

INTRODUZIONE ALL'OUTREACH: UNA NUOVA OPPORTUNITA' PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE ALLA DIPENDENZA CRONICA DA EROINA

Giovanni Serpelloni

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

INTRODUZIONE

L'outreach fu sperimentato per la prima volta negli Stati Uniti negli anni '50 per far fronte al problema delle gang di strada, associazioni per lo più di adolescenti che, per svariati motivi, manifestavano comportamenti di devianza e di delinquenza (1). Alcuni operatori sociali, per lo più individui che avevano alle spalle un passato simile, tentarono nei confronti di questo fenomeno un nuovo approccio: instaurarono con questi giovani rapporti amichevoli così da incontrare il loro consenso ed accettazione ed introdurre successivamente delle modifiche comportamentali.

Nonostante le notevoli difficoltà riscontrate, l'approccio si rivelò vincente. Gli operatori riuscirono ad arginare notevolmente il fenomeno delle bande ed a scoraggiare il loro costituirsi.

In Inghilterra questo tipo di lavoro si diffuse negli anni '60. Gruppi di operatori che fino ad allora avevano esercitato la loro attività di aggancio e di assistenza agli hippy nei drop-in center si spostarono sulla strada organizzando per loro dei luoghi di ritrovo dove questi potessero fumare, ascoltare la loro musica preferita e mantenere la loro immagine di strada.

Negli anni '70, l'outreach venne adottato soprattutto nelle grandi città là dove era presente un gran numero di TD non in contatto con le strutture sanitarie.

Particolare importanza strategica assunse l'area ad ovest di Londra (Piccadilly Circus e la stazione ferroviaria della metropolitana) che costituiva il punto di ritrovo per i tossicodipendenti senza tetto e senza radici di tutto il paese e luogo di spaccio e di assunzione di svariate droghe.

Gli anni '80 videro un aumento dei consumi di eroina. I nuovi consumatori avevano ben poco in comune con i tossicodipendenti di prima generazione senza

tetto e senza radici. La maggior parte di essi si fumava le droghe a casa o comunque in luoghi familiari ed erano individui apparentemente molto normali per i quali l'utilizzo della droga non costituiva una rottura categorica e simbolica con la società diretta. L'unica cosa che li accomunava era l'utilizzo frequente ma non quotidiano di eroina e la mancanza di un'occupazione.

In seguito, con la diffusione dell'eroina per via iniettabile e la contemporanea epidemia dell'HIV/AIDS tra i consumatori di droghe iniettabili, l'outreach ha assunto un'importanza crescente nelle strategie di prevenzione dell'HIV in quanto considerato come mezzo per entrare precocemente in contatto con le popolazioni di TD considerate a rischio per la diffusione del virus.

ALCUNE DEFINIZIONI

Va chiarito che il concetto di "outreach" e di intervento in strada qui presentato è da riferire alle attività di prevenzione secondaria relative alla Dipendenza Cronica da Eroina (DCE), cioè alla riduzione delle complicità correlate all'uso di droga, malattie diffusive ed overdose. Non va confuso quindi, con gli interventi in strada attivati per la prevenzione primaria della DCE che puntano su target giovanili completamente diversi in quanto non utilizzatori di droghe, ed hanno obiettivi orientati soprattutto alla prevenzione del disagio giovanile.

Le attività di "outreach", relativamente ai TD attivi, possono essere definite quindi come tutte quelle attività, negli interventi di prevenzione, tese a creare un contatto precoce con il target oggetto dell'intervento, al fine di rendere possibile l'acquisizione di comportamenti preventivi ed incrementare l'accesso a programmi assistenziali e di reinserimento.

I programmi di outreach quindi, devono essere considerati parte integrante ed essenziale dei percorsi di assistenza ai TD che entrano a tutti gli effetti nelle strategie dei Servizi con personale appositamente preparato e dedicato a questo scopo.

I Servizi pubblici non possono più ignorare questo aspetto operando ancora con vecchi modelli assistenziali che utilizzano schemi di reclutamento passivo degli utenti, ignorando che la probabilità di acquisire o trasmettere le infezioni o morire di overdose, aumentano considerevolmente soprattutto per i pazienti non in contatto con i Servizi.

Il precoce contatto con i pazienti ed il mantenimento della compliance sono i due obiettivi più importanti per rendere praticabile ed efficace l'intervento sul paziente tossicodipendente che consideri, oltre all'interruzione dell'uso di eroina, anche la prevenzione dei gravi rischi sanitari.

L'outreach risulta quindi, una nuova opportunità per la prevenzione delle pato-

logie correlate alla DCE; una nuova tecnica di lavoro che presuppone però l'acquisizione di un nuovo e più adatto metodo di approccio globale alla DCE. A questo proposito rimandiamo al successivo articolo dove viene trattato questo aspetto nello specifico.

Infine, va ricordato che il lavoro di prevenzione in strada è una attività estremamente complessa e difficoltosa, considerato l'ambiente non strutturato, e per questo occorre una specifica professionalità ed attitudine che prescinde da "vocations salvifiche", da applicazioni di "tecniche di guerriglia urbana" o da attrazioni dovute al "fascino dell'avventura e dell'esplorazione".

Tutto questo appartiene alla mitologia del lavoro di prevenzione in strada ma non può essere condiviso da operatori professionali che lavorano in un contesto di Sanità Pubblica dove è richiesta soprattutto professionalità e responsabilità.

IL RUOLO DEI SERVIZI PUBBLICI

In Italia la maggior parte dei Ser.T. non è ancora né orientato né strutturato a perseguire attività di questo tipo. Mentre in molti paesi Europei approcci di questo tipo sono stati attivati già da molti anni, nel nostro paese invece, per l'assenza di una reale cultura preventiva (sia nei metodi che nell'organizzazione) questa realtà risulta ancora insoddisfacente. Molte esperienze, peraltro meritevoli e senz'altro da promuovere ed incentivare, sono state attivate in vari ambiti dalle organizzazioni non governative (Villa Maraini, LILA, Arcigay ecc.) sottolineando ancora una volta come la struttura pubblica a questo livello sia estremamente in ritardo.

Ad oggi quindi, è necessario che i Ser.T. si ristrutturino in maniera da poter affrontare il nuovo scenario della tossicodipendenza con metodi più moderni e più consoni alla grave situazione epidemica esistente. Le attività di outreach devono diventare attività istituzionali dei Servizi pubblici. Il ruolo del pubblico, in stretta collaborazione con il privato sociale, sarà fondamentale nei prossimi anni per costruire una risposta preventiva nazionale che abbia un vero impatto nel controllo dell'epidemia e trovi nell'outreach il suo punto di forza. Peraltro, non è pensabile che il più grave problema di Sanità Pubblica esistente non veda coinvolti i Servizi pubblici in prima persona.

GLI OBIETTIVI PRINCIPALI

Gli obiettivi principali degli interventi di outreach nelle campagne di prevenzione HIV sono quelli di entrare in contatto il più precocemente possibile con i TD

attraverso una ricerca attiva, fornire loro informazioni e counselling relativamente alle norme preventive, trasmettere abilità preventive ed incentivare l'invio ai programmi di cura e reinserimento.

Durante il contatto possono essere poi identificati degli obiettivi specifici per singolo paziente in base alle sue caratteristiche ed ai suoi bisogni.

Un obiettivo degli operatori di prevenzione è anche quello di agire come intermediari fra il gruppo dei TD e la popolazione a contatto con percorsi più orientati al recupero del TD.

TARGET

I pazienti a cui ci si deve rivolgere in via prioritaria sono tutti coloro non ancora in contatto con i Servizi, o che hanno abbandonato i Centri di cura.

Tuttavia, vanno coinvolti nelle attività di prevenzione anche i pazienti residenti presso i Servizi, le Comunità ed il carcere che non hanno ancora affrontato sistematicamente il problema della prevenzione delle patologie associate alla DCE.

Va considerato però che durante gli interventi in strada gli operatori entreranno in contatto con diverse persone bisognose di aiuto (senza tetto, prostitute, stranieri, clandestini ecc.) per i quali bisognerà prevedere almeno la possibilità di fornire indicazioni generali di prevenzione per raggiungere i Centri di assistenza.

Un target secondario, soprattutto per la formazione, è rappresentato dagli operatori in contatto con questi pazienti, che sono i principali artefici della replicazione e del mantenimento nel tempo dell'intervento.

PRINCIPALI METODOLOGIE

Per attuare un intervento di prevenzione basato su programmi di outreach, si possono utilizzare diverse metodologie finalizzate a rendere efficace e praticabile nel tempo l'intervento ed a migliorare l'efficacia delle informazioni trasmesse:

- a) L'etnografia e la mappatura del territorio hanno trovato una buona applicazione nel descrivere la cultura, le regole, i rituali e le principali caratteristiche socio-ambientali del gruppo TD (2)
- b) L'utilizzo ed il coinvolgimento degli "opinion leader" al fine di avere informazioni precise ed accreditare il progetto presso il target, si è dimostrato efficace per veicolare in maniera più veloce e penetrante le "good opinion" nel gruppo. (3)
- c) L'attivazione di un rapporto di collaborazione con i farmacisti per ridurre

le resistenze alla vendita di siringhe sterili e l'implementazione di programmi di scambio di siringhe hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre l'utilizzo di siringhe in promiscuità e quindi, di ridurre la diffusione delle infezioni senza incentivare l'uso di eroina (4-11).

- d) Le azioni di coinvolgimento dei TD attraverso dei "corsi di sopravvivenza" dove vengano trasmesse ed implementate piuttosto che informazioni, abilità pratiche, hanno mostrato una buona utilità ed adesione dei TD. Questi training devono riguardare la prevenzione ed il primo soccorso all'overdose, la disinfezione e lo smaltimento della siringa usata e l'uso del profilattico (12-14).
- e) La formazione di gruppi di "Peer support" si è dimostrata anch'essa utile nel coinvolgere il target e nell'attivare "curiosity focus" all'interno del gruppo su cui impostare discussioni di gruppo ed attività quali la produzione di "newsletter" per TD (3).
- f) Il counselling in ambiente informale si è dimostrato utile e facilmente utilizzabile dagli operatori appositamente formati a lavorare in strada ed all'interno di drop in center od unità mobili (15, 3).
- g) L'utilizzo di video e di tecniche audiovisive ha portato buoni risultati sia sui TD che sugli operatori ai fini della formazione (12). Con questi sistemi infatti, è possibile attrarre facilmente l'attenzione dei TD e fornire informazioni standardizzate e controllate nei contenuti e nelle modalità comunicative.
- h) L'operatore non può dimenticare che durante l'intervento di prevenzione HIV esso verrà in contatto con una lunga serie di problemi e di bisogni del paziente che non potranno essere ignorati né affrontati completamente e contemporaneamente in strada.

A questo proposito va ricordato quindi, che dagli interventi di bassa soglia è necessario arrivare ad incentivare l'entrata in interventi a media alta soglia, in un continuum di interventi verso il recupero totale della persona. Ma per fare questo è necessario che le attività dell'operatore di prevenzione siano inserite in un'organizzazione del lavoro che permetta la rapida ed adeguata accoglienza dei pazienti contattati con le attività di outreach presso i Servizi e le Comunità (16).

IL PERSONALE

Le caratteristiche principali di un operatore di prevenzione addetto all'outreach possono essere sintetizzate in sei elementi: professionalità specifica, esperienza nel lavoro con TD, capacità relazionale, prudenza, personalità equilibrata, capacità di lavorare in equipe o con supervisore (17-24).

Una formazione adeguata sarà indispensabile ma non sufficiente a preparare il personale che dovrà avere quindi anche delle caratteristiche proprie di attitudine psicologica a questo tipo di lavoro. Sarà quindi indispensabile una preselezione del personale che punti soprattutto a valutare le caratteristiche di personalità di base dell'operatore, le sue aspettative ed i suoi problemi, oltre che la professionalità e le esperienze passate (25).

Il personale andrà costantemente supervisionato ed assistito nei momenti di crisi con una organizzazione del lavoro che permetta una costante verifica delle procedure utilizzate, dei meccanismi di identificazione degli operatori con i pazienti e delle possibili situazioni di burn-out (15). Un ulteriore sistema per evitare queste situazioni è attivare un frequente turnover degli operatori.

Ancora controversa è la questione dell'utilizzo di TD collaborativi o di ex tossicodipendenti nelle attività di outreach per il pericolo di recidiva e di ruolizzazioni improprie. La nostra opinione a proposito è quella di far collaborare queste persone con il progetto soprattutto per quanto riguarda la parte di progettazione dell'intervento, di interpretazione e commento delle mappature e la preparazione dei materiali informativi. Un ruolo cioè più di consulenza che di operatore attivo in strada.

La collaborazione con exTD andrà comunque valutata caso per caso, considerando che vi sono persone estremamente "solide" ma altre meno, tentando di evitare il diretto contatto di questi eventuali operatori con situazioni a rischio o altri TD in fase attiva sul territorio (26-32).

LE STRUTTURE ED I MEZZI MOBILI

Negli interventi di bassa soglia sono risultati molto utili i "drop-in-center", centri di prima accoglienza dove l'accesso è facilitato in quanto non vincolato all'accettazione da parte del paziente all'inserimento in programmi di cura della tossicodipendenza. Le funzioni di questi Centri sono prevalentemente di informazione, orientamento e supporto ai bisogni elementari. Durante il contatto potranno essere instaurati rapporti che, se ben utilizzati, saranno molto utili a creare opportunità preventive ed assistenziali in seguito (33-36).

Questi Centri di Prima Accoglienza si sono rivelati molto idonei nell'iniziare a discutere con il paziente un "progetto di cambiamento" programmando l'astinenza e le azioni necessarie all'entrata in programmi ad alta soglia. In altre parole, fornire al TD una visione reale e praticabile di speranza e futuribilità.

Lo stesso può valere, anche se in forma diversa, per le unità mobili che diventano facilmente e molto rapidamente punti di riferimento nel territorio in cui operano.

Attraverso queste strutture è anche possibile distribuire materiali di informazione e di prevenzione (depliant, siringhe, profilattici ecc.) e contemporaneamente creare il contatto con il TD (37). Rispetto al soccorso al paziente in overdose va chiarito che queste unità non possono essere trasformate in “ambulanze per tossicodipendenti” anche se devono essere attrezzate per fornire almeno un primo soccorso. Utile sarà, a questo proposito, la collaborazione privilegiata con le strutture di emergenza già esistenti, coordinando le uscite dei mezzi mobili delle unità di strada con loro.

I MATERIALI

I materiali informativi che si possono utilizzare durante questi interventi sono diversi: depliant, locandine, adesivi, newsletter ecc. Essi devono essere adattati al target sia nel linguaggio (forma e contenuto) che nella veste grafica. La migliore cosa al fine di aumentare la loro penetranza ed il loro utilizzo è di procedere alla loro costruzione con l'aiuto diretto dei TD, sia per quanto riguarda la forma che il testo.

Fondamentale è il ruolo dei TD anche nella progettazione ed identificazione delle forme e dei luoghi più adatti per la distribuzione (38-47).

Per ulteriori approfondimenti rimandiamo più avanti all'articolo specifico. I materiali di prevenzione (siringhe, fiale di acqua sterile e profilattici), se ben distribuiti e gestiti in maniera intelligente, possono essere anche un potente “attrattore” ed agevolare il contatto con il TD.

Alla semplice distribuzione delle siringhe è da preferirsi lo scambio, ottenendo così anche una riduzione della contaminazione ambientale, oltre che cogliere l'occasione per discutere con il TD sulle procedure di disinfezione e di smaltimento. Lo scambio può essere fatto anche utilizzando macchine scambiatrici che dovranno però essere posizionate in numero e modo tali da permettere una buona copertura del territorio (48).

Non va dimenticato comunque, che la principale operazione da compiere è quella rivolta verso i farmacisti affinché vi sia un aumento della loro disponibilità a fornire materiale sterile.

LA CONTINUITA' DELL'INTERVENTO E L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

Le attività di reclutamento e di contatto degli operatori di strada devono necessariamente poter contare sul supporto operativo di una rete di strutture che siano in seguito in grado di accogliere e gestire il paziente (49-68).

Risulta quindi, fondamentale che le unità in strada abbiano uno stretto collegamento con i servizi a media ed alta soglia a cui sia possibile inviare il paziente per iniziare un percorso di recupero più strutturato ed efficace.

La continuità dell'intervento però si otterrà nel momento in cui gli operatori dei Servizi e quelli "in strada" condivideranno la priorità di dover entrare in contatto con il TD il prima possibile e mantenere tale contatto il più a lungo possibile, offrendo al paziente l'intervento più idoneo per lui in quel momento in base alla sua fase di cambiamento, evitando quindi, di rifiutare l'assistenza se il paziente "non sta alle regole" cioè non accetta fin da subito di interrompere l'uso di eroina. Questo in quanto l'obiettivo primario, in termini di brevità di tempo, è la riduzione delle gravi complicanze legate alla DCE.

LA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

La valutazione dell'intervento di outreach collegato agli interventi di prevenzione è molto difficoltosa per le difficili situazioni contingenti in cui l'operatore si trova a lavorare e a dover raccogliere dati.

In linea teorica la valutazione dovrebbe prevedere l'utilizzo di indicatori che siano in grado di poter far comprendere il numero e la tipologia dei pazienti contattati, il tipo di intervento effettuato, la dimensione dell'aggancio a programmi ad alta soglia.

Dati più precisi sulla modifica dei comportamenti a rischio si potranno ottenere con studi specifici che vadano a valutare indicatori quali il livello di conoscenza, la percentuale del rischio, la "self efficacy" e le abilità preventive specifiche durante il training all'interno dei drop-in-center o nei Servizi territoriali (69).

LE DIFFICOLTÀ ED I LIMITI DEGLI INTERVENTI

Gli interventi di prevenzione, in generale, tendono alla modifica dei comportamenti che sono pericolosi per il singolo e/o per la collettività. Possono essere rivolti all'individuo - con campagne di sensibilizzazione su determinate tematiche - oppure mirare al cambiamento di alcune caratteristiche culturali di un gruppo, utilizzando modelli diversi: per esempio, la "teoria della diffusione" considera necessario proporre delle innovazioni che siano compatibili con la subcultura del gruppo-target, che va preventivamente esaminata attentamente; il "modello centrato sul leader" coinvolge le persone più influenti di un gruppo per promuovere i mutamenti desiderati; altri modelli sociali tendono a cogliere e stimolare i cambiamenti che

spontaneamente nascono all'interno della cultura di un gruppo, ed a rimuovere le istanze che, nella società, vanno contro tali mutamenti.

Qualunque sia il modello adottato per giungere alla modifica dei comportamenti, gli interventi di prevenzione possono scontrarsi con alcuni ostacoli:

- 1) la cultura del gruppo-target, intesa come insieme di abitudini, credenze, comportamenti che caratterizzano il gruppo stesso;
- 2) le resistenze dell'ambiente di appartenenza del gruppo, che possono opporsi al processo di cambiamento;
- 3) le esigenze obiettive dei singoli individui, che possono essere incompatibili con le richieste di mutamento.

Venendo specificamente a trattare la prevenzione nel campo della tossicodipendenza (70-79), ed in particolare della prevenzione delle complicanze della DCE, nel gruppo dei tossicodipendenti attivi, le difficoltà che ogni intervento preventivo incontra si rilevano ancor più accentuate, per i seguenti motivi:

- 1) Il gruppo dei tossicodipendenti è generalmente soggetto ad una serie di credenze, convinzioni, riti ed anche miti molto radicati, tramandati all'interno del gruppo da singolo a singolo, che hanno un'importante funzione di identificazione per ciascuna persona e per il gruppo stesso. Tale subcultura è spesso la determinante di alcuni comportamenti difficilmente eradicabili che si sono rivelati a rischio per il tossicodipendente soprattutto in questo periodo, dopo la diffusione del virus HIV: si pensi, ad esempio, alla necessità scaramantica di procurarsi la siringa per l'assunzione dell'eroina solo dopo aver comprato la droga, quindi in un momento di estrema urgenza e tensione, nel massimo momento di craving, poco compatibile con la richiesta di usare sempre siringhe sterili, quantomeno accuratamente disinfettate, e di evitare assolutamente l'uso promiscuo della siringa stessa.
- 2) I tossicodipendenti rappresentano una categoria notevolmente malvista ed anche sconosciuta alla popolazione generale, poco disposta a comprendere le problematiche e le esigenze legate alla tossicodipendenza; generalmente, le reazioni della popolazione alle iniziative che riguardano i tossicodipendenti, che siano diverse dalla loro "reclusione" (sia in carcere che in comunità) o comunque in direzioni diverse dalla "redenzione", sono piuttosto negative, e sicuramente non aiutano gli eventuali tentativi dei tossicodipendenti in direzione di cambiamenti del loro stile di vita: si pensi all'opposizione della popolazione nei riguardi dell'installazione di macchine scambiatrici di siringhe nei quartieri, alla riluttanza di molti farmacisti a vendere siringhe ai tossicodipendenti, ecc. Le opinioni espresse dalla popolazione possono avere importante influenza sulle scelte politiche e sociali in tema di dipendenze, che possono prendere direzioni sfavorevoli per le reali necessità preventive riguardanti gli assuntori di sostanze.

- 3) Ogni singolo tossicodipendente, al di là della sua appartenenza ad un gruppo, ha le sue personali esigenze e difficoltà: chi vive in strada, senza reddito, certo incontra molti più problemi a preoccuparsi della disinfezione della propria siringa, ad evitare comportamenti quali la prostituzione od il furto, a curare la propria alimentazione rispetto a chi vive in famiglia, magari ha un lavoro o comunque delle opportunità economiche.

In ogni iniziativa di prevenzione si deve necessariamente tener conto che non tutti i soggetti a cui ci si rivolge sono in condizione di aderirvi, in modo particolare se questi vivono in condizioni difficili, diverse fra loro ed al limite della legalità come i tossicodipendenti.

Nell'impossibilità di personalizzare gli interventi, sarebbe auspicabile fornire, per ognuno, dei ventagli di possibilità operative che facciano riferimento a modelli diversi e che siano il più possibile accettabili per le svariate esigenze.

E' importante innanzitutto ottenere il consenso politico e sociale per ogni iniziativa, per evitare, o diminuire, le resistenze esterne che possono frenare le tensioni al cambiamento anche in maniera considerevole: questo implica una campagna informativa diretta alla popolazione generale, affinché questa possa, almeno in parte, comprendere l'importanza dei mutamenti promossi anche per la stessa salute pubblica ma anche alle istituzioni direttamente coinvolte nelle scelte e nei finanziamenti dei programmi di prevenzione. A questo proposito bisogna quindi, considerare che i politici responsabili dell'approvazione di progetti che, in qualche modo, possono incontrare il dissenso popolare, (come ad esempio il posizionamento di scambiatori di siringhe), saranno molto sensibili alle critiche soprattutto dei mass-media e che quindi un preventivo coinvolgimento di questi garantirà da critiche e contestazioni che, alla fine, si ripercuotono inevitabilmente e negativamente sui programmi di prevenzione.

CONCLUSIONI

L'attivazione di programmi di outreach ma più specificamente di prevenzione "in strada", necessita di disponibilità da parte degli operatori dei Servizi che sono essenziali al fine di poter realizzare un intervento veramente efficace. In sintesi i requisiti principali possono essere così elencati:

- 1) l'accettazione che le priorità di intervento siano centrate sulla riduzione del rischio sanitario e soprattutto sulla prevenzione delle complicanze legate alla DCE;
- 2) l'accettazione di una logica pragmatica che miri soprattutto al contatto precoce e duraturo del paziente;

- 3) l'accettazione del concetto che la DCE è una patologia con geni e mantenimento multifattoriale e non un "vizio" od un "deficit di volontà";
- 4) l'abbandono di atteggiamenti punitivi, di condanna o (per contro) di complicità verso il paziente tossicodipendente;
- 5) l'abbandono della logica che l'interruzione della droga debba passare necessariamente attraverso "espiazioni" e percorsi di sofferenza personali quali l'astinenza, il carcere od il degrado ed abbandono sociale. In altre parole, non accettare di convincere il TD a sospendere l'uso di eroina attraverso un incremento del disagio e quindi, inevitabilmente, del rischio;
- 6) l'accettazione di partire per la progettazione degli interventi da una precedente analisi epidemiologica ed etnografica del fenomeno;
- 7) l'accettazione di attuare processi di verifica scientifica dei modelli di intervento e dei risultati ottenuti utilizzando indicatori di processo e di esito di tipo comportamentale (e quindi oggettivabili);
- 8) l'essere disposti a modificare i propri modelli di intervento sulla base delle verifiche precedenti.

Infine ritengo che in Italia si debbano fare ancora molti sforzi prima di poter arrivare a modificare l'attuale sistema assistenziale alla tossicodipendenza e potere introdurre nuove forme di prevenzione ed assistenza. Nel nostro paese infatti, i modelli di intervento alla tossicodipendenza sono prevalentemente definiti partendo da considerazioni ideologiche, politiche, filosofiche e religiose con metodologie di lettura epidemiologica e di verifica pressoché inesistenti. Molti esprimono valutazioni, definizioni e giudizi senza porsi minimamente il problema dell'oggettivizzazione del fenomeno, del risultato ottenuto e della standardizzazione degli indicatori di outcome.

Qualsiasi persona, indipendentemente dalla qualifica, dalle competenze, dal curriculum professionale e di studio, dal ruolo istituzionale, può trattare pazienti tossicodipendenti, quasi bastasse una parvenza di logica, buonsenso, buoncuore ed a volte sola "simpatia" per giustificare l'impegno di spesa di miliardi o l'impiego delle più svariate terapie non scientificamente controllate (e quindi non valutate nella loro pericolosità) su pazienti che, proprio per la loro particolare problematicità, avrebbero bisogno di approcci altamente controllati e responsabilizzati.

Se un medico sbaglia una terapia od un intervento su un qualsiasi paziente non tossicodipendente risponde in prima persona, in quanto esistono degli standard di riferimento per capire se il suo operato è stato corretto, negligente o imperito, ma come e quando valutare le responsabilità derivanti da un mancato o carente intervento sul paziente tossicodipendente? Ed a chi può essere imputata la responsabilità di un mancato o imperito intervento e sulla base di quali standard? E' su queste considerazioni finali che ritengo opportuno concludere questo breve articolo auspi-

cando da parte del Legislatore la definizione di mansionari specifici per le varie figure operanti nel campo delle tossicodipendenze sia in ambito pubblico che privato. Solo così potrà cessare questo regime di “deregulation” terapeutica e si potranno definire precisi livelli di responsabilità, funzioni ed abilitazioni agli interventi dei vari operatori (operatori di strada, di struttura ambulatoriale, di struttura residenziale, di reinserimento). Potranno finalmente essere chiaramente compresi e perseguiti gli abusi ma soprattutto le inadempienze. Tutto questo in considerazione di precisi obiettivi che tengano conto, in prima istanza, della difesa dello stato di salute psico-fisica del paziente e della comunità in cui è inserito, sulla base di un approccio scientificamente orientato e giuridicamente regolamentato, come per qualsiasi patologia che ha implicazioni così gravi sia in ambito sanitario che sociale.

Bibliografia

1. Gilman M., *Outreach*, 1992 - I.S.D.D. London;
2. Wiebel W., *The indigenous leader outreach model "intervention manual"*, 1993 - N.I.D.A. University of Illinois, USA;
3. Trautmann F. Het, *Aids preventie-project No-Risk: Peer support als method*. Utrech NIAD;
4. Verster A., *Seven years needle and syringe exchange in Amsterdam*, 1992, dati non pubblicati;
5. Ferretti C., D'Erienzo G., Ferroni A., *Installazione di una macchina per lo scambio e la vendita delle siringhe a Modena. Valutazione dei risultati ottenuti con un questionario rivolto ai tossicodipendenti*, Servizio Tossicodipendenze, Servizio di Tossicologia e Farmacologia Clinica, USL n.16 di Modena;
6. Heimer R., Kaplan E.H., Khoshnood K., Jariwala B., Cadman E.C., *Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut*, Am J Med 95(2), 1993 Aug, pg 214-20;
7. Guydish J., Bucardo J., Young M., Woods W., Grinstead O., Clark W., *Evaluating needle exchange: are they negative effects?*, AIDS (Journal) Jun 1993, 7:6, pp.871-876;
8. Paone D., Des Jarlais D.C., Caloir S., Friedmann P., *AIDS risk reduction behaviors among participants of syringe exchange programs in New York City, USA*, Int. Conf. AIDS 9(2), 1993 Jun 6-11, pg 748 (abstract no. PO-C24-3188);
9. Watters J.K., Estilo M.J., Clark G.L., Lorvick J., *Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users*, JAMA 271 (2), 1994 Jan 12, pg 115-20;
10. Stimson G.V., Lart R., Dolan K., Donoghoe M., *The Future of Syringe Exchange in the Public Health Prevention of HIV Infection*, in P. Aggleton, G. Hart, P. Davies ed., (1991) AIDS: Responses, Intervention and Care, The falmer Press, London;
11. Donoghoe M.C., Stimson G.V., Dolan K.A., *Syringe Exchange in England: An Overview*, (1992), The Tufnell Press, London.
12. Stimson G.V., *Editorial review: Syringe-exchange programmes for injecting drug users*, AIDS (journal) 1989, May 01, 3:253-260;
13. Gruppo C Network Italiano, *"HIV-AIDS - Counselling e screening"*, 1993 Leonard Edizioni;
14. AAVV, *Eroina-Infezioni da HIV e patologie correlate*, a cura di Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. ,1995 Leonard Edizioni;
15. Klee H., Morris J., *The role of needle exchanges in modifying sharing behavior: crosstudy comparisons 1989-1993*, Addiction (1995) 90, 1635-1645;
16. Stimson G.V., *Minimizing harm from drug use*, in J. Strang, M. Gossop ed.,(1994) Heroin addiction and Drug Polic -The British System, Oxford University press, London;
17. Stimson G.V., Donoghoe M.C., Lart R., Dolan K., *Distributing sterile needles and syringes to people who inject drugs: the syringe-exchange experiment*, in J. Strang, G. Stimson ed., (1990) AIDS and Drug Misuse, Routledge. London;
18. Pates & Blakey, *What should we be looking for in Outreach workers?* 1992, Intern. J. on Drug Policy Vol 3 No. 3 pp 130-134.

19. Dianin G., *Funzioni e caratteristiche del personale addetto all'outreach* - 2° Convegno di formazione per operatori di strada, Napoli Dic. 1994, SECEDAS - Ministero della Sanità, Sezione di Screening HIV, Gruppo C, ULSS 20 Verona;
20. AA VV, *La solidarietà sfida l'AIDS* a cura di Antonietta Corguel e Maria Assunta Vicini;
21. AAVV, *Management pubblico* - Organizzazione e personale nella Pubblica Amministrazione - Ed. Etaslibri
22. Serpelloni G., Carli L., *HIV-AIDS e rischio sessuale* - Leonard Edizioni 1995;
23. Dianin G., *Formazione e supervisione del personale addetto all'outreach* - 1° Convegno di formazione per operatori di strada, Verona Maggio 1994, SECEDAS - Ministero della Sanità, Sezione di Screening HIV, Gruppo C, ULSS 20 Verona;
24. Miller D., *Staff stress in HIV care workers* - Amsterdam Summaries in AIDS Care, Vol. 4 pag. 429-432;
25. Gruer L., Cameron G., Elliott L., *Education & Debate: Building a City Wide Service for Exchanging Needles and Syringes*, The British Medical Journal, 1993 May 22, 306(6889), pp. 1394-1397;
26. Friedman S., Clerk C., Sufian M., et al., *Reaching out to injecting drug users*, 1990 - In Strang J. and Stimson G. (eds) *AIDS and Drug Misuse: The challenge for Policy and Practice in the 1990s*. London, Routledge;
27. Rhodes T., Holland J., Hartnoll R., Johnson A., *HIV Outreach health education: national and international perspectives* - Drug indicators project, London 1991;
28. ACMD, *Aids and drug Misuse* - 1988 HMSO London;
29. Coyle A. Soodin M., *Training, Workload and stress among HIV counsellor*, 1992 - AIDS Care vol. 4 (2), pag. 217;
30. Scoda, *Newsletter Hepatitis C: Research point to training needs*, February/March 1994 - pag. 7, London;
31. Casement P. *Apprendere dal paziente*, 1989 - Cortina ed. Milano;
32. Mac Donald D., *Cooping with stress*, 1992 - I.S.D.D. London;
33. Des Jarlais DC, Friedman SR., *Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users*. Ann Int Med 1985; 103:755-9;
34. Moss AR. *AIDS e tossicodipendenza: la vera epidemia eterosessuale*. Br Med J (ed. it.) 1987; 7: 16-19;
35. Robertson JR, Bucknall A, elsby P., *Epidemic of AIDS related virus (HTLV-VIII/LAV) infection among intravenous drug users*. Br Med J 1986; 292:527-9;
36. Des Jarlais DC, Friedman SR, Strug D., *AIDS and the needle sharing within the IV-drug use subculture*. IN: Douglas, Feldman, Promise-Jonson (Eds). *The social dimensions of AIDS*. Praeger, New York, 1986;
37. Paone D., Des Jarlais D.C., Caloir S., Friedmann P., Rausch R., Friedman S.R., *Modelli di programmi per lo scambio di siringhe: l'esperienza di New York*, in Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. (a cura di), *Eroina - Infezioni da HIV e patologie correlate*, 1995, Leonard Edizioni;

38. Hartgers C., Buning E.C., van Santen G.W., Verster A.D., Coutinho R.A., *The impact of the needle and syringe-exchange programme in...*, AIDS 3(9), 1989 Sep. PG 571-6;
39. Serpelloni G. Morgante S, Perini GP et al., *Prevenzione dell'infezione da HIV ed educazione sanitaria nei tossicodipendenti: strategie e metodi*. Relazione per la Commissione Nazionale AIDS, 7.4.1989. ULS 20 Regione Veneto, Verona , 1989;
40. Serpelloni G., Martin GS., Morgante S. et al., *Modello di intervento per l'educazione sanitaria ed il controllo dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti*. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo. 1988; 2:419-31;
41. Martin GS., Serpelloni G. et al., *Infezione da HIV e AIDS: modello per la prevenzione e l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti e negli operatori*. CNR Verona, 1987;
42. Migliorini Mascilli E., *Informazione e comunicazione. Principi e metodologia dell'educazione sanitaria*. Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche 1981; 53-90;
43. Pavolini G., *Gli strumenti operativi. Simboli e comunicazione promozionale. Principi e metodologia dell'educazione sanitaria*. Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche 1981; 91-139;
44. Migliorini Mascilli, *La strategia del consenso*, Rizzoli 1974;
45. Pavolini G., *Sociologia della comunicazione nella medicina preventiva. Quaderni di sociologia della comunicazione*, 1979:5/6;
46. Luscher M., *Colore e forma nell'indagine psicologica* - Ed Piovan, Padova 1983;
47. Goethe J W., *La teoria dei colori*, Ed Il Saggiatore Milano 1985;
48. Mc Keganey N.P., Barnard M.A., *A comparison of HIV related risk behaviour between a non-clinic...*, Int Conf AIDS 6(2) 1990 Jun 20-23 PG 409 (abstract no. 3029);
49. Demetrio Duccio, *L'educazione di strada in una prospettiva di ricerca-azione, in dirigenti scuola*, N. 2, 1992;
50. Farr R., *Ruolo delle rappresentazioni sociali nel disegno e nell'educazione degli esperimenti di laboratorio*, in Rappresentazioni sociali, a cura di Farr R., Moscovici S., Il Mulino, Bologna 1989;
51. Ferrario F, Finoglietti M., Francescato D., *La strada oggetto o soggetto di intervento? Il lavoro di strada e l'educazione territoriale. Esperienze italiane e straniere a confronto. Un nuovo controllo sociale?* in Aspe anno 6 N°7 del 23.03.1987;
52. Floris Franco, *L'educativa territoriale vista dai servizi sociali*, in Per un'educativa territoriale (a cura di) Merlo R., in Animazione Sociale N°1 del 1991;
53. Fruggeri Laura, *Servizi sociali e famiglie. Dalla risposta al bisogno alla costruzione di competenze, dalla relazione presentata al convegno Famiglie e politiche sociali*, Modena Marzo 1990, OIKOS N°4, Edizione Pier Luigi Lubrina settembre 1991;
54. Grosso Leopoldo, *L'educatore di strada: un intervento di confine* in Pratica sociale N°7 anno 2 del 1989;
55. Guaita Fabrizio, *Operatori di strada, Relazione al 3° incontro internazionale sul disagio giovanile e tossicodipendenza: il lavoro di rete come strumento di prevenzione*, Recoaro Terme 1991;

56. Ingrosso Marco, *Itinerari sistemici nelle scienze sociali, teorie e bricolage*, Editore Angeli, Milano 1990;
57. Langemann C., *Considerazioni sul lavoro di rete*, relazione al 3° incontro internazionale sul disagio giovanile e tossicodipendenze, il lavoro di rete come strumento di prevenzione, Recoaro Terme, 1991;
58. Manghi Sergio, *Esercizi di naufragio. Incertezza e innovazione nelle relazioni d'aiuto*, in Animazione Sociale N°12 1992;
59. Maturana H., *Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore* in Ecologia e autonomia (a cura di) Thompson W., Feltrinelli Milano 1989;
60. Merlo Roberto, *Per una educativa territoriale* in Animazione Sociale, N°1 1991;
61. Merlo Roberto, *Quando la formazione diventa progetto* in Animazione Sociale, N°1 1991;
62. Merlo Roberto, *Una proposta di lavoro muovendosi nella rete sociale* in Animazione Sociale, N°1 1991;
63. Merlo Roberto, *Lavorare per la compatibilità di agenzie formative e messaggi* in Animazione Sociale, N°1 1991;
64. Morin Edgar, *Il metodo. Ordine disordine organizzazione*, Editore Feltrinelli Milano 1989;
65. Ranci Costanzo, *Servizi preventivi e disagio giovanile. Informazione, orientamento, aggregazione* in *I luoghi dell'ascolto* (a cura di) A. Melucci, Guerini e Associati, Milano 1991;
66. Rizzi A., *L'animazione di strada*, Tesi di laurea, Corso per educatori professionale-animatore dell'USSL 6 di Vicenza, 1990;
67. Rota M.C. e D. Greco (a cura di), *Infezioni da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita, aspetti generali* vol.1 in Lezioni dai corsi del piano di formazione HIV Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, anni 1990/92.
68. Schiavo S., *La figura dell'animatore territoriale: un'esperienza con i giovani di un quartiere di Padova*, Tesi di laurea, Corso di educatori professionali-educatori, U.S.M.I. Triveneto F.I.R.A.S. Padova, 1992
69. Dolan K., Stimson G.V., Donoghoe M.C., *Differences in HIV rates and risk behaviour of drug injectors attending, and not attending, syringe- exchanges in England*, Int. Conf. AIDS 6(2), 1990 Jun 20-23, pg 116 (abstract no. F.C.108);
70. Serpelloni G., Rezza G., Nicolosi A., Dalla Valentina S., Austin D., 1994, *Italian drug services network against AIDS:NIS project*. - Atti Tenth International Conference on AIDS Yokohama Japan vol 2, PD 0484, 326;
71. Serpelloni G., Austin D., Vitiello A., Morreale I., Cordone MN., Serafin I., 1994, *Outreach model for HIV prevention among Italian IDUs* - Atti Tenth International Conference on AIDS Yokohama Japan vol 2, PD 0503, 331;
72. Serpelloni G., Donini S., Tognetto C., Lovati R., Austin D., 1993, *Outreach prevention strategy targetted towards young people attending rock concerts in northern Italy* - Atti IX International Conference on AIDS/IV STD World Congress Berlin, (PO - D16 - 3918);
73. Gomma M., Serpelloni G., Morgante S., Galvan U., Perini GP., 1993, *Rate of HIV infe-*

- tion among injecting drug users in relation to prevention programs* - Atti IXth International Conference on AIDS/IV th STD World Congress, vol. 2 750, Berlin, 6-11;
74. Serpelloni G., Morgante S., Perini GP, 1990, *An AIDS education intervention on IV drug abusers by means of audiovisual presentation*. - Atti 35th International Institute on the prevention and treatment of alcoholism pag 22, Berlino;
75. Martin GS., Serpelloni G., Galvan U. et al., 1990, *Behavioral change in injecting drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programme*. AIDS care 2:275;
76. AAVV, *Infezione da HIV e AIDS, metodi e materiali per l'educazione sanitaria nei tossicodipendenti*. - Edizioni scientifiche JOB, Verona giugno 1987;
77. Bernardini C., Garena G., *L'intervento educativo territoriale: alcune considerazioni sociologiche in prospettive sociali e sanitarie*, N° 7 del 1987;
78. Bert Giorgio e Quadrino Silvana, *Metodi, bisogni formativi e preparazione degli operatori* in 1° Convegno di formazione operatori di strada: SECEDAS Ministero della Sanità, Sezione di Screening HIV, Verona USSL 20 maggio 1994;
79. Clemente Anna, *L'eco mappa nella definizione della rete relazionale del paziente con AIDS e HIV positivo*, pag.531-549 in *HIV/AIDS Counselling e Screening*. Manuale teorico pratico, a cura di G. Serpelloni e Susanna Morgante, Leonard Edizioni Scientifiche, Italia, Verona, 1993;