio e la prevenzione di effetti legati all'uso di sostanze stupefacenti, si capisce l'importanza di questo corso di sopravvivenza. Esso, comunque, dovrebbe essere collegato anche ad altri interventi sul territorio come i programmi di "Scambio delle siringhe" e quello degli "Operatori di Strada".

Queste attività non vanno naturalmente considerate come alternative ai cosiddetti interventi ad alta soglia, interventi delineati cioè su programmi a medio-lungo termine con finalità specifiche di remissione del sintomo tossicomane, e quindi di riabilitazione e reinserimento del TD. I due livelli di intervento non solo non si escludono a vicenda, ma dovrebbero essere continuamente integrati e dosati in base alle specifiche esigenze del paziente ed alla fase tossicomane in cui si trova e considerando le risorse a sua disposizione.

OBIETTIVO GENERALE DEL CORSO

L'obiettivo generale del corso è quello di modificare il comportamento delle persone tossicodipendenti tramite lo sviluppo di abilità pratiche individuali al fine di:

- ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione parenterale e/o sessuale;
- ridurre il rischio di morte per overdose.

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici possono essere formulati in tre livelli in base alle modalità di infezione ed alle cause di morte all'assunzione di eroina.

a) Prevenzione delle infezioni da pratiche iniettive (in particolare da HIV)

Si ritiene necessario insistere sulle pratiche iniettive dei TD poichè resta ancora una delle principali vie di trasmissione delle infezioni. Difatti non è ancora abitudine largamente diffusa procurarsi la siringa prima di acquistare la droga, e tanto meno acquistarne più di una alla volta, in modo da averne una scorta. Questo sia per un'idea scaramantica molto diffusa tra i TD (si ritiene che non porti fortuna comprare la siringa prima della droga) sia per il pericolo di essere fermati dalle Forze dell'Ordine andando nei luoghi di spaccio con l'occorrente per l'iniezione (rischio importante soprattutto per le persone non ancora conosciute come TD). Per quanto riguarda la disinfezione della siringa e della cute non esiste una cultura in questo senso, anche perché molto spesso l'assunzione di eroina avviene in luoghi casuali (giardini, strade) dove non è certo possibile avere a disposizione l'occorrente per la disinfezione. Comunque, anche nel caso vi siano le condizioni per disinfettare la siringa, pochi TD sanno farlo correttamente. A questo riguardo si devono tener presenti le particolari condizioni psicologiche che precedono e seguono il momento dell'iniezione, in cui predominano una forte eccitazione e uno stato d'ansia che diminuiscono fortemente la capacità di controllo e la razionalità. Da questo si può intuire la difficoltà ad indurre comportamenti preventivi, che possono in qualche modo ritardare il soddisfacimento del desiderio. Per capire ed approfondire queste problematiche si sono raccolte delle informazioni circa le varie abitudini e le varie sensazioni sperimentate nelle diverse fasi dell'iniezione di eroina, tramite un'intervista ad un gruppo di opinionleader (vedi allegato n 1).

Sulla base delle considerazioni precedenti i punti che si tratteranno nel corso sono i seguenti:

- come reperire in anticipo e conservare la siringa;
- come disinfettare la siringa ed altro materiale;
- importanza e modalità di disinfezione della cute;
- corretto smaltimento della siringa;
- informazioni generali sulle patologie correlate alle scorrette pratiche iniettive.

b) Prevenzione delle infezioni da pratiche sessuali (in particolare da HIV)

Anche tra i TD l'infezione da HIV si sta diffondendo sempre più per via sessuale; questi hanno spesso rapporti occasionali con partner non TD. Inoltre essi sottovalutano questa via di trasmissione focalizzando la loro attenzione solo su quella iniettiva. Di conseguenza i punti trattati sono i seguenti:

- tecniche di negoziazione per rifiutare rapporti non protetti, pur conservando il rapporto umano e di relazione;
- reperimento e conservazione profilattico;
- corrette modalità d'uso del profilattico;
- informazioni generali sulle vie di trasmissione dell'infezione da HIV e di altre patologie con particolare attenzione ai rischi di trasmissione ed acquisizione per via sessuale di malattie infettive, collegate alla prostituzione (con interventi differenziati per maschi e femmine).

c) Prevenzione e primo soccorso all'overdose

Le morti per overdose sono sempre attuali; è necessario tener presente alcuni aspetti:

- la possibilità che molte di esse non siano accidentali ma volutamente cercate;
- l'abitudine ad iniettarsi in solitudine e in luoghi appartati, che rende molto più difficile il soccorso;
- il compagno in overdose viene spesso abbandonato per paura di essere coinvolti negli accertamenti di Polizia successivi al ricovero o ad una eventuale morte;
- quando viene prestata assistenza il più delle volte avviene in modo inadeguato e casuale, in quanto solitamente anche chi presta soccorso è sotto l'effetto della droga e quindi non lucido e vigile.

Si è deciso di affrontare i punti citati precedentemente, suddividendo questo obiettivo specifico in due sottocapitoli: prevenzione dell'overdose, assistenza all'overdose.

1) *Prevenzione overdose*

- informazioni sulle cause e sui meccanismi dell'overdose, sulle sostanze e sulle condizioni che ne incrementano il rischio (uso contemporaneo di alcool, sedativi ecc.);
- discussione sulle condizioni sociali e sugli ambientali che possono ridurre il rischio (uso di eroina in luoghi non isolati, facilmente raggiungibili e vicini a cabine telefoniche).

2) *Assistenza overdose*

Come individuato da una nostra prima indagine è molto importante fornire corrette indicazioni sulle modalità di assistenza al compagno in overdose, che spesso viene abbandonato per paura di essere poi perseguiti dalla legge, o che viene assistito malamente per assenza di capacità tecniche.

Gli obiettivi specifici a questo riguardo sono:

- riconoscimento precoce dell'overdose: sintomi prodromici, tempi di sviluppo del quadro acuto;
- corretto posizionamento della persona in attesa dei soccorsi;
- la richiesta di aiuto in condizioni di compromessa lucidità: tempi, modalità, enti a cui rivolgersi, ecc.;
- comportamenti adeguati in caso di emergenza: posizionamento, pervietà delle vie aeree, ventilazione polmonare, uso del Narcan;
- problemi collegati ad eventuale trasporto in ospedale;
- come risolvere i problemi legali derivati dal soccorso del compagno in overdose (possibile imputazione di omicidio ecc.);
- motivare e promuovere un comportamento positivo per l'accettazione del periodo di osservazione in Pronto Soccorso.

ORGANIZZAZIONE DEL CORSO DI SOPRAVVIVENZA

Nella fase di progettazione e programmazione, sono state coinvolte varie strutture che hanno fornito utili aiuti e consulenza:

- Sezione Screening HIV (SSH): per le problematiche connesse alla prevenzione dell'infezione HIV, per le patologie internistiche e per i rischi legati all'overdose.
- Rianimazione e Pronto Intervento: per problematiche connesse con le manovre e tecniche di pronto soccorso e rianimazione.
- Medicina legale e Polizia e/o Carabinieri: per gli aspetti legali collegati al rischio di incriminazione per chi assiste il compagno in overdose.

- “Mediatori culturali”: coinvolti per fornire maggiori conoscenze sulla realtà del gruppo dei TD, sulle specifiche problematiche, sulle modalità di coinvolgimento più adeguate. Fungeranno loro stessi da tramite e da promotori del corso con attività di sensibilizzazione e informazione. Per “mediatori culturali” s’intendono sia ex-tossicodipendenti che TD attivi (con ruolo di opinion leader).

Per l’articolazione degli incontri e delle modalità più opportune di conduzione sono state raccolte una serie di informazioni circa le esperienze, i vissuti, le regole di gruppo, le credenze e la “cultura” degli utenti del Ser.T. rispetto agli obiettivi e alle tematiche del corso. Questo metodo, che può essere definito etnografico, ha lo scopo specifico di definire quali siano i rituali di comportamento e di gruppo, e le relative problematiche dei TD. A tale scopo possono essere effettuati colloqui informativi con opinion leader ed ex-tossicodipendenti e somministrate interviste semi-strutturate e/o questionari (vedi allegato n° 2) ad un campione della popolazione presa in esame.

PREPARAZIONE DEGLI OPERATORI

E’ necessario fornire una preliminare formazione agli operatori, allo scopo di potenziare le capacità di consulenza e la promozione di abilità e delle conoscenze specificate negli obiettivi. Tale formazione è inoltre mirata a rendere gli operatori in grado di trasformare le informazioni, che vengono date estemporaneamente durante l’attività quotidiana, in qualcosa di più sistematizzato. E’ importante sfruttare questi momenti di “primo approccio” per il clima spontaneo ed informale in cui si effettuano.

E’ molto importante stimolare negli operatori un’adeguata motivazione, e soprattutto far loro superare le eventuali resistenze nell’insegnare le manovre per l’iniezione sicura di sostanze; ciò potrebbero essere vissuto come “complicità” alla continuazione del comportamento tossicomane. Importante è far capire che si lavora a due livelli diversi:

- remissione completa del sintomo tossicomane;
- riduzione dei rischi e dei danni per mantenere sufficiente la qualità di vita, pur in una situazione così compromessa.

Tale formazione consta di una parte teorica e di una parte pratica riguardante gli obiettivi prima enunciati.

La parte teorica viene condotta illustrando le tecniche corrette da utilizzare nelle sudette situazioni avvalendosi, nella spiegazione, di ausili visivi (lucidi, diapositive e video) appositamente preparati per questo scopo. La parte pratica si svolge

con ripetute prove di simulazione che riproducono un setting simile a quello che gli operatori si ritroveranno ad utilizzare con gli utenti. L'importanza delle esercitazioni consiste nello sperimentare direttamente le problematiche e le difficoltà che si potrebbero riscontrare durante la relazione con l'utente partecipante al corso, inoltre rendere l'operatore sicuro sia delle procedure che delle motivazioni alla base di questi insegnamenti. Tutto questo risulta fondamentale per dimostrare preparazione ed affidabilità indispensabili per una modificazione dei comportamenti molto spesso radicati in chi usa sostanze stupefacenti da molto tempo.

Per questo livello di formazione è possibile utilizzare anche una serie di audiovisivi messi a punto dal Progetto P.O.S.

TARGET

Si possono individuare due livelli differenti di intervento:

- diretto all'individuo: con metodi di counseling o di altri approcci vis a vis allo scopo di individuare ed agire su problematiche specifiche e personali;
- diretto al gruppo: con metodi diretti a modificare le dinamiche di gruppo, ma soprattutto a trasmettere nuovi modelli di comportamento che creino "mode" e atteggiamenti che poi si diffonderanno per processi d'imitazione ed influenza reciproca tra i componenti stessi del gruppo destinatario.

Il corso è dedicato a:

- TD attivi opinion leader;
- TD attivi in terapia presso il Ser.T.
- TD afferenti ai "Drop-in center" od alle unità mobili non in terapia;
- TD carcerati (in un secondo momento).

MODALITA' DI CONTATTO

Il primo approccio all'utente si è rivelato particolarmente problematico ed ha necessitato la sperimentazione di diverse strategie di aggancio. La scelta, alla fine, è stata quella di coinvolgere le persone TD nella partecipazione al corso in concomitanza del primo contatto.

Inizialmente la scelta delle persone adatte all'aggancio è ricaduta negli operatori del Servizio per le tossicodipendenze, dato il quotidiano rapporto di conoscenza nel corso delle loro attività. I potenziali utenti venivano avvicinati durante la distribuzione giornaliera del metadone o nelle altre attività che prevedono un contatto diretto e personale utile per la presentazione accurata dell'iniziativa. Il limite riscon-

trato in questa procedura è stato lo scarso coinvolgimento degli stessi operatori nella fase di studio delle tecniche e delle strategie di seguito utilizzate. Dall'altra parte l'utenza prescelta, per le difficoltà del rispetto generale nei confronti di regole ed imposizioni (nel nostro caso l'appuntamento), ha dimostrato difficoltà per l'adesione ad attività strutturate e da programmare nel tempo. Questo comportamento può essere causato sia dalle loro caratteristiche psicologiche sia dallo stile di vita solitamente legato agli eventi quotidiani.

L'attenzione, in un secondo tempo si è focalizzata negli operatori di strada, trainers in seguito dei corsi di sopravvivenza. Si voleva ottenere una continuità tra l'operatore che motivava, durante l'aggancio, il soggetto all'importanza del corso e l'esecutore materiale del corso stesso. In questo modo il pur superficiale rapporto creatosi poteva saldarsi maggiormente favorendo una maggiore partecipazione.

Allo scopo di favorire il coinvolgimento, infine, è stato progettato e realizzato un manifesto che descrivesse l'importanza del corso per la salvaguardia della loro salute, la modalità di adesione e la spiegazione in breve delle nuove figure professionali (operatori di prevenzione) con cui sarebbero venuti in contatto, utilizzando un personaggio dei fumetti gradito dal target (Dylan Dog). Il manifesto è stato discusso con un gruppo di ragazzi TD opions leaders per raggiungere una modalità comunicativa adeguata al target ed ottenere la loro collaborazione per la presentazione e la diffusione del contenuto tra gli altri TD. Quest'ultima strategia unita all'attività diretta di informazione e promozione da parte degli operatori di strada, ha riscosso un discreto successo. I soggetti contattati dagli operatori in un luogo di aggregazione spontaneo, vengono immediatamente invitati a partecipare al corso, quanto meno alla prima parte. Si è quindi abbandonato definitivamente l'appuntamento a breve o media scadenza. Considerata la particolarità dell'utente, la durata del corso potrà essere adattata alle richieste emergenti e alle difficoltà che via via s'incontreranno.

Un'altra attenzione evidenziata nella fase di aggancio spontaneo è l'eventuale controindicazione per alcuni soggetti alla partecipazione al corso. La definizione di criteri di esclusione ed incursione dei soggetti TD è stata definita in collaborazione con gli operatori del Ser.T. che hanno in carico il paziente dal punto di vista medico e psico-sociale.

CRITERI DI ESCLUSIONE ED INCLUSIONE

E' necessario dare una particolare attenzione alle modalità di coinvolgimento delle persone TD all'interno del Servizio per le tossicodipendenze ed alla selezione ai soggetti ai quali proporre il corso di sopravvivenza.

L'adesione del paziente ai programmi di prevenzione dovrà essere ricercata attivamente, sia dagli operatori del servizio che dagli operatori di strada, ma non imposta.

Il Ser.T. dovrebbe però prevedere l'espletamento dei corsi nei primi tre giorni di accoglienza dei pazienti e prospettare tali attività al paziente come "estremamente necessaria".

1) Training per l'individuazione delle procedure iniettive a rischio

L'obiettivo di questo training è quello di rendere consapevole il TD dei punti critici (a rischio di infezione) nelle procedure di preparazione ed iniezione della droga e di fornirgli indicazioni preventive personalizzate.

Durante il training per l'individuazione delle procedure iniettive a rischio va ricordato che è possibile, a volte, indurre lievi stati di craving derivati dalla manipolazione della siringa. Pertanto, risulta necessario selezionare i pazienti con un uso attivo di eroina operando un'esclusione nei seguenti soggetti che hanno interrotto o sospeso, anche da breve tempo, uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa.

Per questi pazienti e per i successivi si può anche ricorrere alla simulazione narrata (senza manipolazione ed uso di materiali reali), discutendo passo dopo passo i rischi e le errate convinzioni del paziente all'interno di un contesto di counselling.

Pertanto, potranno accedere a questo training i soggetti con uso quotidiano di eroina per via endovenosa anche se contemporaneo al trattamento metadonico.

2) Training sul soccorso all'overdose

Tutti i soggetti, sia contattati in strada che in carico ai Ser.T. od alle comunità terapeutiche, possono partecipare a questo training.

3) Training sull'uso corretto del profilattico

Data la rilevanza preventiva di questa attività, tutte le persone seguite all'interno del Ser.T., ma anche contattate all'estero del servizio con il lavoro di strada, potranno parteciparvi. Non si ravvisano infatti particolari controindicazioni.

L'attività potrebbe favorire il contatto con numerosi soggetti non coinvolti nei training precedenti, oltre alla possibilità di somministrare i test d'inizio (conoscenza generale e percezione del rischio) con il relativo counselling individuale.

NOTA:

I tossicodipendenti con problematiche psichiatriche è più opportuno che siano seguiti individualmente e successivamente inseriti in un gruppo composto da non più di 2-3 persone in quanto necessitano di tempi più lunghi sia nella compilazione dei questionari, sia nella esercitazione.

Andranno inoltre, controllate le interpretazioni e le fantasie che si possono attivare in questi pazienti.

METODI E CONTENUTI

Il corso si articola nell'arco di due giornate della durata di circa 1-2 ore. Il primo incontro è dedicato all'apprendimento delle metodiche corrette per l'assistenza e la prevenzione in caso di overdose il secondo alla disinfezione della siringa, l'uso corretto del profilattico e la conoscenza e l'utilizzo di strumenti adeguati per la preparazione della dose.

Nello svolgimento del corso si è reso indispensabile la riduzione dei partecipanti, (all'inizio i gruppi erano di 6-7 persone) sia per la difficoltà nella conduzione dell'intervento, sia per la possibile presenza di soggetti con problemi psichiatrici ai quali andrà riservata un'attenzione particolare.

1° GIORNO

Utilizzo degli strumenti per la raccolta dati

Durante lo svolgimento del corso agli operatori viene affidato il compito della raccolta sistematica di informazioni e dati. A tale scopo sono state elaborate alcune schede riguardanti le singole attività, un monitoraggio sul problema HIV e una breve anamnesi sulla tossicodipendenza. (Per l'approfondimento sul tema vedi articolo schede di raccolta dati). Affiancate a queste vengono utilizzati alcuni questionari autosomministrati per rilevare la percezione del rischio ed il livello informativo dei soggetti. Quest'ultimi vengono proposti all'inizio del corso ai partecipanti. In questo modo la loro immediata elaborazione permetterà agli operatori di possedere il grado di conoscenza sul tema HIV dei soggetti oltre a permettere di focalizzare l'intera attività sui punti più problematici.

E' stata inoltre messa a punto una check list che permette di valutare il livello di abilità pratiche presenti prima e dopo l'intervento.

Prevenzione dell'overdose

Il corso inizia consegnando i due questionari autosomministrati, sopra descritti. Per l'inizio dell'azione educativa vera e propria verrà utilizzato un setting di gruppo, con un'attività di informazione e discussione con scambio di esperienze sia su episodi di overdose accaduti personalmente ai partecipanti, sia di assistenza e aiuto prestato ad un compagno, allo scopo di capire le reali conoscenze e pregiudizi e per fornire adeguate informazioni con delle tecniche di coinvolgimento attivo. Utile in questo caso il metodo del problem-solving; si pongono problemi, quesiti, interrogativi la cui soluzione deve essere trovata direttamente dai partecipanti all'attività di gruppo. Questo metodo permette la partecipazione attiva e la collaborazione; ogni soggetto può portare il suo personale contributo senza rischiare di essere solo il partecipante passivo a cui vengono trasmesse delle nozioni che rischiano di non essere comprese.

Focalizzando l'attenzione sulla possibilità di evitare l'overdose e quindi il rischio di decesso e la conoscenza delle pratiche corrette per l'assistenza corretta agli amici è sembrato il modo migliore di porsi per il coinvolgimento delle persone TD ai corsi.

I concetti chiave da trasmettere sono:

- non utilizzare contemporaneamente alcool, sedativi ed eroina;
- non iniettarsi da soli;
- non iniettarsi in luoghi difficilmente raggiungibili da eventuali aiuti.
Scegliere un luogo vicino a una cabina telefonica;
- non cambiare frequentemente fornitore di stupefacente. Se si cambia fornitore iniettare dosi inferiori all'usuale;
- se possibile portare con se una fiala di Narcan;
- in caso di precedenti periodi di astinenza (carcere, comunità, ecc.) non utilizzare dosi elevate ed uguali a quelle utilizzate prima dell'interruzione;
- ridurre la dose in caso di malattia od indisposizioni non spiegate.

Assistenza overdose

Prima dell'inizio della manovre corrette sarà somministrato ai partecipanti una check list tesa a rilevare le abilità già possedute dal soggetto prima del corso.

Dopo la comprensione delle cause più frequenti che portano un soggetto all'overdose ed al suo riconoscimento precoce, si concentrerà l'attività sulla richiesta di aiuto, sull'accettazione del periodo di osservazione in Pronto Soccorso, sui problemi legali relativi al soccorso (vedi depliant specifici). Attività di gruppo con dimo-

strazioni pratiche e prove di simulazione effettuate da un esperto in tecniche rianimatorie (medico-anestesista) che con l'ausilio di un manichino mostrerà realisticamente le manovre esatte per posizionare la persona, per mantenere la pervietà delle vie aeree e per attuare la ventilazione polmonare. Le manovre verranno successivamente fatte ripetere ad ogni partecipante per verificare la comprensione della spiegazione e correggere gli eventuali errori.

Saranno inoltre organizzate delle prove specifiche per eseguire una corretta richiesta di aiuto (che non dimentichiamo avviene in condizioni di alterata lucidità) con specificazione di quali parole usare, quale numero telefonico comporre (per evitare l'arrivo contemporaneo dell'ambulanza e della polizia) e come posizionare il compagno durante la chiamata di soccorso.

Anche in questo caso, nell'espletamento di tali manovre verrà utilizzato il metodo del problem-solving per simulare situazioni particolari da risolvere. Lo scopo è sviluppare semplici ed elementari attività pratiche relative agli obiettivi specifici elencati nei capitoli precedenti, che possono essere messe in atto in situazioni di emergenza e in luoghi occasionali.

Allo scopo di ridurre il rischio di abbandono del compagno in overdose e della non accettazione del periodo di osservazione in pronto soccorso si prevede infine la partecipazione di un esperto di problemi legali per discutere in gruppo le paure, i pregiudizi, le false credenze e gli interventi più opportuni per evitare imputazioni da parte delle forze dell'ordine.

2° GIORNO

Infezioni e pratiche iniettive

Prima di iniziare si procederà ad una verifica (pre-test) delle abilità già in possesso dell'utente mediante un setting individuale e il rilevamento degli errori che egli commette nel disinfettare la siringa e la cute e nello smaltire gli aghi usati, grazie all'utilizzo di una check-list. In questa fase è importante che l'operatore eviti un atteggiamento indagatorio; il TD non deve sentirsi esaminato o criticato e quindi rispondere con una reazione di rifiuto o di chiusura. L'operatore dovrebbe avere un atteggiamento positivo, di comprensione ed accettazione e dovrebbe comunicare che tutto ciò serve a consigliare le modalità di prevenzione in modo più adeguato e specifico. L'obiettivo di questo intervento è di analizzare nei particolari le procedure di preparazione della dose e di iniezione al fine di rendere edotti i TD dei punti critici in cui compiono errori che li espongono alle infezioni e modificare le pratiche in senso preventivo. A tale scopo si eseguiranno prove di simulazione individuali seguendo il procedimento sotto descritto.

- a) Si prepara un piano di appoggio con i vari materiali che possono essere utilizzati dai TD nella preparazione della dose, nella disinfezione e nello smaltimento della siringa. Si utilizzano i seguenti materiali:
 - siringa da insulina;
 - cotone e garze;
 - liquido disinfettante;
 - cucchiaino, filtro puliti ecc.;
 - fiala di liquido per preparati iniettabili;
 - contenitori con le scritte: alcool, candeggina, acqua ed acqua + detersivo;
 - contenitori vuoti di varie dimensioni;
 - cintura, fazzoletto, laccio emostatico, laccio da scarpe.
- b) Si invita la persona a simulare la preparazione della dose, la disinfezione della siringa, della cute e successivamente lo smaltimento della siringa.
- c) Durante l'esecuzione delle manovre si segnano gli errori commessi sulla check-list.
- d) L'operatore quindi spiega all'utente gli eventuali errori commessi e mostra le manovre corrette, spiegandone la motivazione. Questa fase è molto importante e dovrà essere agganciata ad una serie di informazioni standard sulla prevenzione delle infezioni, utilizzando tecniche di counselling personalizzato e le indicazioni offerte dal questionario sul livello informativo. Attraverso la disamina degli item scorretti infatti possono offrire agli operatori validi spunti per un counselling mirato ed efficace.
- e) Successivamente si fa ripetere la simulazione al soggetto per accertarsi che abbia compreso le spiegazioni e che non commetta gli errori precedenti. Durante questa fase si eseguirà un secondo rilevamento degli eventuali errori mediante la check-list (post-test) ed il livello informativo. Se ci fossero errori residui, l'operatore procederà ad una nuova spiegazione e verifica.

Con questa attività ci si prefigge di raggiungere obiettivi minimi rivolti alla prevenzione dei danni derivanti dalla dipendenza cronica da eroina. A tale scopo le semplici regole che si vuole diffondere sono le seguenti:

- Usare solo la propria siringa e solo una volta per evitare infezioni da HIV, epatiti ma anche setticemie e ascessi. Se si è obbligati a riutilizzare la siringa è importante un'adeguata disinfezione.
- E' pericoloso iniettare endovena pastiglie, anche se polverizzate, poiché contengono eccipienti che possono causare ascessi e flebiti. Eventualmente si deve filtrare molto bene il liquido.
- Nella preparazione della dose utilizzare acqua sterile o bollita e l'acido ascorbico per sciogliere l'eroina. Non va usato il succo di limone poiché può contenere germi che possono provocare lesioni oculari o setticemie.

- Un'altra operazione pericolosa può essere la rottura della fiala di acqua distillata; i residui di vetro e il sangue della persona che compie l'operazione possono cadere all'interno della fiala e provocare ascessi od infezioni una volta iniettati (in alcuni paesi europei si usano fialette di plastica).
- Filtrare la dose da impurità e residui. Meglio farlo con un filtro di sigaretta; le altre sostanze come il cotone e la lana possono sfilacciarsi ed essere iniettate danneggiando così le vene.
- Utilizzare "vene buone", cambiare spesso zona di iniezione ed evitare punti pericolosi come il collo e l'inguine. Nel caso di iniezioni intramuscolo la zona meno rischiosa è il muscolo della coscia, non vanno usati però gli aghi da insulina ed è bene anche qui cambiare spesso zona di iniezione. Anche l'iniezione sottocutanea può dare facilmente ascessi.
- Accertarsi sempre di non aver punto un'arteria, poiché tale iniezione può essere molto pericolosa, è possibile una abbondante emorragia e si possono avere seri problemi agli arti.

NOTA:

La candeggina in commercio in Italia ha una concentrazione di ipoclorito di sodio che oscilla dal 5 al 15% con una concentrazione media, al momento del confezionamento, del 5,5%. I tempi necessari per disattivare l'HIV nelle condizioni di "lavoro" del TD (cioè in vivo) non sono ancora ben definiti.

Secondo G. Ippolito ("Infezione da HIV ed Operatori Sanitari" 1990, Ed. Il pensiero scientifico, pag. 221-230) i tempi di immersione in candeggina o alcool, dovrebbero oscillare tra i 10 e 20 minuti, mentre secondo W. Wiebel (comunicazione al I° Corso di Formazione del Gruppo di Lavoro Nazionale: Progetto per la prevenzione dell'infezione da HIV nelle Persone Tossicodipendenti mediante Operatori di strada ed European Peer Support Project; Verona 1994) basterebbero 30 secondi, con una candeggina al 12,5% di ipoclorito di sodio.

Infezioni e pratiche sessuali

Verranno fatte delle attività di gruppo allo scopo di trasmettere informazioni e stimolare una discussione relativamente alle vie di trasmissione dell'infezione da HIV e di altre patologie, alle tecniche di negoziazione per rifiutare rapporti non protetti, al reperimento, conservazione ed uso del profilattico.

Lo scopo è capire quali sono le conoscenze dei TD, stimolando la comunicazione e lo scambio di esperienze all'interno del gruppo, e comunicare strategie adeguate mediante coinvolgimento attivo.

Si possono organizzare dei role-play con partecipanti al corso che interpretano la parte di due partner: uno rifiuta il profilattico e l'altro deve convincerlo ad usarlo. E' importante discutere sia il ruolo femminile che maschile poiché le problematiche sono diverse. Inoltre, si possono organizzare attività individuali, per sviluppare le abilità pratiche legate all'uso del profilattico, con prove di simulazione secondo il seguente procedimento.

- Preparare un piano di appoggio con il seguente materiale:
 - profilattici di diverso tipo (extrasottili, spessi ecc.);
 - un fallo di plastica (od una bottiglia);
 - lubrificanti.
- Far eseguire al soggetto la scelta del profilattico, l'estrazione dall'involucro, il posizionamento sul fallo di plastica. Chiedere inoltre in che momento del rapporto l'utente indossa il profilattico.
- Controllare l'esecuzione con una check-list (pre-test).
- In caso di errori l'operatore ripeterà l'operazione correttamente, spiegando i motivi e l'importanza delle manovre.
- Per evitare imbarazzi e svalutazioni dell'intervento è opportuno che l'operatore sia dello stesso sesso di chi esegue la prova.
- Le manovre verranno fatte ripetere ad ogni partecipante per verificare la comprensione della spiegazione e correggere gli eventuali errori.

Valutazione

La valutazione potrà essere eseguita utilizzando, per quanto riguarda l'infezione da HIV, il rilevamento del livello informativo, della percezione del rischio, dell'attitudine al rischio e dei comportamenti, prima e dopo il corso.

Per quanto riguarda il soccorso all'overdose si dovranno verificare le abilità apprese attraverso prove di simulazione utilizzando le specifiche check list.

Si potranno inoltre utilizzare indicatori indiretti quali l'incidenza di sieroconversioni e di overdose nei partecipanti al corso (nonché i soccorsi prestati dai TD). Per questi aspetti si rimanda anche allo specifico articolo riportato in questo manuale.

Le basi motivazionali per l'adesione alle norme preventive.

E' sicuramente importante fornire alle persone TD conoscenze appropriate sulle modalità adeguate per evitare infezioni e scambi di siringhe od altro materiale infetto.

D'altra parte ci si scontra con la realtà oggettiva delle condizioni di vita di queste persone, con la difficoltà di applicare queste manovre e queste conoscenze nella quotidianità.

La maggior parte dei TD, almeno nella nostra realtà socio-ambientale si inietta l'eroina fuori casa, in luoghi e situazioni prettamente occasionali dove è sicuramente impensabile un'adeguata disinfezione del materiale. Allo stesso tempo anche in situazioni più favorevoli l'urgenza di iniettarsi l'eroina, quando questa è disponibile, è tale da far dimenticare qualsiasi altra cosa. I pochi minuti necessari per la disinfezione possono sembrare troppo lunghi soprattutto quando la ricerca della dose è stata particolarmente difficoltosa. Questo può essere imputato anche alla particolare psicologia del TD, che difficilmente accetta regole e frustrazioni ma deve soddisfare immediatamente le sue esigenze.

Facendo riferimento alle Teorie Motivazionali è risaputo che, perché un soggetto modifichi il suo comportamento, non è sufficiente l'acquisire informazioni e la loro elaborazione a livello razionale; ma vi sono dinamiche più profonde e complesse che riguardano soprattutto la presenza di motivazioni al cambiamento. Per ottenere un cambiamento comportamentale è necessario che il soggetto maturi il convincimento della reale opportunità o dei vantaggi nell'attuarlo. Si deve agire quindi, a livello individuale, cercando di cogliere le specifiche e personali dinamiche che possono influire positivamente sulla persona, determinando un cambiamento, ma anche a livello di gruppo sociale per far sì che il cambiamento del singolo sia accettato e divenga cambiamento del gruppo. Solo così si potrà instaurare un comportamento duraturo e positivo. Per quanto riguarda i TD non esistono molti studi che definiscono chiaramente le basi motivazionali, anche perché queste dovrebbero far riferimento alle specifiche regole ed abitudini del gruppo e dell'ambiente di appartenenza.

Vi sono anche degli invertitori motivazionali (spinte autodistruttive, alta attitudine al rischio, comportamenti cronici e quindi ben radicati e sedimentati) che spingono addirittura il soggetto a ricercare comportamenti a rischio.

Si è osservato che un requisito importante per determinare il cambiamento è la paura o la percezione di una "perdita" di oggetti ritenuti importanti dal soggetto, è quindi importante quando si agisce su un gruppo identificare gli oggetti di perdita specifici.

Nel caso dei TD proporre una modifica dei comportamenti agendo sulla paura della morte (perdita della vita) non risulterà efficace visto che il TD è abituato a rischiare la vita quotidianamente per overdose e nella sua personalità giocano un ruolo importante le spinte autodistruttive.

Ad esempio, molto più efficace risulterà agire sulla paura della sofferenza fisica, quindi sulla perdita dello stato di benessere fisico e di conseguenza sulla per-

dità dell'autonomia e della libertà d'azione, di movimento che una malattia può provocare, e che un TD farebbe molta più fatica ad accettare.

Inoltre la paura di emarginazione o di critica all'interno del gruppo di riferimento e quindi la paura di perdita di prestigio, stima e potere è un altro elemento da tenere in considerazione; lo spacciatore, se sospettato portatore di qualche malattia, potrebbe essere percepito come venditore di "eroina infetta" e quindi perdere la clientela.

Altri elementi di perdita probabilmente non vengono percepiti dai TD come importanti e quindi non servirebbe agire su di essi per stimolare il cambiamento comportamentale (ad esempio punti di performance intellettuale, lavorativa, perdita economica o stimolazione del senso di responsabilità verso genitori, figli, partner, ecc.).

Bibliografia

1. Ippolito G., *Infezioni da HIV ed Operatori Sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1991.
2. AA.VV., *HIV e AIDS Counselling e screening*: Manuale teorico pratico a cura di Serpelloni G., e Morgante S., - Leonard edizioni scientifiche, Verona, 1993.
3. SCODA, *What Works* (edizione italiana). (testo originale pubblicato da Exeter drugs project) London, 1994.
4. Barducci A, Rizzica M, Tassielli D., *Livelli di cloro disponibile nelle soluzioni di varechina commerciabile: risultati di un'indagine e criteri per la scelta in ambito ospedaliero*. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere vol. 1, n 4: 37-41, 1994.
5. Trautmann F, *The European Peer Support Manual*. NIAD, Project "AIDS en druggebruik" 1994, Amsterdam.

Allegato N. 1

PERCEZIONI SOGGETTIVE RIFERITE DALLA PERSONA TOSSICODIPENDENTE DURANTE LA RICERCA E LA SOMMINISTRAZIONE DELL'EROINA.

Al fine di far comprendere all'operatore di prevenzione alcuni aspetti dell'utilizzo dell'eroina relativi alle sensazioni riferiteci da un gruppo di TD durante la progettazione dell'intervento.

1) Fase di ricerca della dose

In questa fase, che può durare un'ora come tutta la giornata, la persona ha un solo pensiero, è, come si dice in gergo "a caccia", e quindi refrattaria a qualsiasi altro stimolo esterno. La sua unica preoccupazione infatti, è trovare la dose, ed il dubbio di non trovarla gli provoca una forte tensione che inibisce lo sviluppo di altri pensieri e non gli permette di pensare ad altro. Il TD percepisce quindi, una sensazione di forte desiderio con ricerca attiva, spasmodica accompagnata da ansia.

2) Fase di acquisto dell'eroina

L'acquisto viene vissuto come il raggiungimento dello scopo principale con successivo rilassamento (per la sicurezza di avere ormai trovato la dose), ma allo stesso tempo aumenta la fretta d'iniettarsi. Soprattutto se la ricerca è stata lunga e difficoltosa e quindi il grado di craving e di astinenza alto, ogni luogo può essere scelto per l'iniezione, e quindi diminuiscono le precauzioni e l'attenzione. La fretta d'iniettarsi di chi acquista, e quindi lo scarso allontanamento dal punto di spaccio che ne può derivare, è temuta dallo spacciatore poiché questo potrebbe attirare la Polizia nel suo luogo di lavoro. Lo spacciatore quindi, ha tutto l'interesse a far allontanare il più possibile da lui l'acquirente e così normalmente avviene.

3) Fase di preparazione della dose

In questa fase vi è un notevole aumento dell'eccitazione con presenza di fenomeni neuro-vegetativi quali: ansia, salivazione, tremori, nausea che può arrivare fino al vomito. Il desiderio di "farsi" è al culmine, ed è molto difficile per il TD controllarsi, per cui in questo momento l'unico pensiero è iniettarsi il più presto possibile. La dose viene preparata normalmente da chi ha meno tremori ed assicura al gruppo la conservazione della dose. L'intensità del tremore, associato all'assenza di infezioni, risultano quindi un criterio di selezione del preparatore. Alcune persone assumono questo ruolo all'interno del gruppo, che è un ruolo fiduciario, e lo conservano per lungo tempo.

La fase di preparazione avviene con l'apertura della busta ed il successivo riscaldamento della dose. Durante queste due azioni il TD avverte l'odore della sostanza che viene nebulizzata nell'aria, descritto come un odore con base amara a componente

acida. Queste sensazioni possono essere vissute come piacevoli se non si è particolarmente in astinenza, o come spiacevoli con un aumento dei sintomi astinenziali, se è trascorso molto tempo dall'ultima iniezione.

4) Fase di spartizione della dose

In questo momento un TD per tutti aspira la droga con una siringa. Il TD che esegue questa operazione è quello che ha la siringa sterile, quello che l'ha disinfettata nel modo migliore o quello che si dichiara sieronegativo. Nel caso all'interno del gruppo vi sia una persona sieropositiva spesso questa sarà l'ultima ad aspirare, per evitare l'infezione degli altri componenti del gruppo. Il gruppo si forma in base a delle affinità caratteriali dei singoli componenti, a volte in base allo stato sierologico ed anche in base a chi ha partecipato alla "colletta" per l'acquisto. I TD normalmente non discriminano i soggetti sieropositivi durante le iniezioni di gruppo, ma confidano molto sul fatto che essi dichiarino il loro stato e che quindi vengano adottate le misure precauzionali, che consistono praticamente nel far iniettare la persona sieropositiva per ultima. Dopo che la persona scelta per la prima aspirazione ha aspirato tutta la sostanza nella siringa è possibile sapere esattamente la quantità e quindi fare le divisioni. A questo punto la persona che ha la sostanza caricata nella sua siringa mette nella fialella o nel cucchinino la quantità corrispondente per ogni singola persona, la quale aspira la sua dose. Così per ogni componente del gruppo. Questa è la prima distribuzione dell'eroina. Successivamente le dosi vengono confrontate, e quindi se qualcuno ha delle quantità superiori od inferiori rispetto agli altri, viene eseguito quello che viene definito "il pareggiamento" della dose. Tale operazione consiste nel dare o nel togliere una parte di eroina dalle varie siringhe trasportandola nella siringa del compagno. Questa è una fase molto pericolosa per la trasmissione dell'infezione da HIV e delle altre malattie.

5) Fase della ricerca della vena

Per soggetti che hanno ancora vene praticabili dura qualche secondo, per soggetti invece particolarmente devastati può durare da parecchi minuti ad un ora. Durante questa fase non si esegue quasi mai la disinfezione della cute, al massimo viene attuata una detersione della cute con saliva o limone. La conferma "dell'essere in vena" avviene aspirando il sangue in siringa, miscelando così l'eroina con il proprio sangue. La maggior parte dei TD non usa il laccio emostatico ma la cintura, un fazzoletto o spesso niente, stringendo il braccio con la mano. Questo tutto sommato è una buona abitudine poiché il laccio emostatico in caso di perdita di coscienza può non slacciarsi e dare maggiori problemi di stasi venosa.

6) Fase dell'iniezione

Questa fase è caratterizzata da una serie di sensazioni subito dopo l'iniezione che vengono descritte dai TD in modo molto diverso in base alla loro percezione sog-

gettiva, al tipo di sostanza usata ed ai tagli effettuati nella sua preparazione. La sensazione che avvertono subito dopo l'iniezione è una sensazione gustativa, che è percepita prima dell'effetto della sostanza stupefacente; ed è una sensazione, come detto in precedenza, di un gusto acido con una base "di medicinale". Alcuni TD hanno riferito che ritengono la componente gustativa "di medicinale" dovuta ad eroina tagliata male. Altri hanno invece riferito che la sensazione gustativa può avere anche una base alcolica nel momento in cui si utilizzano siringhe disinfettate con alcool.

La successiva sensazione è di "calore che sale" accompagnata a volte da piccoli brividi, questo viene definito da TD come "l'astinenza che se ne va", o "la scimmia che muore". Immediatamente a questo segue una sensazione di rilassamento viscerale che spesso è accompagnato dalla comparsa di fame. Prima di estrarre l'ago, il TD aspira ed inietta più volte il sangue al fine di utilizzare tutta l'eroina presente nella siringa e nello spazio morto (circa 1 cc) dell'ago. Questa manovra assume spesso un significato simbolico ed a volte può durare parecchi minuti. Subito dopo il TD avverte una sensazione che viene riferita come di "normalità" con sedazione dell'ansia, riduzione dello stato di eccitazione, ripresa dell'ideazione.

7) Fase di ripulitura della siringa

Quasi generalmente il TD per evitare l'otturazione dell'ago usato e quindi di dover gettare la siringa, esegue una ripulitura molto rudimentale dell'ago utilizzando saliva od acqua. Questa è una fase che permetterebbe, considerate le condizioni di "tranquillità" della persona, l'effettuazione delle manovre di disinfezione in tempi più lunghi, con utilizzo di alcool o varrecchina. Questo potrebbe garantire l'utilizzo successivo di siringhe ben disinfettate. A volte, quando la siringa è molto usata, il TD la smaltisce, ed una delle prassi più in uso è quella di bruciare la siringa dopo averla conficcata con l'ago in qualche albero o muro. Questo porta a bruciare la parte superiore della siringa ma difficilmente la parte più pericolosa, appunto l'ago, che non viene completamente distrutta. Altri TD disarmano la siringa rompendo l'ago con le mani e mettendo successivamente l'ago all'interno della camera della siringa o nell'intercapedine dello stantuffo.

E' importante che gli Operatori conoscano quello che accade in queste fasi, sia per comprendere meglio lo stato psico-fisico del soggetto, sia per individuare in modo mirato i momenti migliori per attuare delle modifiche comportamentali. Come si può desumere dalla nostra breve descrizione nelle fasi che precedono l'iniezione non sono proponibili modifiche comportamentali, poichè l'attenzione del soggetto è focalizzata su un unico obiettivo. La disinfezione della siringa potrebbe quindi essere consigliata sia subito prima dell'iniezione, o durante la preparazione della dose mediante una rapida pulitura con candeggina (tempo di contatto minimo 30 secondi), sia alla fine dell'iniezione (con tempi di contatto e quindi efficacia molto superiori).

Allegato N.2

INTERVISTA SEMISTRUTTURATA

Si propone un esempio di domande che possono essere utilizzate come guida ad un'intervista semistrutturata per introdurre, raccogliendo contemporaneamente informazioni, riflessioni e discussioni sulle manovre a rischio.

01. Che tipo di sostanza assumi ?
02. Compri prima la siringa o la dose ?
03. Compri una siringa alla volta o riesci ad averne una scorta ?
04. Ti capita di riutilizzare più volte la stessa siringa ?
05. Come la disinfetti, come disinfetti la cute ?
06. Ti fai subito appena comprata la dose ?
07. Di solito in quale luogo ti fai ?
08. Ti fai da solo o in compagnia ?
09. Descrivimi il procedimento che utilizzi per iniettarti l'eroina ?
10. Ti capita spesso di condividere la dose con amici ?
11. Come fai per dividere la dose ?
12. Ti capita di condividere cucchiaino o fiala, filtro; in questo caso come ti comporti?
13. Ti è successo di avere un'overdose ?
14. Chi ti ha soccorso ?
15. Sei stato portato in ospedale? Se sì, quanto tempo ci sei rimasto ?
16. Hai assistito un compagno in overdose ?
17. Cosa hai fatto, come ti sei sentito, hai avuto paura ?
18. Cosa pensi si potrebbe fare per ridurre il rischio dell' overdose ?
19. Secondo te quali sono le cause più importanti dell'overdose ?
20. Hai un partner fisso, usi il preservativo ?
21. Hai dei partner occasionali, usi il preservativo ?
22. Che tipo di preservativo compri ?
23. Se non lo usi, perchè, quali problemi ti crea ?
24. Lo usi all'inizio del rapporto, oppure dopo?

Allegato N. 3

CAR-IDU sintex
ver. 1.0 03.03.1994
a cura di G Serpelloni, M. Parisi, A. Bassi
eterosomministrato

DA COMPILARE a CURA dell'OPERATORE
MEDIANTE INTERVISTA

COMPORTAMENTI BASE

data.....

1. Frequenza dell'uso della siringa (ultimi 6 mesi)

- ☐ quotidiano
☐ settimanale
☐ mensile

2. Patner sessuale (ultimi 6 mesi)

☐ fisso (relazione > 3 mesi)

Tipo	<input type="checkbox"/> TD	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> non TD	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> indeterminato	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>

☐ occasionale (relazione < 3 mesi) N°Tot.=

Tipo	<input type="checkbox"/> TD	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> non TD	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> indeterminato	N° medio rapporti sex/mese	<input type="text"/>

☐ assenza di patner

COMPORTAMENTI DETERMINANTI IL RISCHIO

3. Hai accettato od utilizzato la siringa di qualche tuo compagno negli ultimi 6 mesi?

- ☐ Sì quante volte?
- ☐ No
- ☐ Non ricordo

4. Hai usato il profilattico con il tuo Patner fisso negli ultimi 6 mesi?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, qualche volta (%=)
- ☐ No, mai
- ☐ Non ricordo

5. Hai usato il profilattico con i patners occasionali negli ultimi 6 mesi?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, qualche volta (%=)
- ☐ No, mai
- ☐ Non ricordo

Durata della tossicodipendenza EV

Precedenti carcerazioni

aa

mm

Sì No mesi tot.