

A cura di Hassan Bassi e Riccardo Poli



"PAS: principi attivi di salute. Strategie per la prevenzione, la riduzione del danno ed il contrasto alla diffusione nei consumi e abusi di sostanze psicoattive e NPS da parte di giovani e adulti" finanziato ai sensi dell'articolo 72 del codice del Terzo Settore, di cui al Decreto Legislativo n. 117/2017 annualità 2017

Edizioni Arteventbook di Claudia Batoni, Pisa

Quest'opera comprese tutte le sue parti, è soggetta alla licenza Creative Commons CC BY 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/it/deed.it>). È possibile distribuire, modificare, creare opere derivate da questo originale, anche a scopi commerciali, a condizione che venga riconosciuta la paternità dell'opera all'autore.

Finito di stampare nel febbraio 2020 presso Grafiche2000, Ponsacco (PI)

Coordinamento editoriale: Mimma Scigliano  
Impaginazione e grafica: Francesco Gamberoni

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	6
<b>PREFAZIONE</b>	11
Cnca e riduzione del danno e dei rischi il perché di una scelta strategica.	12
Rischio di contrarre HIV: necessaria un'attenzione particolare.	14
Il progetto PAS e il Chemsex.	15
<b>IL PUNTO ISTITUZIONALE</b>	
La Riduzione del danno/ Limitazione dei Rischi:	
quarto pilastro delle politiche pubbliche.	18
La riduzione del danno come diritto. Il ruolo delle Regioni e i Lea.	25
RdD e servizio pubblico: una “discorde amicizia” .	28
<b>LE RICERCHE</b>	
Sintesi dei risultati dell’indagine sui servizi di RdD/LdR in Italia.	34
Il modulo di ricerca sui servizi territoriali di riduzione del danno (drop in).	45
Consumi nei contesti di loisir: uno sguardo antropologico.	50
Il modulo di ricerca sui contesti del chemsex.	55
I nuovi consumi “d’azzardo”: un mondo ancora da scoprire.	61
<b>AZIONI DEL PROGETTO - ATTIVITA' DI FORMAZIONE</b>	
La formazione: dove siamo.	68
I momenti formativi delle Case di alloggio per persone con HIV/AIDS.	72
La formazione di Arcigay sul chemsex.	74
<b>AZIONI DEL PROGETTO - INTERVENTI TERRITORIALI</b>	
Punti di forza degli interventi territoriali del progetto PAS.	80
I progetti di prossimità e le attività di outreach.	83

Prevenzione ed educazione cruciale per ridurre le infezioni da HIV Chemsex: interventi sul campo per promuovere. Responsabilità e consapevolezza.	86
<b>LE ESPERIENZE</b>	
Operare nel drug checking.	92
L'educazione fra pari nella notte e nei contesti informali giovanili.	95
Extreme, da sperimentazione a sistema complesso.	
Vent'anni di esplorazioni nei mondi della notte.	97
<b>L'IMPATTO SOCIALE</b>	
L'impatto sociale degli interventi di riduzione del danno.	106
<b>CONCLUSIONI</b>	
RdD/LdR nei LEA. Verso un processo di innovazione nelle politiche italiane dei servizi.	114
<b>ALLEGATI</b>	
Linee di Indirizzo per i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi.	122
Revisione della letteratura su RdD e RdR.	136
<b>ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE AL CNCA</b>	143
<b>ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE AD ARCIGAY</b>	172
<b>ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE A CICA</b>	180

## INTRODUZIONE

a cura di Riccardo Poli e Hassan Bassi, curatori del volume

Con questa pubblicazione siamo giunti al sesto volume della rinnovata collana degli Year Book che, dal 2012, hanno ripreso a essere pubblicati dal Cnca per Comunità Edizioni, dopo quella edita in occasione del trentennale e quelle successive sui temi delle reti di famiglie accoglienti, dell'agricoltura sociale, della prevenzione del gioco d'azzardo, degli interventi sulla giustizia ripartiva.

La produzione degli Year Book ha lo scopo di fornire e diffondere verso gli associati e il mondo degli operatori sociali, di volta in volta, una rappresentazione aggiornata della Federazione e della sua compagine associativa rispetto a uno specifico ambito di intervento, con il corredo di dati di ricerca, contributi teorici e di approfondimento tematico, esperienze e orientamenti metodologici scaturiti dalla riflessione sulle pratiche di lavoro sociale ed educativo messe in campo dal Cnca nel suo complesso.

Questa edizione dello Year Book, come molte delle precedenti, scaturisce a conclusione di un percorso progettuale che ha interessato tutta la Federazione, grazie al quale è stata approfondita la conoscenza di uno specifico ambito d'intervento quale quello delle pratiche di riduzione del danno (RdD).

Il progetto in questione, che ha preso avvio nel giugno 2018 per concludersi nel febbraio 2020, ha avuto come titolo “PAS: Principi Attivi di Salute. Strategie per la prevenzione, la riduzione del danno e il contrasto alla diffusione nei consumi e abusi di sostanze psicoattive e NPS da parte di giovani e adulti” ed è stato finanziato dal Ministero del Lavoro e per le Politiche Sociali ai sensi dell’articolo 72 del codice del Terzo Settore, di cui al Decreto Legislativo n. 117/2017 annualità 2017, realizzato in collaborazione con Arcigay e CICA (Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone con HIV/Aids).

Le pratiche di RdD esistenti in Italia già dall'inizio degli anni '90, nate soprattutto in relazione alla drammatica diffusione dell'AIDS, hanno presto allargato il proprio ambito di applicazione anche ai consumi problematici di sostanze stupefacenti.

Le prestazioni e i servizi di RdD sono stati definiti dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCCDA) come “un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali,

sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani" (EMCDDA 2010, Monographs. Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, pag. 37 -<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction> ).

In Italia queste pratiche sono state e sono spesso denominate impropriamente in vario modo (prevenzione, riduzione dei rischi, interventi di bassa soglia, Interventi di prevenzione delle patologie droga correlate) e si sono sviluppate nel corso degli anni a macchia di leopardo, con una diffusione prevalentemente concentrata in alcune regioni del Nord Ovest e Centro Italia. Questo a causa dell'incapacità dei servizi sanitari e sociali pubblici di riconoscere tali pratiche come ufficialmente facenti parte del sistema di intervento, influenzati soprattutto da una impostazione legislativa e operativa per lo più incentrata sull'asse proibizione-criminalizzazione-repressione, e, dall'altro lato, dalla consapevolezza dell'efficacia delle stesse nella limitazione dei danni e dei rischi per i cittadini. Infatti è solo a partire dal gennaio 2017 che le pratiche di RdD sono entrate a far parte dei Livelli essenziali di assistenza del Servizio sanitario nazionale, e quindi disponibile per tutti i cittadini. L'inserimento dei servizi di riduzione del danno nei livelli essenziali di assistenza necessita di una declinazione appropriata degli interventi e prestazioni che le Regioni possono includere fra i servizi sanitari garantiti.

Il Cnca, come rete più ampia ed esperta sul tema in Italia, ha elaborato una proposta che inquadra servizi ed interventi a seconda del contesto di intervento, e prestazioni associate, imprescindibili nel quadro della Riduzione del Danno.

Il progetto PAS ha cercato di contribuire, attraverso i percorsi di ricerca, i seminari formativi e gli interventi territoriali, di promuovere il tema, aprendo un'interlocuzione con i diversi stakeholder coinvolti: istituzioni pubbliche, organizzazioni del terzo settore, professionisti, ecc... Il documento di proposta è pubblicato in appendice del volume. Il progetto PAS è stato ideato in questo contesto, con l'obiettivo di sviluppare una serie di azioni volte a indagare, valorizzare, promuovere le pratiche di RdD su tutto il territorio nazionale come strumenti di tutela della salute, attraverso tre macrofasi d'intervento accompagnate da un momento di valutazione dell'impatto sociale degli interventi e di diffusione dei principali risultati di progetto.

Nella prima fase sono state condotte delle azioni di ricerca: una survey per mappare i servizi di riduzione del danno sul territorio nazionale e una ricerca qualitativa con metodologia etnografica. A causa della persistente precarietà dei servizi di RdD, promossi spesso da aziende sanitarie locali con affidamenti temporanei o progetti sperimentali a organismi del terzo settore, non è facile avere un quadro di quanti e quali servizi siano attivi in Italia. Per questo la mappatura, che aggiorna quella effettuata sempre dal CNCA nel 2016, rappresenta uno dei risultati più significativi del progetto.

A fianco ad essa è stata realizzata poi una indagine etnografica su due tipologie di servizi, i Drop In e i contesti del Loisir, nella consapevolezza che le dinamiche di consumo di

sostanze stupefacenti sono legate alle tre dimensioni teorizzate da Norman E. Zinberg: drug (la sostanza), set (le caratteristiche personali) and setting (la situazione in cui si consuma). L'indagine ha studiato, quando possibile, anche le relazioni fra i servizi di RdD ed i "consumatori". Innovativa nell'approccio, la ricerca ha interessato anche uno dei fenomeni più attuali e meno conosciuti come la pratica di assumere sostanze stupefacenti insieme a stimolanti sessuali (Chemsex), con riferimento ad ambienti frequentati da uomini omosessuali. I risultati delle ricerche, l'esperienza del Cnca, Cica e Arcigay nel settore, sono stati alla base dei momenti formativi che si sono svolti successivamente su quasi tutto il territorio nazionale e che hanno coinvolto centinaia di operatori del pubblico e del privato sociale e sanitario. Le ore di formazione hanno superato le 120 previste dal progetto e i 300 destinatari.

La terza fase del progetto è stata quella degli interventi di RdD attraverso unità mobili nei luoghi di divertimento notturno formali ed informali, piazze frequentate da giovani, locali e club privati dedicati a incontri, al fine di fornire alcune delle prestazioni tipiche della riduzione del danno, a volte in territori completamente sprovvisti di questo tipo di servizi. Sono stati realizzati 55 interventi da équipe di massimo 8 persone, con competenze nell'area sanitaria, nel counselling, nelle pratiche di cura e tutela sociale. Quasi tutti su turni notturni fornendo prestazioni diversificate (ma ben identificabili come RdD) in base ai contesti di intervento.

Il progetto si è concluso con una valutazione dell'impatto sociale di diverse tipologie di interventi di Riduzione del Danno in diversi contesti: eventi di divertimento, drop in, luoghi urbani di consumo di sostanze.

L'attenzione al tema della valutazione dell'impatto sociale si è intensificata nel Cnca da qualche anno, in particolare con il progetto sulla giustizia riparativa "La Pena oltre il carcere" (tutti i materiali sono disponibili sul sito del Cnca: [www.cnca.it](http://www.cnca.it)). Questo ha consentito di elaborare una cornice teorica e metodologica che circoscrivesse il senso ed il significato della misurazione dell'impatto sociale per una organizzazione complessa come il CNCA; e l'elaborazione degli indicatori adeguati a cogliere l'impatto sociale dei servizi e degli interventi nei vari ambiti di attività portati avanti dalle organizzazioni associate. La ricca mole di documentazione prodotta è stata raccolta e messa a disposizione degli interessati sul sito del Cnca, nell'apposita pagina descrittiva del progetto. La prima parte di questa pubblicazione è dedicata a un inquadramento delle pratiche di RdD e RdR (Riduzione dei rischi) sia nel contesto italiano che in quello più ampio dell'Europa. In questa sezione sono presenti anche importanti contributi forniti da rappresentanti delle istituzioni impegnati nella pratica della presa in carico e del sostegno alle persone con consumo problematico di sostanze (Stefano Vecchio, direttore di struttura sanitaria), nella ricerca sui consumi soprattutto giovanili (a cura di Roberta Potente, Claudia Luppi e Sabrina Molinaro del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica) e nel garantire un'adeguata, ancora lontana, applicazione delle pratiche

di RdD su tutto il territorio nazionale (Angela Bravi, Regione Umbria, coordinatrice del gruppo tecnico interregionale sulle Dipendenze).

Segue una sezione dedicata a una presentazione dei risultati della fase di ricerca: la mappatura dei servizi di RdD ed RdR attivi in Italia, e la ricerca qualitativa con metodologia etnografica condotta dagli antropologi Ivan Severi, Filippo Lenzi Grillini, Giulia Nistri e dallo psicologo Filippo Nimbi, orientata ad approfondire le modalità d'uso, le traiettorie di consumo, i significati e le culture legate al consumo di sostanze delle persone intercettate in diversi contesti: luoghi di divertimento notturno, drop-in (servizi a bassa soglia di sostegno a persone con dipendenze patologiche), clubs e luoghi privati destinati alla pratica del Chemsex fra uomini. I report integrali delle ricerche sono disponibili sul sito del Cnca, mentre nel volume si presentano alcuni contributi di sintesi.

Una terza sezione è dedicata alle azioni di formazione e agli interventi territoriali che hanno interessato le varie organizzazioni sociali su tutto il territorio nazionale.

In questo capitolo sono ospitati i contributi forniti direttamente dai referenti di progetto (Alberto Barni, Rita Gallizzi, Lorenzo Camoletto, Vincenzo Martinelli, Stefano Regio), mentre l'elenco delle numerose iniziative è brevemente esplicitato nel breve testo introduttivo (il resoconto delle attività è reperibile nella pagina del progetto sul sito).

Accompagnano questa sezione le testimonianze di alcuni degli attori coinvolti nelle pratiche di RdD e RdR: un gruppo di consumatori di sostanze che collabora volontariamente con un'equipé di intervento nel Nord Italia, l'esperienza diretta di due operatori esperti e la narrazione di come una delle organizzazioni del settore abbia cambiato i propri servizi per provare a rispondere in maniera adeguata ai cambiamenti nelle modalità di consumo delle sostanze soprattutto fra i giovani.

Poi c'è il tema della valutazione dell'impatto sociale degli interventi, ove si delineano i termini di applicazione del modello proposto dai ricercatori dell'Università di Tor Vergata e già applicato dal Cnca in altri campi di intervento (ad esempio per le pratiche di giustizia riparativa o di percorsi di inserimento socio lavorativo alternativo alla detenzione). Le conclusioni sono affidate al Presidente del Cnca, Riccardo De Facci.

In appendice è pubblicato per intero il documento di riferimento sulla Riduzione del danno e dei rischi elaborato dal Cnca, che fornisce indicazioni chiare sui servizi e le prestazioni minime che dovrebbero caratterizzarne gli interventi. Il documento vuole essere anche una fonte di riferimento per l'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio italiano. Segue un dossier documentale con una sintesi della revisione della letteratura sull'efficacia di interventi di riduzione del danno, curata da Antonella Camoseragna e, per ultimo, l'elenco aggiornato con i recapiti delle organizzazioni associate al Cnca, ad Arcigay e a CICA, partner del progetto PAS, con evidenziate anche quelle attive nel campo degli interventi di RdD.





## PREFAZIONE

## Cnca e riduzione del danno e dei rischi il perché di una scelta strategica

a cura di Riccardo De Facci, presidente del Cnca

Il Cnca, con i suoi quasi 260 gruppi sparsi in tutte le regioni d'Italia, rappresenta la più grossa rete nazionale e probabilmente europea, di intervento e di lavoro sociosanitario sui temi del consumo, dell'abuso e dalla dipendenza da sostanze psicoattive. Sin dalla sua nascita, il Coordinamento ha messo al centro della sua mission l'accoglienza e la prossimità ai fenomeni legati ai danni connessi all'abuso di sostanze psicoattive legali e non. Le nostre circa 300 strutture di accoglienza terapeutica si sono negli anni evolute sui territori, soprattutto dai primi anni 90, momento in cui in Italia le morti per over dose avevano raggiunto la cifra record di 1300 morti all'anno e l'infezione da Hiv e le morti conseguenti per Aids colpivano un numero impressionante di giovani delle nostre città. Fu allora che scegliemmo di affiancare al lavoro in comunità e nei servizi ambulatoriali una serie di interventi di strada e di contatto precoce con le persone coinvolte in questi fenomeni. Considerando anche il delicatissimo periodo di latenza tra il manifestarsi delle prime problematiche legate ai consumi/abusì e l'accesso ai servizi di cura che ancor oggi tocca gli 8 /10 anni. Fu in questo modo che dalla fine degli anni 80, ispirati anche dagli approcci pragmatici e innovativi di Riduzione del danno e dei rischi provenienti dal nord Europa (Amsterdam, Liverpool ecc..) scegliemmo di ritornare sulle strade del disagio e della tossicodipendenza in cui le nostre comunità e gruppi erano nati, sviluppando equipe mobili di contatto e distribuzione di materiali di informazione e profilassi, aprimmo centri diurni di prossimità a questi mondi e iniziammo sempre più a frequentare i mondi dei nuovi consumi giovanili e del loisir.

### **CNCA. Panoramica di una pratica quasi trentennale**

La RdD/LdR in Italia, si pratica, si implementa, si innova, si studia e si teorizza, sin dalla fine degli anni '80 e dai primi anni '90, pur con tutti i limiti (di sperimentalità continua, di mancanza di continuità dei fondi, di non stabilizzazione di sistema ecc..) emersi anche nella rilevazione presentata in questa sintesi di progetto. Si può dire soprattutto per alcuni territori e, dopo almeno 25 anni di operatività, che è una pratica ormai consolidata e validata di intervento che si basa su approcci di prossimità per i consumi problematici e per i bisogni del mondo dei consumatori e al confronto continuo con i vari modelli di consumo, storicamente esistenti in Italia sin dagli anni 70/80 e su cui si sono innestate pratiche e strumenti sociosanitari ad alta evidenza scientifica, soprattutto rispetto ai

temi della diffusione delle varie patologie correlate e ai fenomeni di overdose, in quegli anni soprattutto, estremamente preoccupanti. È quindi necessario oggi per il Cnca ma non solo, un salto di qualità in termini di indirizzo di politiche pubbliche, soprattutto se vogliamo seguire la chiara indicazione europea: “*In Europa, in generale, aumentare una più vasta copertura dei servizi di RdD è una priorità, obiettivo per cui risultano fattori chiave determinanti efficaci sistemi sanitari, un coinvolgimento della società civile e un sostegno certo da parte della politica*”<sup>1</sup>. Ed è anche ormai necessario garantire un'uniformità delle prestazioni di riduzione del danno (come previsto dai nuovi LEA), superando le differenze e le disparità fra Regione e Regione soprattutto alla luce dell'ampia e capillare diffusione su tutto il territorio nazionale, dei fenomeni di abuso e consumo problematico, nonché dipendenza, di sostanze stupefacenti sempre più diverse e con effetti e problematiche complesse.

Il progetto PAS ha voluto perciò riaprire una finestra importante di monitoraggio, analisi qualitativa e quantitativa dei servizi esistenti e portare queste riflessioni e azioni in quasi tutte le regioni d'Italia.

Anche per valorizzare e condividere gli evidenti risultati positivi ottenuti e comprovati e l'efficacia di tale approccio e delle sperimentazioni, sempre più diffuse. Un progetto con l'ambizione di riaprire e rilanciare un forte movimento tecnico politico molto positivo verso il suo sviluppo ulteriore, ma anche la possibilità di superare una critica piuttosto aspra ancor esistente, con posizionamenti fortemente ideologizzati, da parte di una componente del sistema di cura, soprattutto da parte di un certo privato sociale e di alcune reti comunitarie. Tale dibattito, pur nella sua durezza, trovò momenti importanti di sintesi concreta e positiva e di rilancio nelle Conferenze Nazionali sulle droghe previste ogni tre anni dalla legge 309 del 90, tenutesi in quella fase<sup>2</sup>, e grazie allo spazio creatosi nel confronto pragmatico tra i diversi attori del sistema di intervento e della società civile, coinvolti in quelle sedi.

Il progetto PAS vuole rappresentare questa evoluzione e questo mondo.

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

<sup>2</sup> In particolare le Conferenze nazionali tenute a Palermo (1993), Napoli (1997) e Genova (2000)

## Rischio di contrarre HIV: necessaria un'attenzione particolare

a cura di Paolo Meli, presidente di CICA

Le Case Alloggio per persone con HIV/AIDS, una cinquantina di strutture sparse sul territorio nazionale, accolgono persone particolarmente fragili, spesso sole, non più o non ancora in grado di vivere autonomamente perché presentano spesso residui permanenti di deficit fisici e neurocognitivi. Sono soggetti con storie non sempre risolte di tossicodipendenza, con conti aperti con la giustizia e con la vita, stranieri, e, a volte, persone con diagnosi tardiva. Nei primi anni, invece, venivano accolte soprattutto persone che erano accompagnate nella fase terminale della loro vita.

Oggi, grazie all'efficacia delle terapie, abbiamo il non semplice compito di confrontarci con la cronicizzazione della patologia e con le storie di vita.

La partecipazione al progetto PAS nasce dalla necessità di portare l'attenzione sul rischio, troppo spesso sottovalutato, di contrarre l'infezione da HIV, in particolare nelle situazioni di perdita di controllo correlata all'assunzione di alcol o sostanze, talvolta, nel fenomeno del "chemsex", espressamente ricercato, in ambito omosessuale ma non solo.

All'interno delle strategie di riduzione del danno, occorre oggi collocare anche l'opportunità di fornire una corretta informazione sui rischi di contrarre l'HIV e le altre infezioni sessualmente trasmissibili e di mettere a disposizione il preservativo. Ma è anche importante, dove è possibile, offrire l'occasione di fare il test rapido e, in caso di positività, fornire un aggancio diretto ai Centri di Cura.

Bisogna informare sull'opzione della PreP (Profilassi pre Esposizione, cioè assunzione di farmaci specifici da parte di persone non infette ma che agiscono frequentemente comportamenti a rischio, con l'obiettivo di ridurre le probabilità di contrarre l'infezione) e sul valore della TasP (terapia come prevenzione) che assume un'importanza cruciale grazie all'assunto scientificamente provato che le persone in trattamento terapeutico con carica virale non rilevabile, non tramettono il virus.

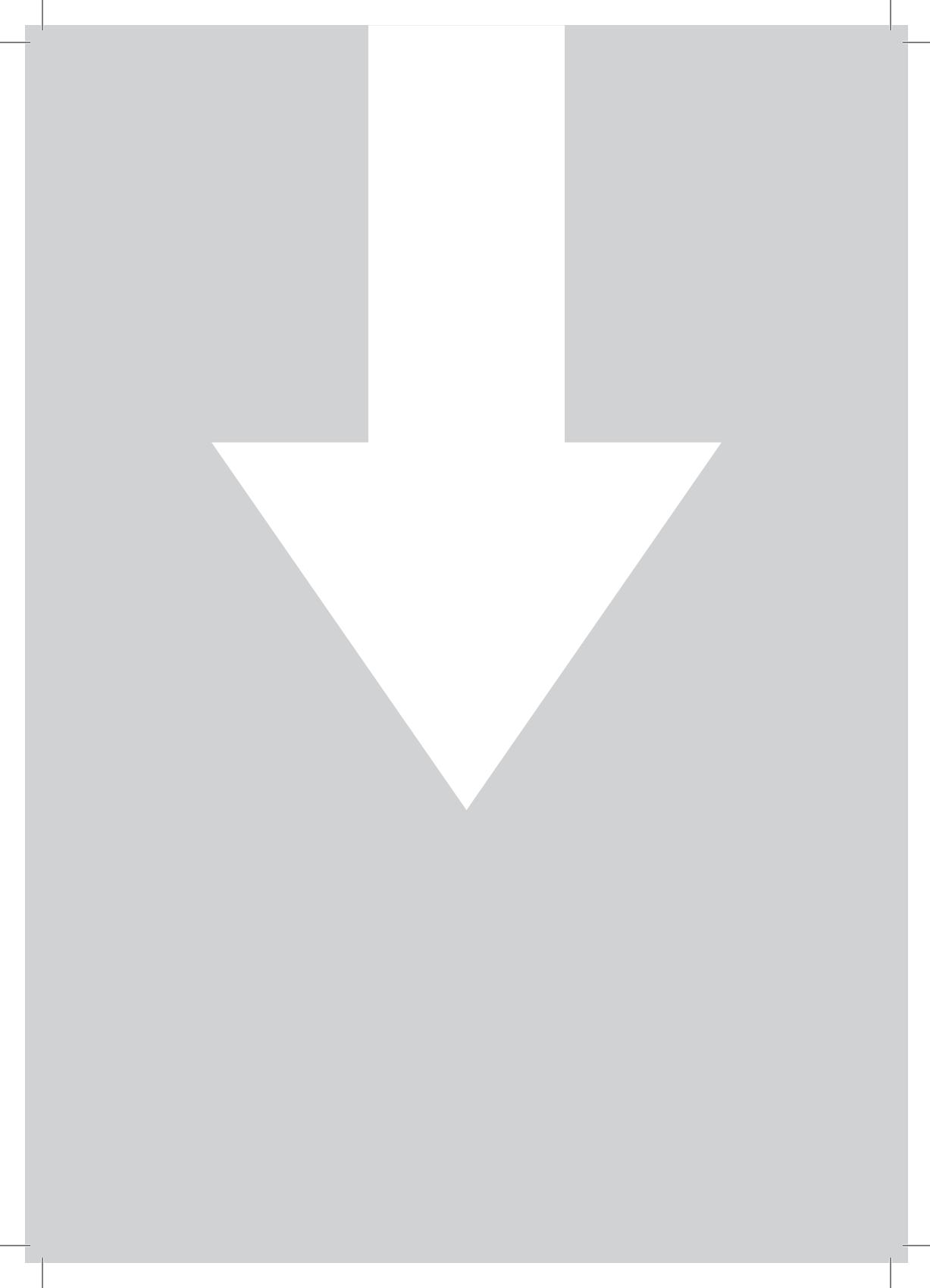
## Il progetto PAS e il Chemsex

a cura di Michele Breveglieri, responsabile salute e lotta all'HIV di Arcigay

L'uso o l'abuso di sostanze psicoattive come fattori di rischio dal punto di vista della prevenzione delle IST (infezioni sessualmente trasmissibili) sono sempre stati un tema al centro dell'attenzione anche di un'organizzazione come Arcigay, che non si occupa di riduzione del danno in ambito di abuso di sostanze, ma che si focalizza sulla promozione della salute sessuale e sul "safer sex" nella comunità LGBTI e in particolare tra gli MSM (Men who have Sex with Men). Tuttavia l'affacciarsi sulla scena comunitaria di un fenomeno del tutto particolare come il Chemsex, cioè il consumo di specifiche sostanze psicoattive per facilitare, migliorare e prolungare l'esperienza sessuale, ci ha indotto ad accostarci al tema in modo diverso.

In uno scenario mutato, il progetto PAS ci ha consentito di sistematizzare un ragionamento nuovo in una prospettiva di sviluppo concreto di azioni di informazione e prevenzione, se non di vero e proprio servizio. Nonostante questo fenomeno sia presente anche in Italia, i servizi che si occupano di dipendenza non sono in grado di affrontarlo a causa della mancanza di conoscenze e di strategie efficaci e della presenza di atteggiamenti negativi nei confronti della popolazione LGBTI o del sesso. Al momento i bisogni della nostra comunità rimangono insoddisfatti e le associazioni LGBTI, in questo caso Arcigay, sono sole nel tentativo di fornire risposte sia adeguate che efficaci.

Il progetto PAS ci ha consentito di capire e contestualizzare anche in Italia il fenomeno, le sue caratteristiche, le sue dimensioni e le dinamiche di diffusione; di costruire un approccio formativo e di testarlo in alcune città, integrandolo con programmi esistenti e ampliando la prevenzione e la promozione della salute sessuale tra pari come i "Sexerts" (educatori alla pari di salute sessuale di Arcigay); di predisporre materiali specifici di informazione; di immaginare le strategie più efficaci per raggiungere un target di popolazione ancora molto nascosto e, infine, di formare un gruppo di persone più esperte, interno all'associazione, in grado di proseguire e consolidare il ragionamento su prospettive future di sviluppo anche in termini di pilotaggio di servizi specifici.



## **IL PUNTO ISTITUZIONALE**



## IL PUNTO ISTITUZIONALE / 1

### La Riduzione del danno/Limitazione dei Rischi: quarto pilastro delle politiche pubbliche

a cura di Riccardo De Facci, presidente del Cnca, e Antonella Camoseragna, ricercatrice e psicologa sociale

La Riduzione del danno (RdD) è ormai praticata in Italia da circa 30 anni, seppur con differenze a livello territoriale, con carattere più o meno innovativo, con strumenti talvolta diversificati. La caratteristica innovativa e peculiare della riduzione del danno allora come oggi, è quella di andare verso i consumatori, a prescindere dalla loro volontà o possibilità di interrompere l'uso di sostanze stupefacenti. Le politiche e i programmi di riduzione del danno si sono sviluppate principalmente sulla scorta della consapevolezza del ruolo rilevante che l'uso di droghe per via iniettiva e la condivisione di aghi e siringhe hanno avuto nella diffusione dell'epidemia da HIV negli anni '80 e '90; dinnanzi a quella epidemia le politiche sulle droghe hanno infatti dovuto mutare la gerarchia delle priorità, mettendo al primo posto non più il favorire l'astinenza, bensì il ridurre il numero di siringhe/aghi condivisi. Nei fatti, in seguito al diffondersi della malattia, molti paesi hanno avviato politiche e interventi atti a ridurre questi comportamenti a rischio, ritenendo che puntare sull'astinenza dall'uso di droghe non fosse un obiettivo raggiungibile a breve termine, e pertanto fosse da considerarsi con una bassa efficacia nell'immediato. Da allora, la RdD si configura come parte integrante della risposta politica al consumo di droghe in Europa, come espressione mainstreaming dell'approccio di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d'azione europei, ed inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri. Il termine riduzione del danno viene coniato nel 1990, a Liverpool in occasione della prima Conferenza Internazionale sul tema, che sancisce ufficialmente la nascita dell'approccio da cui prende l'avvio un diverso modo, estremamente pragmatico, di lavorare con il mondo dell'abuso di droghe e un differente rapporto con il mondo del consumo e della tossicodipendenza. Quando si parla di Riduzione del danno secondo il principio di Public Health, in una reale ottica di tutela della salute pubblica, è necessario distinguere preliminarmente consumo e abuso; considerando che anche per quanto riguarda le droghe illegali si possa ipotizzare la possibilità di un uso controllato, come di fatto anche confermato dall'esperienza e dalle pratiche di relazione con tale mondo. Il riferimento è alle analisi e alle proposte di Gordon Alan Marlatt e all'approccio ancor più definito proposto successivamente da Zinberg. In Europa, a partire dall' EU Action Plan 2000-2004<sup>1</sup>, s'individuano tra gli obiettivi strategici la riduzione delle infezioni da HIV, epatiti ecc... e della mortalità droga-correlata,

**1** To reduce substantially over five years the incidence of drug-related health damage (HIV, hepatitis, TBC, etc.) and the number of drug-related deaths (Strategy target 2) <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/5640/6.%20EU%20Action%20Plan%202000-2004.pdf>

**2** Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence (COM 003/488/EC)UE

definendo in un documento successivo<sup>2</sup> in maniera esplicita gli strumenti operativi della Riduzione del Danno quali ovvero le attività di outreach, la distribuzione di profilattici e i programmi di scambio siringhe. In Italia durante la Conferenza Nazionale sulle Droghe tenutasi a Genova (28-30 novembre 2000), vengono pubblicate, dal Ministero della Sanità (presieduto dalla ministra Livia Turco), le prime vere Linee Guida sulla Riduzione del Danno, il cui obiettivo è “delineare gli interventi possibili, e in particolare quelli che si sono dimostrati maggiormente efficaci al fine di limitare i gravi rischi ed i danni che il consumo [di sostanze stupefacenti] comporta per la persona e per la società”. Nel medesimo documento si definiscono le tipologie di servizi per macro aree: il lavoro di strada e le strutture intermedie a bassa soglia. Inoltre vengono dedicate sezioni specifiche ai materiali di profilassi, ai farmaci sostitutivi, agli interventi in carcere, alla prevenzione della mortalità per overdose, al counselling, ai problemi alcolcorrelati, ai nuovi consumi e ai «tossicodipendenti extracomunitari».

Ricostruendo la storia della RdD/LdR italiana, come accennato sopra, non si può non fare riferimento al periodo tra il 1990 e il 2000, quando nel confronto e con lo stimolo delle più moderne e innovative sperimentazioni europee (Liverpool, Amsterdam, ecc...), gli interventi di RdD/LdR nelle loro prime esplicite programmazioni, si sviluppano prioritariamente in risposta ad una diffusione del consumo, abuso e dipendenza da eroina, divenuta ormai endemica. Un fenomeno che si presume coinvolgesse in Italia almeno 300/400 mila persone delle quali non più del 15% agganciati dai servizi (dati 1993), accompagnato da due allarmanti fenomeni: la diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori iniettivi e le crescenti morti per overdose. Il dibattito sul tema, pur nella sua durezza, trovò momenti importanti di sintesi concreta e positiva e di rilancio nelle Conferenze Nazionali sulle droghe<sup>3</sup> previste ogni tre anni dalla legge 309 del 1990, grazie allo spazio creatosi nel confronto pragmatico tra i diversi attori del sistema di intervento e della società civile, coinvolti in quelle sedi. Lavoro che prese forma istituzionale nel 2000, come detto, nelle *Linee guida in materia di Riduzione del Danno*<sup>4</sup>, elaborate da un Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute con la partecipazione di molti soggetti, del pubblico e del privato sociale. Nel 2008, un Gruppo Tecnico presso il Ministero della Salute ha messo mano alle Linee guida del 2000 nell'intento di aggiornarle ai nuovi scenari del consumo. Un anno dopo, nel 2009, il Gruppo tecnico interregionale tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni, realtà istituzionalmente competente concorda sulla necessità di rielaborare nuove linee guida nazionali sulla RdD/LdR a partire da una bozza proposta dal Dipartimento nazionale antidroga e con il coinvolgimento delle associazioni non governative più rappresentative; la stessa si esprime a favore dell'attivazione di un processo finalizzato alla inclusione degli interventi e servizi di RdD/LdR nei (futuri) Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con una propria adeguata ed esplicita definizione completa. Percorso che ha subito numerosi rallentamenti a causa proprio dei limiti di contenuto e di processo della proposta

<sup>3</sup> In particolare le Conferenze nazionali tenute a Palermo (1993), Napoli (1997) e Genova (2000)

<sup>4</sup> Ministero della Sanità (2000) Linee guida sulla riduzione del danno

di partenza del DPA. Dal 2014 la situazione è nuovamente in movimento, sia per il mai cessato svilupparsi di progettazioni, servizi e interventi su tutto il territorio nazionale (sono almeno 150 le progettazioni attive in Italia in questi anni) con rimodulazioni e nuove esperienze, sperimentazioni locali e studi, attività di advocacy di operatori, associazioni, consumatori e società civile; sia per scelta, negli ultimi anni, di un sempre maggiore coinvolgimento della società civile da parte dell'attuale Dipartimento nazionale antidroga. Questo processo tecnico e politico in continuo movimento, accanto all'importante lavoro scientificamente validato, diffuso nei territori, ha portato alla costruzione del nuovo quadro normativo del DPCM del gennaio 2017 relativo all'aggiornamento dei LEA, che finalmente includono i servizi di RDD<sup>5</sup>, pur in una formulazione generica, che aspetta un'adeguata articolazione e copertura. In tale atto si riconosce la RdD/LdR come quarto "pilastro" delle politiche socio sanitarie sulle droghe e le dipendenze patologiche, con pari dignità della prevenzione e trattamento, e riduzione dell'offerta. Oltre alle ragioni legate allo specifico contesto nazionale, va sottolineato come anche a livello globale esista una crescente attenzione per le politiche di RdD/LdR, collegata alla maggiore attenzione per un diverso bilanciamento tra l'intervento penale e quello socio-sanitario, nelle strategie di governo del fenomeno dei consumi, come è emerso in maniera evidente anche nel dibattito internazionale svoltosi in sede ONU (UNGASS 2016). Non ultimo va considerato che la ricerca di più efficaci approcci e strategie di "governo sociale" dei consumi (che implica anche uno sviluppo e un adeguamento del sistema sociosanitario) è la sfida che si sta giocando e la partita che sempre più si giocherà, se si considerano le caratteristiche dei nuovi trend di consumo<sup>6</sup>. In questa prospettiva strategica, la RdD/LdR, sia come sistema di servizi ed interventi mirati che, a monte, come approccio di politiche pubbliche capace di lavorare sulla complessità del fenomeno e di attivare dispositivi di regolazione sociale, ha espresso una ormai consolidata efficacia nel fronteggiare le sfide del presente.

### **Il contesto europeo. Una cornice per lo sviluppo della RDD/LDR in Italia**

A livello comunitario, la RdD/LdR si afferma come "quarto pilastro" delle politiche europee su droghe e dipendenze in maniera progressiva, lungo tutti gli anni '90, arrivando infine nel 2000 a una definizione e a una inclusione formale nelle politiche pubbliche comunitarie. La RdD/LdR ha una triplice nascita che conviene brevemente ricordare, perché efficacemente rivela quelle valenze e potenzialità che saranno poi riconosciute e

**5** Articolo 28, punto K

**6** J.P. Grund e altri *The fast and furious - cocaine, amphetamines and harm reduction* e A. Fletche e altri, *Young people, recreational drug use and harm reduction*, in emcdda (2010), cit.; emcdda (2015) *New psychoactive substances in europe. an update from the eu early warning system* <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>; vedi i report annuali emcdda, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>

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

“messe al lavoro” nella strategia europea<sup>7</sup>:

- fine anni ‘70, primi anni ‘80: la RdD nasce dai consumatori, quando si organizzano – soprattutto in Nord Europa - per rivendicare il libero accesso a materiale sterile di iniezione (allora si trattava di evitare epatite B, l’HIV sarebbe arrivato a ridisegnare drammaticamente lo scenario di lì a breve); dalla fine degli anni ‘80 entra sulla scena dell’advocacy e delle pratiche di RdD/LdR il movimento delle persone con HIV/AIDS.
- Seconda metà degli anni ‘80 e poi lungo tutti gli anni ‘90: la RdD è promossa dagli operatori delle dipendenze e dagli ambiti politico-amministrativi della Salute Pubblica di alcune regioni e paesi europei<sup>8</sup>, che di fronte alla duplice crisi dell’HIV tra i consumatori per via iniettiva, in primis, ma anche delle morti per overdose da oppiacei, riscrivono la gerarchia degli obiettivi e di conseguenza l’architettura dei servizi, mettendo in primo piano il diritto alla salute, individuale e pubblica, e rinunciando a sottoporlo a quel primato dell’astinenza fino ad allora considerato obiettivo strategico e “unico” delle politiche sulle droghe.
- Primi anni ‘90 e durante tutto il decennio: una vasta rete di città europee, grandi e medie, che si misuravano con fenomeni di droga correlati a livello di salute individuale e pubblica, micro e macro criminalità, convivenza sociale e più in generale politiche del governo della città e costi sociali correlati, ridisegnano le loro strategie di governo<sup>9</sup>. È qui, in questo approccio integrato e complessivo, soprattutto, che si evidenzia il potenziale della RdD/LdR come approccio utile per il governo generale di un fenomeno complesso sia da un punto di vista politico che sanitario, sociale e di coesione territoriale.

Questa assunzione di responsabilità politica arriverà tra il 2000 e il 2003, ad una svolta saldamente radicata nell’evidenza, come nuova definizione della cornice comunitaria sulla politica delle droghe che – se come noto non ha poteri vincolanti sulle scelte nazionali – ha forza esplicita di indirizzo per i paesi dell’unione. Queste scelte sono evidenti dall’inizio degli anni 2000 nei diversi livelli di competenza comunitaria. Per la Commissione Europea, con la Strategia Europea e il Piano d’Azione Europeo 2000-2004, in cui la RdD/LdR viene esplicitata come un approccio e un’area d’intervento specifici e vengono indicati obiettivi di riduzione delle morti droga correlate e delle infezioni da HIV; e da lì così sarà, mutando via via gli obiettivi specifici, nelle Strategie e Piani d’azioni seguenti<sup>10</sup>. Nelle decisioni del Consiglio dell’Unione Europea, che nel 2003 adotta una Raccomandazione agli Stati membri perché utilizzino misure di RdD/LdR, arrivando a indicare un

<sup>8</sup> P. O’Hare (a cura di) (1992) cit.

<sup>9</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, *Healthy cities project* (1990) cit.; M. Brandoli, S. Ronconi (2007), *Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare*, Franco Angeli

<sup>10</sup> Strategia dell’Unione europea in materia di droga (2013-2020), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229(01)); Piano d’azione dell’UE in materia di lotta contro la droga (2013-2016), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3A231004\\_1](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3A231004_1)

<sup>11</sup> Consiglio d’Europa (203), Raccomandazione, del 18 giugno 2003, sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32003H0488>

elenco di misure necessarie definite come costitutive di un'azione di salute pubblica<sup>11</sup>. E nel lavoro dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA), sul piano scientifico preposto a monitorare interventi e politiche, che nel 2000 produce il primo dei suoi studi di monitoraggio e valutazione sugli interventi di RdD/LdR mirati a contenere la diffusione dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva<sup>12</sup>. E mettendo a sistema i molti studi nazionali e locali che già in Europa si erano prodotti a partire dalla fine degli anni '80, così da fornire alla politica comunitaria una solida base per i processi decisionali.

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

Da allora, la RdD/LdR si configura come parte integrante della risposta politica mainstreaming al consumo di droghe in Europa e come espressione dell'approccio mainstreaming di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d'azione europei, e inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri<sup>13</sup>. La definizione di RdD/LdR, internazionalmente adottata, come *insieme di politiche, programmi ed interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe legali e illegali sul piano della salute, sociale ed economico per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della salute pubblica e dei diritti umani*<sup>14</sup>, è andata arricchendosi nel quadro del dibattito politico e scientifico europeo di nuovi concetti e definizioni significativi per la messa a punto di politiche adeguate.

Questi in sintesi, alcuni dei concetti chiave adottati dall'Europa:

- la RdD/LdR s'iscrive nell'approccio di salute pubblica e promozione della salute, e ne adotta i presupposti. In questo senso, si sottolinea con le parole dell'EMCDDA, come "essa sia parte di un approccio bilanciato, elemento integrante di una strategia complessa che include prevenzione, trattamento, riabilitazione sociale e lotta al traffico. Questa integrazione offre un sostegno decisivo all'approccio pragmatico e basato sull'evidenza che le politiche europee sulla droga hanno deciso di adottare"<sup>15</sup>.
- La politica europea individua la necessità di un approccio integrato; e l'EMCDDA, sotto il profilo scientifico, individua e posiziona la RdD/LdR in un continuum di interventi in cui limitazione dei rischi, riduzione del danno e trattamento intervengono con flessibilità, coerentemente con il continuum delle traiettorie di consumo delle persone che usano sostanze: traiettorie notoriamente oscillanti, in cui si alternano nella storia del singolo consumatore problematico pattern diversi d'uso, in una gamma di comportamenti tra consumo intensivo, moderato, astinenza, lontani dalla linearità e dicotomia suggerita dal

12 Per una mappa degli studi dell'EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5777EN.html>

13 CT. Rhodes and D. Hedrich (2010), *Harm reduction and the mainstream*, in EMCDDA (2010) cit

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

15 W. Götz in EMCDDA 2010, cit

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

modello esclusivo astinenza-dipendenza<sup>16</sup>.

- La RdD/LdR è definibile come *combination intervention*, come evidenziato dalla ormai pluridecennale attività di monitoraggio e valutazione. Ovvero definibile come un sistema multidimensionale in almeno tre sensi. Come facente parte di un sistema “intra”, cioè che integra le diverse tipologie di intervento di RdD/LdR, in cui l’uno è funzione e valorizzazione dell’altro, ed insieme raggiungono una maggior efficacia (questo comporta spesso il fatto che introdurre un intervento ed escluderne un altro ne depotenzi l’efficacia complessiva). Come sistema con modalità flessibile “inter”, cioè di connessione tra ambito RdD/LdR e ambito del trattamento (e questo comporta che nella reciproca specificità di obiettivi e ambiti si esercitino reciproche influenze, come ben testimoniano i cambiamenti avvenuti nella variabilità della gestione delle terapie metadoniche, nel loro largo utilizzo in una prospettiva anche di riduzione del danno, nell’acquisizione di un approccio *client oriented* versus una finalizzazione esclusiva *abstinence oriented*). Ed infine come sistema che si relaziona con le politiche che dovrebbero integrare e sostenere, e non contrastare gli obiettivi di salute pubblica.
- La pratica della RdD/LdR per la sua caratteristica “proattiva” mette in evidenza l’importanza del contesto sociale in cui si attuano le politiche e gli interventi, i coerenti con il fatto che una caratteristica costitutiva delle politiche di salute pubblica è quella di costruire contesti sociali ‘abilitanti’ la promozione della salute.

### **Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell’ EMCDDA**

Per svolgere i suoi compiti istituzionali EMCDDA richiede a tutti paesi europei, attraverso i National Focal Point i dati necessari per compiere il monitoraggio degli interventi e le politiche sulle droghe, al fine di facilitare processi di cambiamento e innovazione offrendo una sponda scientifica e metodologica.

Del modello EMCDDA si evidenzia:

- L’approccio che colloca la RdD/LdR come pilastro fondante le politiche comunitarie, letto e analizzato sia come politica, che come insieme di programmi e interventi specifici.
- Una crescente attenzione verso lo studio dei pattern d’uso e gli stili di consumo, oltre la consueta e necessaria raccolta di dati epidemiologici (essendo il focus la limitazione sia dei rischi che dei danni, sia in materia di salute che sul piano sociale).
- Un continuo ampliamento delle tipologie di interventi/servizi che l’EMCDDA ha incluso nella RdD/LdR, monitorandoli, valutandoli e definendone le peculiari caratteristiche-base; ampliamento coerente con la comprensione della mutevolezza degli scenari del consumo di sostanze, con il moltiplicarsi e differenziarsi degli obiettivi delle politiche

comunitarie e con l'approccio del *continuum* tra “pilastri” e del *combination intervention*. Vale la pena riportare gli interventi citati (attraverso cui la RdD/LdR può avere importanti influenze, se integrata con gli altri pilastri):

- Interventi di strada/nei setting naturali (Outreach interventions)<sup>17</sup>
- Programmi di scambio siringhe (Needle Syringe Programs NSP)<sup>18</sup>
- Programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (Opioid Substitution Treatments OST)<sup>19</sup>
- Stanze del consumo (Drug Consumption Room DCR)<sup>20</sup>
- Analisi delle sostanze nei setting naturali (Pill testing / Drug checking programs)<sup>21</sup>
- Interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario<sup>22</sup>
- Programmi di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone THN)<sup>23</sup>

---

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

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

**19** T.Rodhes e altri, *Harm reduction among injecting drug users - evidence of Effectiveness*, in EMCDDA (2010) cit

**20** EMCDDA (2004) *Report on drug consumption rooms* <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html> EMCDDA (2016) *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs)* <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms>

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

**22** T.Rodhes e altri, *Harm reduction among injecting drug users - evidence of Effectiveness*, in EMCDDA (2010) cit. EMCDDA (2012) *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>; EMCDDA (2003), *Treating drug users in prison - a critical area for health-promotion and crime-reduction policy*, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html>

**23** EMCDDA (2016) *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

## La riduzione del danno come diritto. Il ruolo delle Regioni e i Lea

a cura di Angela Bravi, referente area Dipendenze della Regione Umbria  
e coordinatrice del gruppo tecnico interregionale sulle Dipendenze

La riduzione del danno, che costituisce uno dei pilastri su cui si fondono da tempo le politiche dell'Unione europea in materia di droga -e inserita pertanto nella Strategia europea 2013-2020 tra le priorità del settore strategico rivolto alla riduzione della domanda- è stata oggetto in Italia di una ben strana vicenda, una storia contraddittoria... Pur citata in Piani sanitari nazionali e regionali e oggetto di Linee guida nazionali, la RDD ha trovato pieno riconoscimento solo con il DPCM del 12 gennaio 2017, riguardante i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, che ne ha sancito l'inclusione (art. 28, lettera K) tra gli ambiti di attività rispetto ai quali il servizio sanitario nazionale garantisce "le prestazioni necessarie e appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche".

Allo stesso tempo nel territorio nazionale, pur distribuite in maniera estremamente disomogenea, si sono costituite e consolidate nel tempo esperienze che hanno tenuto insieme, tutte, una serie di elementi: l'ancoraggio a un orizzonte teorico di riferimento e a una vision sostanzialmente comuni; la capacità di leggere e, conseguentemente, adeguare con flessibilità le proprie prassi ai veloci cambiamenti degli stili di consumo e, quindi, dei destinatari e dei setting di intervento; la profonda radicazione e il rapporto di permeabilità e interrelazione con il contesto locale.

Questo processo di consolidazione, peraltro, si è sviluppato entro contingenze sicuramente non favorevoli: la crisi economica e l'impoverimento dei sistemi di welfare hanno avuto dure ripercussioni anche in questo ambito, con una riduzione delle risorse dedicate e, in molti casi, un drastico ridimensionamento dei servizi, fino alla chiusura di diverse esperienze.

Oggi, quindi, è il momento di una svolta: occorre reagire a un certo immobilismo che ha seguito l'adozione del DPCM sui nuovi LEA, e completare la definizione di questo campo di intervento, nei suoi diversi aspetti, declinando in maniera esaustiva attività e prestazioni, setting, requisiti e assetti organizzativi, responsabilità, risorse dedicate, tenendo ben presente la finalità di garantire sufficiente uniformità ed equità di accesso nell'intero territorio nazionale. Occorre rimettere in movimento il percorso di riconoscimento e consolidamento di una strategia ormai pienamente validata dai risultati concreti conseguiti, evitando il riproporsi di sterili contrasti ideologici e sviluppando invece il con-

fronto a un livello tecnico, considerato che a questo stadio del percorso ciò che urge è proprio colmare gli elementi mancanti di una definizione dei LEA che è stata data, di fatto, solo a metà. L'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza, di per sé estremamente positivo, presenta qualche profilo di rischio che occorre evidenziare con precisione, per evitare alcune possibili derive.

In primo luogo, la classificazione dei servizi dedicati (unità di strada, drop in, servizi a bassa soglia...) come servizi sociosanitari, non deve tradursi nel trasferimento automatico di sistemi abituali in ambito sanitario, soprattutto in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, considerato che un eccessivo irrigidimento in termini di standardizzazione di requisiti, procedure, sistemi di tariffazione, rilevazioni, rischia di ledere l'efficacia stessa degli interventi di riduzione del danno, le cui peculiari caratteristiche sono proprio l'estrema flessibilità e la capacità di adattamento ai cambiamenti. Al contrario, la ricerca di modalità alternative e innovative di sistematizzazione delle attività e dei servizi in questo ambito, necessaria per superare tali rischi e al contempo garantire uniformità di attuazione, può offrire soluzioni adeguate a cui ricondurre anche quei servizi e interventi di accompagnamento, e/o finalizzati alla recovery (attuati ormai in diverse forme in molti territori), che mal si adattano alle abituali classificazioni in servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali.

Un'ulteriore dimensione propria della riduzione del danno, da salvaguardare e anzi potenziare, è il suo articolarsi entro una cornice di alta integrazione socio-sanitaria; la connotazione "sociale", che si esplica sia negli interventi rivolti ai bisogni di profilo sociale degli individui, sia nell'insieme delle azioni indirizzate alla collettività, a tutela della salute e della sicurezza pubblica, costituisce un elemento irrinunciabile della riduzione del danno, che non va ritenuto cancellato in conseguenza dell'iscrizione tra i Livelli sanitari.

D'altra parte, il riconoscimento come LEA, oltre a sancire la valorizzazione della riduzione del danno e la sua uscita da una sorta di "semi-clandestinità", richiama alcune potenzialità "collaterali" senz'altro positive e da sviluppare.

Se nella fase passata si è registrata in alcuni casi una tendenza alla delega delle attività di riduzione del danno ai soli servizi ed equipe dedicati, questo "ambito di intervento" risulta ora affidato al sistema dei servizi nel suo insieme, comportando quindi una maggiore circolazione entro tutto il sistema sia delle prassi che delle conoscenze e delle metodologie di approccio proprie della riduzione del danno.

Un secondo elemento valorizzato dal DPCM riguarda il riferimento della riduzione del danno a tutto l'insieme dei consumi/abusì/dipendenze, il che costituisce un concreto riconoscimento, seppure implicito nell'articolato del provvedimento, delle attività sviluppate nei confronti dei rischi connessi all'abuso di alcolici, ad es. in relazione alla guida, e apre possibili nuove frontiere di applicazione della strategia.

L'art. 28, inoltre, sottolinea l'inclusione delle "persone detenute o interne" tra i destinatari ai quali il Servizio sanitario nazionale garantisce una serie di interventi e prestazioni

puntualmente elencati, tra cui gli interventi di riduzione del danno, e costituisce pertanto una leva importante per la loro graduale introduzione nel contesto detentivo.

Diverse Regioni (ad es. la Regione Piemonte) hanno adottato provvedimenti conseguenti alla nuova definizione dei LEA.

Tuttavia l'insieme di prospettive sopra delineato, caratterizzato sia da rischi sia da significative potenzialità, conferma ulteriormente la necessità di avviare un percorso di ambito nazionale, auspicabilmente coordinato dagli Uffici competenti del Ministero della Salute e sviluppato con il coinvolgimento delle Regioni, dell'ANCI e delle organizzazioni rappresentative delle realtà impegnate sul campo, per declinare in maniera uniforme e appropriata attività, metodologie e standard di offerta.

## IL PUNTO ISTITUZIONALE / 3

### RdD e servizio pubblico: una “discorde amicizia”

a cura di Stefano Vecchio, direttore dipartimento Dipendenze ASL NA1 centro

Il dialogo tra la riduzione del danno e il sistema pubblico italiano è stato caratterizzato storicamente da una “discorde amicizia”. Uno dei motivi centrali di questa discordia è legato all'influenza, che continua a gravare sui modelli organizzativi dei servizi pubblici, da parte dei due modelli culturali più diffusi: quello morale che genera stigmi e quello patologico che etichetta i consumatori come malati.

#### Dalla discordia all'amicizia

La RdD nasce in Italia negli anni '90 in seguito alla diffusione dell'AIDS e fin da subito si propone come un modo di concepire l'intervento e di relazionarsi alle persone tossicodipendenti difforme dalle pratiche tipiche dei servizi e delle comunità terapeutiche accreditate e fino ad allora espressione dei servizi pubblici.

Nessuna soglia o regola per l'accesso, nessun contatto “forte” ma una logica di legame debole, nessun dislivello di potere legato al ruolo di operatore, nessuna pretesa di curare una malattia o di cambiare i comportamenti se non quelli legati al rischio della salute dei consumatori. Gli enti pubblici hanno finanziato da subito gli interventi di RdD riconoscendo il collegamento con obiettivi di salute pubblica, ma con finanziamenti precari e intermittenti che hanno configurato una condizione di debolezza.

La sfida della RdD ai modelli dominanti nella clinica rischiava di divenire un conflitto insanabile che fu evitata con uno “stratagemma”. Ai servizi di RdD fu dato il mandato di accogliere il sommerso, i consumatori di strada non motivati, con l'obiettivo ritenuto secondario, di evitare la diffusione delle infezioni correlate anche tra la popolazione che non consumava. Secondo questa formulazione i servizi di RdD hanno il compito di mantenere i contatti “deboli” con i consumatori fino a quando questi matureranno una motivazione al cambiamento che permetterà “l'invio” ai Serd e alle comunità terapeutiche per intraprendere il lungo viaggio di uscita dal tunnel e cioè l'intervento principe. Il paradigma morale-patologico manteneva la sua egemonia nei servizi ordinari di cura. Uno spiraglio però venne dall'Europa che lo inquadrò come il quarto pilastro degli interventi sulle droghe insieme alla cura, alla riabilitazione e alla lotta al mercato illegale. I campi di azione dei servizi rimanevano distinti ma la RdD acquisiva pari dignità con altri interventi. Si riducevano i motivi della discordia e si apriva uno spazio per il dialogo e per potenziare la “relazione di amicizia”.

### **Le contraddizioni interne ai servizi pubblici e accreditati**

La RdD si diffuse anche in alcune realtà nelle quali non veniva percepita l'emergenza AIDS, come la città di Napoli, e rappresentò l'occasione per incontrare i consumatori di strada, prevalentemente migranti e senza dimora, che non si rivolgevano ai SerT che avevano, come si diceva, una scarsa ritenzione in trattamento. Paradossalmente la prevalenza di problematiche sociali consentì di collegare in modo più diretto gli interventi classici sui comportamenti a rischio con le esigenze del contesto di vita che si ritenevano necessarie per rendere più efficace l'azione di riduzione dei danni e dei rischi.

Si fece progressivamente strada l'acquisizione che gli interventi di strada avevano una loro compiutezza rispetto al recupero di una funzionalità sociale nel senso che, in molti casi, non richiedeva che vi fosse l'accompagnamento ai SerD.

Nello stesso tempo molti di noi operatori pubblici ci sentimmo "sfidati" dagli interventi di RdD a riflettere sul senso dei trattamenti al di là dei modelli in uso. Allora verificammo che un numero elevato di persone che seguivano un trattamento con farmaci agonisti, o sostitutivi, avevano ridotto o eliminato i comportamenti a rischio, avevano maturato una cura della propria salute, recuperato i rapporti con i propri familiari, con gli amici e in diversi casi con il lavoro... pur continuando, in molti casi, a usare le sostanze. Se guardavamo da questa prospettiva il nostro lavoro i risultati erano sensibili e il vantaggio era duplice: da una parte si guardavano i nostri utenti dalla prospettiva dei loro punti di forza, le risorse a disposizione e le competenze acquisite valorizzandole, riuscendo così a affrontare in modo più efficace i punti critici e dall'altra scoprivamo che avevamo accumulato una professionalità che veniva inibita e rimossa dai nostri paradigmi morale e patologico. Analoghi discorsi potrebbero essere rivolti a molte esperienze di comunità terapeutiche.

### **Le nuove sfide della (e alla) RdD**

In questi spazi aperti tra le pratiche, i saperi in difficile gestazione e le organizzazioni dei servizi, si è inserita la sfida attiva e propositiva della RdD come prospettiva "ospitale" in grado di accogliere e rendere significativo sul piano del lavoro di servizio questo importante patrimonio di esperienze accumulato ponendo l'esigenza di ridefinire i concetti di cura e socio-riabilitazione. E sulla scia delle "triade di Zinberg", droga, set e setting, la sfida spinge verso un ampliamento dei modelli interpretativi capaci di identificare, al di là delle dipendenze, i diversi modelli di uso e consumo di sostanze psicoattive e le influenze dei diversi contesti sociali e culturali.

Spetta ora al sistema pubblico riunificare le diverse tipologie di servizi e azioni che ha attivato, dai servizi tradizionali ai servizi innovativi della RdD, e riconoscere che è necessario ridisegnare un Dipartimento autonomo, all'interno del quale sia riconosciuta a tutti i soggetti sia pubblici che del terzo settore pari dignità, che sia organizzato secondo una logica di sistema integrato e flessibile, in grado di rispondere in modo specifico ai

diversi modelli e stili di consumo: dal modello istituzionalizzato al modello marginale fino al modello socialmente integrato. Le strade da seguire possono essere diverse e vi sono esperienze interessanti in atto in diverse ASL e Regioni.

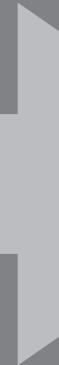
Un punto centrale riguarda il meccanismo dell'accreditamento, che deve essere uniforme a livello nazionale, che dovrà evitare l'esternalizzazione dei servizi, riconoscere le nuove professionalità in campo e prevedere l'integrazione funzionale e strutturale del terzo settore nel sistema pubblico.

Un'occasione importante per questo processo è rappresentata dall'inserimento della RdD nei nuovi LEA nel DPCM del 2017 che si presenta come una occasione per una riorganizzazione del sistema dei servizi pubblici

La sfida finale al sistema pubblico, riguarda la normativa italiana ancora imprigionata sul modello penale e repressivo. L'attuazione compiuta della prospettiva della RdD richiede che vi sia un cambio di rotta che preveda la depenalizzazione e la decriminalizzazione di tutte le condotte legate all'uso di sostanze psicoattive.

Un passaggio verso il governo sociale del fenomeno.





## LE RICERCHE

## LE RICERCHE / 1

# Sintesi dei risultati dell'indagine sui servizi di RdD/LdR in Italia

A cura di Antonella Camposeragna, ricercatrice e psicologa sociale

## Premessa

Sin dai primi anni '90, in Italia, si sono attuati degli interventi secondo l'approccio della RdD, ovvero da quando, per far fronte all'epidemia di HIV tra i consumatori di droghe per via endovenosa, sono stati progettati questi tipi di interventi. Ad oggi, risulta essere una pratica consolidata di intervento per la salute pubblica, anche se dalle rilevazioni precedenti compiute dal CNCA<sup>1,2</sup>, sembrano esserci dei limiti e delle diseguaglianze territoriali. La mancanza di linee di indirizzo nazionali lascia ampio spazio a definizioni diverse, e talvolta arbitrarie, di intervento e di prestazioni, pur di fronte ad un dichiarato approccio di RdD/LdR. La mancanza di definizioni condivise si aggiunge dunque a una generalizzata carenza dei dati relativi alle prestazioni di RdD/LdR erogate. La mancanza sistematica di dati di monitoraggio è evidente anche a livello europeo: nel sistema di rilevazione EMCDDA, i dati italiani relativi a servizi di RdD/LdR non pervengono in maniera routinaria ed esaustiva. Con questa nostra attività di rilevazione, e con tutti i limiti sopra elencati, abbiamo cercato di fornire un quadro dello stato dell'arte della RdD/LdR in Italia.

## Obiettivi

Nell'ambito del progetto PAS è stata prevista una ricerca finalizzata alla creazione di una mappatura interna alla rete di partenariato, per approfondire la conoscenza delle caratteristiche qualitative e quantitative degli interventi di riduzione del danno portate avanti dai rispettivi associati, l'individuazione dei principali "fattori di successo" presenti in questo tipo di esperienze, al fine di poterle replicare altrove e la rilevazione dei bisogni formativi degli operatori. Tale ricerca ha avuto i seguenti obiettivi specifici:

1. Rilevazione dei servizi e loro caratteristiche, descrizione del campione dei rispondenti
2. Confronto con i dati raccolti negli anni precedenti (dati 2015 e 2014)
3. Rilevazione di nuovi servizi e/o servizi non rispondenti nei periodi precedenti
4. Individuazione delle caratteristiche principali per definire i livelli essenziali di assistenza
5. Individuazione dei bisogni formativi del personale operante nella RdD e LdR

<sup>1</sup> Dipartimento politiche antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2015 <http://www.politicheantidroga.gov.it/archivio-generale/archivio-relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione/>

<sup>2</sup> Dipartimento politiche antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2016 <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1095/1-relazione-annuale-al-parlamento-2016-sullo-stato-delle-tossicodipendenze-in-italia.pdf>

## Materiali e metodi

In base agli obiettivi dell'indagine è stato costruito un questionario on line, mediante la piattaforma Survey Monkey©, che è stato inviato alla mailing list dei servizi che hanno risposto alle rilevazioni precedenti del CNCA. Mediante la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale partecipanti al progetto (Arcigay e CICA) e ulteriori reti, ha coinvolto altri servizi. In sintesi, partendo dall'indirizzario di ciascuna rete, ciascun organismo contattato poteva rispondere al questionario e a sua volta invitare altri organismi da questo conosciuti a rispondere. Per alcune regioni è stato determinante il contributo da parte dei referenti regionali CNCA del gruppo ad hoc "dipendenze". Per definire le categorie si è utilizzato il documento di indirizzo del CNCA<sup>3</sup>, presentato al convegno "LEA: la Riduzione del Danno è un diritto", svoltosi a Torino nel mese di giugno 2018.

## Principali Risultati

### Il campione

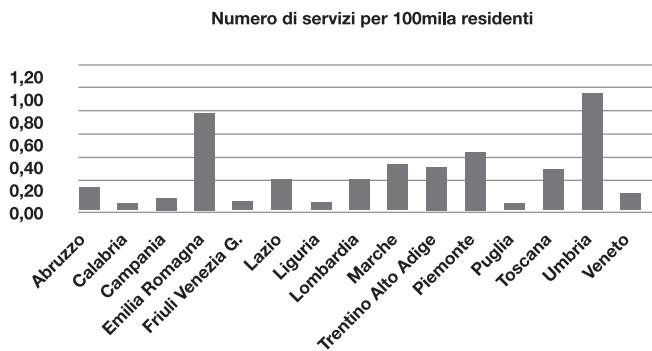
Il campione è costituito da 152 rispondenti, con una prevalenza maggiore delle regioni del Centro Nord, così suddiviso per Regione:

Regione	N	%
Abruzzo	2	1,3
Calabria	1	0,7
Campania	6	3,9
Emilia Romagna	37	24,3
Friuli Venezia Giulia	1	0,7
Lazio	15	9,9
Liguria	1	0,7
Lombardia	26	17,1
Marche	6	3,9
P.A. Bolzano	4	2,6
Piemonte	22	14,5
Puglia	2	1,3
Toscana	13	8,6
Umbria	9	5,9
Veneto	7	4,6
<b>Totali</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

**Tabella 1**  
Distribuzione  
rispondenti  
per regione

<sup>3</sup> Cfr <https://rdd.fuoriluogo.it/torino/documentazione-lea-e-rdd/>

Questa concentrazione di servizi al Nord e al Centro non ci ha consentito di procedere con analisi specifiche per aree geografiche, in quanto il Sud, vista la bassa numerosità, dovrebbe essere escluso da analisi statistiche secondarie. L'Italia che noi rappresentiamo non prende in considerazione tutte le regioni del Sud. Rispetto alla popolazione residente (fonte ISTAT 2017), è presente meno di un servizio ogni 100mila residenti, e l'intervallo va da 0,05 (ovvero 1 servizio per 2 milioni di abitanti) in Calabria a 1,01 (ovvero 10 servizi per 1 milione di abitanti) in Umbria. I servizi rispondenti sono a prevalente gestione da parte di Enti del Terzo Settore (n= 75, 63%), mentre i restanti sono gestiti da enti pubblici, ma la titolarità del servizio vede il pubblico, ed in primis le aziende sanitarie locali, quali titolari dei servizi (n=68, 48%).



**Figura 1**

Rapporto numero di servizi di RdD/LdR rispetto alla popolazione residente per 100mila



Per ciò che riguarda la distribuzione per tipi di servizio, i servizi di **unità mobile nei luoghi di consumo e spaccio** sono in totale 33, corrispondenti al 22% dei servizi rispondenti. Nella figura seguente si riporta la distribuzione per regione. L'Emilia Romagna risulta essere la regione con maggiore presenza sul territorio di questi servizi (2,2 servizi per milione di abitanti residenti), seguita dal Lazio (1,5 servizi per milione di residenti).

**Figura 2**

Distribuzione per regione delle Unità mobili per RdD in contesti di consumo (N=33)



I **drop in**, che in totale sono 36, pari al 30% di tutti i servizi rispondenti, risultano essere numericamente più presenti in Lombardia, con quasi 1 drop in ogni milione di residenti (0.9). Come mostra la figura 3, risultano essere i servizi più diffusi a livello nazionale, con una presenza in quasi tutte le regioni rispondenti.

**Figura 3**  
Distribuzione per regione dei servizi Drop in (N=39)

Le **unità mobili per grandi eventi** (in genere eventi musicali, quali concerti, festival, etc... per i quali si prevede una massiccia presenza di pubblico giovanile), che in totale sono 7, sono presenti in numero di 1 per 7 diverse regioni, con una concentrazione geografica limitata al Nord Ovest, Emilia Romagna e al Centro Italia.



**Figura 5**  
Distribuzione per regione delle Unità mobili LdR nei contesti del divertimento (N=32)

**Figura 4**  
Distribuzione per regione delle Unità mobili LdR nei grandi eventi (N=7)

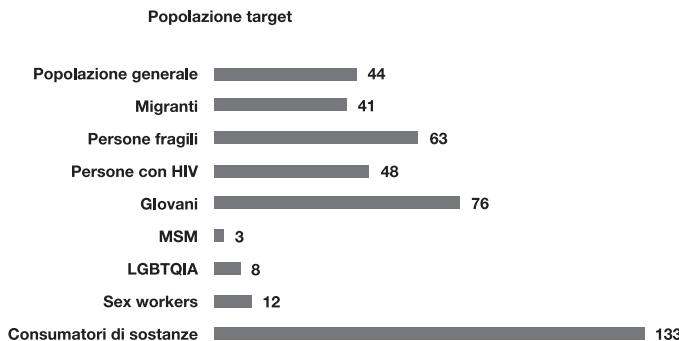


Le **Unità mobili che percorrono i luoghi della cosiddetta movida** risultano essere 22 (21.1% del totale) e sono piuttosto diffuse in tutto il territorio nazionale, pur mostrando sempre una concentrazione al Centro-Nord ed in particolare nella Regione Emilia Romagna, che ha una tradizione, soprattutto nell'area costiera romagnola, di essere meta di divertimento, in quanto è abbondante la presenza di club, discoteche e altri locali da ballo. Questa tipologia di servizi è quella più diffusa nel Sud Italia, pur tenendo conto della bassa numerosità di servizi di RdD/LdR nel Meridione. Per ciò che concerne gli altri servizi, pari al 18.4% del

campione, ci è quanto mai difficile darne una descrizione in quanto risultano essere i più variegati. I rispondenti hanno ritenuto che essi, o almeno alcune attività svolte, rientrino nell'approccio di riduzione del danno; tuttavia avendo finalità così differenti, e in alcuni casi target specifici, non ci è possibile utilizzare le categorie definite a priori.

### **Caratteristiche dell'Utenza dei Servizi**

Alla domanda relativa al target erano possibili più risposte; i servizi rispondenti hanno indicato come target prevalente le persone che usano droghe, ma hanno identificato come target i giovani, le persone fragili e le persone con HIV.



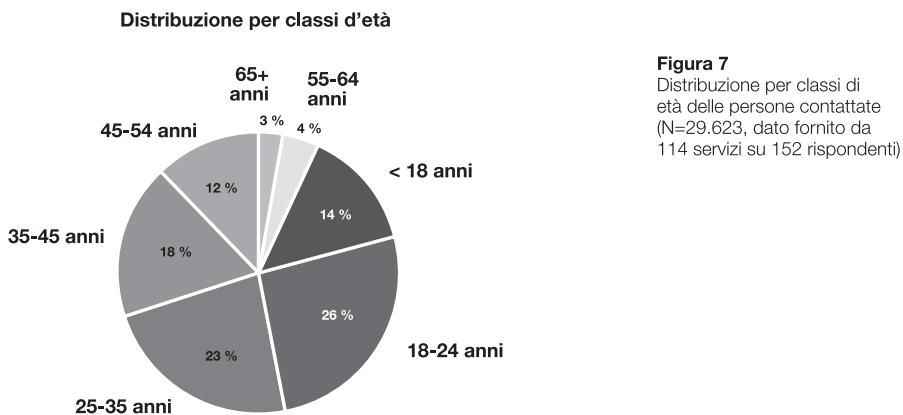
**Figura 6**  
Distribuzione per popolazione target, multiresponse (N=152)

In particolare per quanto riguarda le persone che usano droghe sono state così suddivise:

Tipologia di consumatori	Nr servizi	%
Consumatori abituali di droghe/alcol non problematici	16	12,0
Consumatori abituali di droghe/alcol problematici	85	63,9
Consumatori abituali di NPS non problematici	1	0,8
Consumatori occasionali di droghe/alcol	29	21,8
Consumatori occasionali di NPS	2	1,5
<b>Totale</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 2**  
Distribuzione per tipologia di consumatori (N=133)

I contatti totali sono stati forniti da 122 servizi. La somma dei contatti avvenuti nel 2017 ammonta a 381.931 unità con un minimo di 7 ed un massimo di 10.000 per servizio; il numero medio per servizio è di circa 3.131 unità. I dati sulle persone, ovvero singoli individui, risultano molto più frammentati essendo forniti da 116 servizi; ciò implica che tali dati non sono raccolti da circa un quarto (24%) del campione. Le persone entrate in contatto con i servizi sono in totale 33.284 con un numero medio per servizio pari a circa 278 (minimo= 5, massimo= 1000). I dati sulle classi di età degli individui sono state poi fornite da 114 servizi, per un totale di circa 29.623 individui e risultano così distribuite:



Le persone più giovani (i minori di 25 anni) rappresentano quasi la metà del campione (40%), anche se un quarto dell'utenza è rappresentata da persone adulte di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Le persone ultra 65enni sono gli utenti di case alloggio. Gli uomini rappresentano quasi i due terzi del campione, le persone transgender sono 234 (1%). La maggior parte degli individui che usufruiscono dei servizi di RdD/LdR sono italiani (75%), per cui il rapporto italiani/stranieri è 3:1.

### Le Prestazioni Erogate

Il questionario ha avuto una sessione apposita che riguardava le prestazioni. Oltre a richiedere le prestazioni erogate e il loro volume (cfr. Tab.3), si è voluto sondare quali siano le prestazioni ritenute specifiche per i servizi di RdD, nonché quali ritenute indispensabili tra queste, utilizzando questo dato come una proxy per definire le prestazioni maggiormente caratterizzanti, specifiche e appropriate dei servizi di RdD /LdR. Nella tabella 3 è riportato il volume di prestazioni offerte. Nella prima colonna è indicato il numero dei servizi che effettuano la prestazione e la percentuale di questi sul totale del campione.

Nella seconda colonna sono indicati il numero di servizi che rilevano il dato e la percentuale di questi sui servizi che erogano la prestazione. Nell'ultima colonna è indicata la somma delle prestazioni e il numero medio per servizio che rileva il dato.

### Prestazione

1. Ascolto, filtro e orientamento eventualmente ad altre strutture
2. Trattamento farmacologico sostitutivo\*\*
3. Prestazioni mediche
4. Distribuzione siringhe/aghi e altro materiale per uso sostanze per via iniettiva
5. Raccolta di siringhe/aghi usati
6. Distribuzione profilattici
7. Distribuzione farmaci che non necessitano di prescrizione
8. Distribuzione di naloxone (narcan)
9. Somministrazione etilometri
10. Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell'assunzione sostanze per via polmonare
11. Distribuzione materiale informativo ed informazione su danni droga o alcol correlati
12. Counselling
13. Informazione/Consulenza legale droghe
14. Mediazione linguistica
15. Servizio mensa/pasti
16. Servizio doccia
17. Ricovero notturno
18. Lavanderia
19. Mediazione sociale
20. Invio servizi sanitari
21. Invio servizi sociali
22. Accompagnamenti
23. Test rapidi per HIV
24. Test rapidi per HCV
25. Corsi di peer support

\*\* un servizio a Roma (unità di emergenza) riferisce 100.572 erogazioni di farmaco.

**Tabella 3**

Volume di prestazioni offerte.

	<b>Offerta da n servizi</b>		<b>Rilevata da servizi</b>		<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>% tot</b>	<b>N</b>	<b>% eroganti</b>	<b>Somma</b>	<b>nr medio</b>
	115	75,7	64	55,7	65.280	1.020
	14	9,2	3	21,4	103.494	34.498
	41	27,0	23	56,1	118.993	5.174
	50	32,9	36	72,0	504.549	14.015
	46	30,3	33	71,7	230.020	6.970
	72	47,4	51	70,8	70.876	1.390
	24	15,8	10	41,7	3.323	332
	53	34,9	41	77,4	3.157	77
	44	28,9	26	59,1	16.801	646
	34	22,4	29	85,3	17.300	597
	68	44,7	37	54,4	59.177	1.599
	102	67,1	59	57,8	43.519	738
	18	11,8	11	61,1	1.463	133
	16	10,5	5	31,3	576	115
	28	18,4	16	57,1	89.412	5.588
	36	23,7	20	55,6	32.700	1.635
	11	7,2	5	45,5	8.184	1.637
	36	23,7	15	41,7	7.363	491
	30	19,7	15	50,0	1.917	128
	89	58,6	45	50,6	6.484	144
	84	55,3	39	46,4	3.528	90
	78	51,3	41	52,6	5.752	140
	18	11,8	12	66,7	4.203	350
	17	11,2	9	52,9	4.303	478
	22	14,5	13	59,1	1.257	97

Per quanto concerne le prestazioni ritenute indispensabili, quelle prioritariamente definite tali, dalla quasi totalità di chi le ritiene erogabili, sono nell'ordine la “Distribuzione siringhe/aghi e altro materiale per uso sostanze per via iniettiva”, la “Distribuzione materiale informativo sulle sostanze”, la “Distribuzione di profilattici” e la “Raccolta di siringhe usate”. Riteniamo che queste prestazioni costituiscano il core degli interventi di RdD.

### **Confronto con annualità precedenti**

Come precedentemente riportato negli anni 2015 e 2016, il Cnca ha curato una rilevazione nazionale sui servizi RdD/LdR pubblicata nelle relazioni al Parlamento. I periodi di osservazione si riferiscono alle annualità precedenti la pubblicazione.

Nel 2015 i servizi censiti erano 115, 104 nel 2016 e in questo report, che però ha visto il supporto di altre organizzazioni, quali CICA e Arcigay, sono 152. Essendo incluse anche attività diverse, quali ad esempio gli interventi di prevenzione per IST, nella rilevazione di quest'anno è sensibilmente aumentata la proporzione di “altri servizi”.

Per poter effettuare un confronto sono state sommate le unità mobili nei contesti del divertimento con quelle dei grandi eventi e altri contesti (cruising, saune) e considerate come un'unica categoria di UM per LdR, mentre le UM nei contesti di consumo sono considerate UM per RdD. Sono stati aggregati in un'unica categoria “altro” tutti i servizi non rientranti nelle suddette categorie.

	2014	2015	2017	Var 2015	Var 2014
Servizi censiti	115	104	152	+48	+37
proporzione UM RdD	23,2	33,7	21,1	-12,6	-2,1
proporzione UM LdR	37,3	32,7	27,6	-5,1	-9,7
proporzione Drop in	15,8	22,1	25,7	+3,6	+9,9
altro	23,7	11,5	25,6	+14,1	+1,9

**Tabella 4**

Confronti tra il numero di servizi censiti nelle 3 rilevazioni e confronto percentuale tra le proporzioni di servizi.

### **Bisogni Formativi**

Si è indagato inoltre su quali siano le maggiori difficoltà che incontrano gli operatori nel proprio lavoro. In generale quello che è percepito come maggiormente difficoltoso, sono le relazioni con le altre istituzioni, incluse le forze dell'ordine, mentre il rischio della mancanza di turn over del target desta una preoccupazione minima.

L'ultima sessione del questionario riguardava i bisogni formativi. Il 69,7% dei rispondenti, pari a operatori di 106 servizi ha dichiarato di avere bisogni formativi. Il 60% dei 106 rispondenti attribuisce la massima importanza all'argomento “Pratiche basate sulle

evidenze scientifiche della RdD/LdR”, seguito da nuovi approcci di RdD (es. netreach), dalle strategie di autoregolazione. Gli argomenti che rivestono minore importanza sono quelli relativi ai mercati delle sostanze sul web, e interventi ad hoc sulle NPS.

I punteggi attribuiti tuttavia differiscono a seconda del tipo di servizio in cui opera il rispondente. Sono rilevate le proporzioni del punteggio di massima importanza attribuito a seconda del servizio rispondente. A seconda del tipo di servizio si riscontrano delle differenze dei gradienti di importanza attribuiti ai diversi argomenti. Le metodologie di drug checking, ad esempio sono ritenute di massima importanza per tutti i servizi di unità mobile dei grandi eventi, mentre la tematica relativa alle pratiche basate sulle evidenze è ancor più rilevante per i servizi di unità mobile nei contesti del divertimento.

## Conclusioni

Anche questa rilevazione, come le precedenti, conferma la geografia diseguale degli interventi di RdD/LdR: la presenza in alcune regioni di questo tipo di servizi continua a essere scarsa, o nulla, in altre regioni, invece, sono presenti servizi di diverso tipo, con una buona e variegata offerta.

A questo quadro disomogeneo si aggiunge una presenza di servizi non specifici di riduzione del danno, i servizi che abbiamo incluso nella categoria “altro”; tali servizi, pur utilizzando l’approccio proattivo della riduzione del danno, tuttavia non offrono le prestazioni essenziali riconducibili ai veri e propri interventi di RdD/LdR. Diventa, a nostro avviso, quanto mai necessario avere delle linee di indirizzo aggiornate, in quanto le uniche ad oggi pubblicate risalgono a venti anni fa<sup>4</sup>, quando i modelli di consumo erano incentrati sull’uso di eroina per via endovenosa. Le linee indirizzo infatti permetterebbero di definire gli obiettivi, le azioni e le prestazioni di un servizio di RdD/LdR, elementi fondamentali per definire poi gli indicatori, con il fine di monitorare e misurare gli esiti degli interventi, in un’ottica di sistema integrato per le dipendenze. In questa situazione indefinita, è quanto mai confuso e arduo capire cosa manchi, cosa sia necessario e cosa funzioni.

Come è emerso dalla rilevazione, i drop in sono i servizi di RdD più diffusi sul territorio nazionale, risultando in numero maggiore in questa ultima mappatura rispetto alle precedenti. Sarebbe opportuno approfondire le motivazioni di ciò, ovvero se da parte delle Regioni/ASL si sia ritenuto che tali servizi rispondessero di più ai bisogni della popolazione beneficiaria, oppure se sono stati una naturale trasformazione di unità di strada, per offrire servizi che l’unità mobile non poteva offrire (docce, pasti, etc.)

Gli altri servizi che risultano essere più diffusi sono le unità di mobili nei contesti del divertimento, o della cosiddetta “movida”, che peraltro sono gli unici servizi presenti in più regioni del Sud Italia. L’aumento dell’attenzione dei rischi connessi all’uso di alcol e guida ha sicuramente contribuito a promuovere questo tipo di interventi. Le unità mobili nei grandi eventi sono presenti solo in due aree geografiche del nostro paese: Nord Ovest

---

<sup>4</sup> Ministero della Sanità, Linee Guida sulla riduzione del danno, Novembre 2000

e Centro. Sebbene per alcuni di questi servizi sia prevista una sorta di mobilità interregionale, tuttavia sarebbero auspicabili protocolli di intervento con dei servizi territoriali, per i quali l'unità mobile grandi eventi potrebbe essere di ausilio per particolari occasioni. In generale si può affermare che nel nostro paese le attività di RdD/LdR siano, nonostante tutto, continuative e piuttosto costanti nel tempo e nella presenza sul territorio. La maggior parte dei servizi vanta un'esperienza decennale, le attività sono a base settimanale (in genere dal lunedì al venerdì) con un orario di funzionamento di circa 4/5 ore al giorno.

Le prestazioni maggiormente caratterizzanti i servizi di RdD/LdR risultano essere la distribuzione di siringhe, i programmi di scambio siringhe e la distribuzione di profilattici. Al tempo stesso queste prestazioni sono state definite dai rispondenti come essenziali, assieme alla distribuzione di materiale informativo e al servizio doccia per i drop in. Sono pertanto prestazioni che non possono escludere da un'eventuale declinazione in LEA dei servizi di RdD.

La nostra rilevazione ha anche previsto una sessione sui bisogni formativi degli operatori che lavorano nell'ambito della RdD/LdR. Il bisogno formativo sentito da tutti gli operatori, a prescindere dall'intervento specifico, riguarda la conoscenza di pratiche basate sulle evidenze scientifiche della RdD/LdR. Riteniamo che questo argomento sia indicativo del fatto che la RdD/LdR sia una pratica sociosanitaria ormai considerata ineludibile e necessaria ma che tuttavia debba ancora legittimarsi, soprattutto presso i decisori politici.

# Il modulo di ricerca sui servizi territoriali di riduzione del danno (drop in)

a cura di Ivan Severi, antropologo professionista Università della Strada (Gruppo Abele Onlus)

La ricerca etnografica, svolta nell'ambito del Progetto PAS, si è concentrata su sei differenti servizi di bassa soglia in sei città del centro e nord Italia: il Drop in Miramare di Milano, quello di Varese, quello del Gruppo Abele di Torino, il Centro "Porte Aperte Aldo Tanas" di Firenze, Il Centro a Bassa Soglia (CaBS) di Perugia e Il Centro Scarpanto di Roma.

Lo scopo della ricerca era comprendere quali sono stati, negli anni, le trasformazioni del comportamento dei consumatori di sostanze. Il modulo, utilizzando i servizi come canali di accesso, si è focalizzato su *set* e *setting*, sul modo in cui i servizi hanno reagito ai mutamenti, che non riguardano solo il target originario dei servizi - come già da anni sanno gli operatori che lavorano in questi contesti – ma tutta l'utenza generale di riferimento delle realtà di bassa soglia.

In questa fase storica, la sfida che compete ai servizi di Riduzione del danno è quella di non trasformarsi in mere soluzioni tampone per il progressivo allargamento dell'articolata area della marginalità sociale. Sempre più soggetti, infatti, sono marginalizzati e trovano, nei Servizi a bassa soglia, il punto d'accesso a un sistema che risulta altrimenti impermeabile o completamente inadatto alla soddisfazione dei loro bisogni.

L'aspetto di maggiore interesse emerso dall'indagine riguarda l'articolazione a livello territoriale: la tendenza alla trasformazione è riscontrabile a livello generale, ma la forma che questa trasformazione ha assunto nei differenti contesti è peculiare.

## **L'osservazione dei servizi territoriali**

La ricerca di campo è stata realizzata tra il mese di febbraio e il mese di luglio del 2019 e ha utilizzato un approccio etnografico che si rifà all'osservazione partecipante.

La tradizionale immersione nel *fieldwork* di carattere antropologico è stata adattata al funzionamento dei servizi. Le modalità di accesso a ogni servizio si sono dovute concordare, anche in base agli orari di apertura. Sono state prese in considerazione le diverse articolazioni dei servizi (come per esempio la connessione con eventuali unità mobili e

di strada) per cercare di comprendere lo spettro e la differenziazione dell'offerta rivolta allo stesso target di utenti. Nell'arco di questo periodo si è entrati in contatto con circa 300 soggetti, tra utenti ed educatori, ed è stato possibile approfondire la conoscenza, nei limiti del tempo a disposizione, con 26 utenti e 22 operatori. Una riflessione generale sui servizi osservati dimostra come la combinazione di fattori, quali il modo in cui i servizi sono strutturati internamente, la zona in cui sono collocati, gli orari di apertura e la relazione con altri servizi, costituisca di per sé un meccanismo di selezione della tipologia di utenti. Questa selezione si articola attraverso pratiche, approcci e metodologie di lavoro che si sono sviluppate negli anni, assumendo la forma convenzionale di una "routine", con la conseguenza di essere percepiti in modo "naturalizzato" dagli attori coinvolti. È certamente vero che ogni servizio, negli anni, si è attrezzato per meglio rispondere alle esigenze di ogni territorio, ma, nello stesso tempo, si costituiti meccanismi impliciti di soglia selettiva che facilitano l'accesso ai servizi di certi soggetti piuttosto che ad altri. La vita di strada si articola in una routine che si può leggere come una vera e propria agenda giornaliera, che ne scandisce i tempi e luoghi, traducendosi, poco alla volta, in una sofisticata strategia di sopravvivenza. Il modo in cui si conformano e il luogo dove sono collocati ci rivelano molto delle tipologie di persone che li frequentano. I criteri presi in considerazione hanno riguardato lo spazio a disposizione, la composizione e l'arredo dei locali, la distribuzione degli spazi degli operatori, la presenza o meno di un'area esterna. Allo stesso tempo, ci si è soffermati sugli orari di apertura, sulla capacità di relazionarsi o meno con servizi attigui, su determinate prestazioni (come il pranzo) che contribuiscono alla costruzione di un ritmo quotidiano e forniscono un ordine alla frequentazione da parte degli utenti.

### **Tipologie di utenti che frequentano i servizi a bassa soglia**

Sulla base delle survey, brevi ma svolte in contesti diversi, è possibile abbozzare un ragionamento generale sulle tipologie di utenti che hanno frequentato i centri a bassa soglia nel 2019 e sulle modalità che vengono adottate. Possiamo forzare l'utenza media di questo tipo di servizi in tre tipologie seppur generiche e imprecise, di frequentatori.

- 1.** La tipologia del consumatore di sostanze, quella più facilmente riconducibile al target originario a cui i Drop in erano rivolti. Questa è comunque molto diversa dallo stereotipo del "tossico" che è entrato nell'immaginario collettivo negli anni Ottanta e Novanta. In genere questo tipo di utente non usufruisce di alcuni servizi di base come la doccia e la lavatrice, e non necessita di forniture di cibo o abiti. La sua frequentazione del servizio è strettamente legata allo scambio siringhe e all'ottenimento di presidi sanitari.
- 2.** La tipologia del migrante che si trova in un momento di difficoltà del suo progetto migratorio per motivazioni varie (il peggioramento della posizione amministrativa, lo

scivolamento in una condizione di clandestinità...). Molto spesso questa condizione è aggravata da problematiche di salute e dalla difficoltà di ottenere lo status di Straniero temporaneamente presente e il conseguente accesso al sistema sanitario. Più che una categoria è possibile immaginare questi utenti come collocati in uno spettro variabile, visto che il prolungarsi dello status di clandestinità tende a peggiorare progressivamente la loro qualità di vita. Questi soggetti si trovano spesso intrappolati in un circolo vizioso. L'intervento tempestivo e la cura nella costruzione di canali semplificati di relazione con gli uffici pubblici costituiscono elementi di primaria importanza per la prevenzione di situazioni che rischiano di cronicizzarsi in modo permanente.

**3.** Tipologia di utente rappresentato dall'homeless cronicizzato, che alla sua incapacità di mantenere un'agenda di vita quotidiana unisce una proiezione non chiara della vita oltre la strada. Possono essere consumatori problematici o meno e frequente è il loro consumo di alcol. sono soprattutto i clandestini che non riescono a sanare la propria condizione che finiscono per trovarsi in questa condizione. Dal punto di vista dell'utilizzo del servizio, questi utenti si concentrano pressoché esclusivamente sui bisogni primari, come l'accesso alle docce e alla lavatrice, la necessità di abiti e di cibo, e, in molti casi, utilizzano gli spazi del servizio anche per riposarsi e dormire.

In quasi tutti i casi presi in considerazione esiste un livello di compresenza delle tre tipologie, seppur ogni servizio tenda a rivolgersi a una di queste in modo privilegiato. Ci sono poi tipologie minori di utenti, che non è possibile inserire nelle precedenti: persone che mantengono un precario equilibrio, seppur in condizioni di indigenza, e, grazie alla bassa soglia, accedono e continuano a frequentare il servizio per esigenze di socialità o per una forma di piacere. La ricerca ha consentito che emergessero una serie di caratteristiche difficilmente rappresentabili attraverso dati quantitativi, ma capaci di cambiare anche in modo radicale la modalità di frequentazione del servizio. Quella più difficile in assoluto da restituire riguarda l'attività degli operatori, che non ha corrispettivo in termini quantitativi, se non attraverso il conteggio delle ore di lavoro.

### **Il lavoro degli operatori di bassa soglia**

Gli operatori di bassa soglia sono una categoria di operatori sociali che si presenta "disarmata" sul campo, perché nel caso in cui non lo facesse tradirebbe il mandato del proprio lavoro. La relazione non giudicante, a cui gli antropologi fanno riferimento con la categoria di "sospensione del giudizio", costituisce uno sforzo e un impegno costante. Nel lavoro in contesti di Riduzione del danno non ci sono autorità a cui appellarsi per fare valere un posizionamento gerarchicamente superiore nei confronti dell'utente. Ovviamente è impossibile eliminare uno squilibrio di potere implicito, quello che decide della possibilità dell'utente di rimanere o meno in un servizio e che determina le regole

da rispettare. Lo stesso che consente all'operatore, una volta finito il turno, di tornare a una vita lontana dalla dimensione del servizio. Ciononostante, sono gli stessi utenti a documentare la qualità del lavoro degli operatori e lo fanno con la loro presenza costante. Come si è cercato di dimostrare, gli utenti hanno perfettamente chiaro il panorama dell'offerta possibile, hanno anzi sperimentato le possibilità e hanno scelto di rivolgersi a determinati servizi piuttosto che ad altri. Alcuni di loro si relazionano con i servizi presi in esame da anni, e questo costituisce un importante segnale.

Il lavoro degli operatori di bassa soglia è per gran parte invisibile, tende quindi a essere trascurato o preso sotto gamba, spesso anche dagli stessi referenti. In generale si è riscontrato un senso di isolamento delle équipe, che lamentano l'assenza di confronto con colleghi che operano in altri servizi e altri territori. Il servizio funge anche da nodo per un articolato reticolo di relazioni, modifica quindi le linee di tensione e curva la routine quotidiana in modo centrifugo o centripeto in maniera selettiva (es. la presenza di migranti provenienti da una certa area ne attira altri e magari allontana potenziali utenti italiani o altre tipologie di migranti). Se questo aspetto viene messo in relazione con la progressiva stanzialità, che pare essere caratteristica costitutiva dell'invecchiamento degli utenti, possiamo allora notare che alcuni servizi diventano veri e propri punti di riferimento in determinate zone di alcune città.

### **Come valorizzare il lavoro nella bassa soglia**

È molto difficile restituire appieno il valore di una relazione pluriennale (in alcuni casi pluridecennale) fornita da un servizio che accoglie utenti in modo anonimo. Il paradosso è costituito dal fatto che la costruzione di un rapporto denso di significati, elemento riconosciuto da tutti i soggetti coinvolti (utenti, operatori, servizi sanitari, servizi sociali) non ha riscontro dal punto di vista burocratico, né è valorizzato dal punto di vista sociale. Il tutto si regge su un precario equilibrio di informalità, a fronte di una richiesta di rendicontazione sempre più tarata sulla dimensione quantitativa, che non può che penalizzare un lavoro di relazione nella bassa soglia. I servizi vengono quindi valutati sulla base di prestazioni quantificabili (quante siringhe, quanti contatti, etc.) che però costituiscono anche gli elementi di minore rilevanza del lavoro svolto.

È necessario affermare con chiarezza l'importanza del lavoro nella bassa soglia e trovare modalità di comunicazione nuove che ne sappiano valorizzare i punti di forza, facendo leva sui temi affrontati dall'attuale agenda politica:

- 1. La prevenzione e la riduzione dei danni derivati dal consumo di sostanze e dalla vita di strada consentono grandi margini di risparmio per il Sistema sanitario nazionale, difondendo buone prassi di comportamento, monitorando costantemente la situazione di soggetti cronicizzati o a rischio cronicizzazione e limitando l'aggravarsi di patologie correlate.**

**2.** Le piccole forme di criminalità connesse alla vita da strada sono spesso correlate a mancanze che possono essere in parte sanate con il lavoro di prossimità, piuttosto che con un lavoro ispirato a logiche di tipo repressivo, leggendo e interpretando i sintomi di forme conclamate di disagio, bloccandole sul nascere e impedendo il loro degenerarsi.

**3.** Non sono le telecamere a fungere da dissuasori per comportamenti connessi alle dinamiche della vita di strada, né l'ansia securitaria è stata in grado di aumentare la percezione della sicurezza dei cittadini. Il lavoro relazionale, attraverso servizi continuativi che sappiano leggere e interagire con il territorio, costituisce la miglior forma di messa in sicurezza delle aree urbane.

**4.** Nella frammentarietà, che decenni di politiche emergenziali hanno creato nel panorama sociale e socio-sanitario, gli operatori della Riduzione del danno si sono assunti l'onere di un difficilissimo lavoro di tessitura di reti tra i vari servizi territoriali, che oggi costituisce un patrimonio da tutelare e implementare perché sta già consentendo un risparmio enorme di energie e ore lavoro anche per i dipendenti pubblici coinvolti.

**5.** L'accesso ai servizi a media e alta soglia è, per certi soggetti, un'operazione estremamente complessa e delicata e rischia di avere un alto tasso di fallimento. Il lavoro di accompagnamento e raccordo svolto dai servizi di bassa soglia è fondamentale per il passaggio ad altri tipi di servizi.

Risulta chiaro come i servizi presi in considerazione abbiano saputo riadattarsi nel tempo, dimostrandosi estremamente più lungimiranti delle politiche che dovrebbero governarli, colonizzando silenziosamente quell'area grigia che giace tra il livello della riduzione del danno e una presa in carico precoce che limiti la cronicizzazione di stili di vita e comportamenti.

# Consumi nei contesti di loisir: uno sguardo antropologico

a cura di Filippo Lenzi Grillini, ricercatore in discipline demoetnoantropologiche all'Università di Siena, e Giulia Nistri, antropologa e dottoranda presso l'Università degli Studi di Perugia

Non possiamo che iniziare ringraziando tutte le realtà incontrate, i cui professionisti ci hanno accolto sempre in maniera collaborativa e disponibile. La ricerca avrebbe necessitato indubbiamente di più tempo, non solo per la complessità dei temi affrontati, ma anche per darci la possibilità di stabilire relazioni più approfondite con tutte le realtà coinvolte e comprendere pienamente le specificità che abbiamo potuto intravedere grazie a questo primo approfondimento. Alla luce dei pochi mesi a disposizione e delle limitate risorse disponibili per condurre una ricerca in otto contesti territoriali italiani relativamente a un fenomeno complesso come il consumo di sostanze in situazioni di «divertimento», abbiamo progettato un'indagine etnografica sperimentale specifica. Scenario della ricerca sul campo città diverse: Milano, Roma, Torino, Como, Varese, Perugia, Reggio Emilia, Firenze. In questi contesti sono state affiancate le équipe di otto servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi che operano in contesti di «loisir». Nel corso degli interventi di lavoro delle équipe, i ricercatori hanno realizzato interviste con i frequentatori delle serate e degli eventi e condotto osservazioni etnografiche, oltre a portare avanti un lavoro di confronto con i professionisti dei servizi. La ricerca si prefiggeva l'obiettivo di far emergere le dinamiche e i processi relativi al consumo di sostanze nell'ambito dei contesti del «divertimento», dedicando in particolare l'attenzione alla triade *drug-set-setting*<sup>1</sup> oltre ad un approfondimento relativo al rapporto fra consumatori e rete di servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi. Le interviste e i colloqui svolti con i consumatori sono stati strutturati con la finalità di approfondire alcuni aspetti legati al consumo di sostanze nei contesti di loisir, in particolare: le storie di vita dei consumatori, le dimensioni delle motivazioni e delle aspettative come anche quelle connesse ai trend di consumo e i pattern d'uso. Nel corso della ricerca sono stati effettuati più di 130 colloqui anonimi con consumatori la maggior parte dei quali intercettati in serata/evento, altri su chiamata del servizio, altri ancora con i professionisti dei servizi. Anche a causa del limitato tempo a disposizione e della complessa dislocazione territoriale dei contesti si è scelto di coinvolgere alcune équipe dei progetti RdD/LdR nella raccolta dati, fornendo una «scaletta» che orientasse le interviste da condurre. Sono state 32 le

---

<sup>1</sup> Zinberg, N.E., 1984.

interviste raccolte dalle équipe che hanno dato la propria disponibilità, nell'ambito di sei tra le otto realtà al centro dell'indagine.

Nonostante alcuni dei professionisti coinvolti abbiano apprezzato questa sperimentazione, trovando – durante la realizzazione delle interviste registrate – spunti di interesse che hanno permesso loro di interpretare sotto una luce diversa l'acquisizione di dati su comportamenti e consumi ottenuta normalmente attraverso la somministrazione di questionari, tale attività sperimentale è stata quella che ha mostrato i limiti maggiori all'interno dell'intero disegno progettuale. Molto probabilmente condurre un'attività di formazione-ricerca-azione concentrata nell'unica giornata che ci è stata messa a disposizione per il workshop ha rappresentato una sfida troppo ambiziosa e, nei fatti, non ha permesso che l'attività di ricerca-azione prevista raggiungesse quella articolazione e quella partecipazione necessaria a sviluppare strategie di ricerca pienamente condivise, anche se va puntualizzato che una buona parte del materiale restituito dalle équipe si è rivelato comunque un importante contributo.

Nonostante le criticità emerse, continuiamo a credere che le competenze antropologiche rappresentino un compendio di approcci e strumenti capaci di offrire contributi necessari ai servizi di riduzione del danno per realizzare progetti il più possibile efficaci. Infatti, per le caratteristiche specifiche delle dinamiche che influiscono sui consumi di sostanze, l'approccio antropologico risulta particolarmente appropriato, in virtù della prospettiva olistica che lo caratterizza e che, a differenza degli studi condotti con metodologie quantitative o incentrate sulle caratteristiche delle singole sostanze, permette di individuare i significati di ordine socio-culturale che le pratiche di consumo assumono nelle differenti società e periodi storici, inserendole in contesti politici specifici e restituendo un quadro molto più completo dell'articolazione fra comportamenti di consumo e rischi correlati.

### **Set e Setting: alcune considerazioni**

Il quadro emerso al termine dell'indagine per ciò che concerne l'età dei consumatori intercettati nei differenti contesti pone al centro consumatori tra i 18 e i 35 anni (la maggior parte nella fascia 19 - 30), con alcuni casi specifici di intervistati al di sotto della maggiore età o che superavano i 40 anni. Nel corso della ricerca si è delineato un panorama frutto di un processo di precocizzazione dei consumi affermatosi nel tempo, in alcuni casi riportato da narrazioni di prime esperienze di consumo avute tra i 12 e i 14-15 anni, una tendenza confermata anche da alcuni tra i professionisti dei servizi di rdd/lđr. Secondo i dati raccolti, frequentemente i consumatori più giovani esibiscono un'esperienza di consumo più sperimentale e meno pianificato e, di conseguenza, più rischioso anche per quanto riguarda il dosaggio e le modalità di assunzione (mix di sostanze, rischi da un punto di vista igienico-sanitario). Una tendenza alla maggiore pianificazione del consumo e alla scelta di sostanze specifiche e di «affezione» sembrerebbe

caratterizzare spesso, ma non sempre, i consumatori anagraficamente più «maturi», anche dal momento che per alcuni interlocutori l'avanzare dell'età e gli stili di vita che ad esso si accompagnano rendono più difficile la gestione di un consumo indiscriminato, eterogeneo e non pianificato di sostanze poiché, riportando le parole di un consumatore ventottenne, «...molte sostanze si abbandonano in primis perché lasciano postumi troppo forti oppure perché comportano esperienze troppo impegnative».

Rispetto a ciò è indispensabile tenere in considerazione che la storia e l'esperienza personale di ogni singolo consumatore presentano delle unicità e delle specificità che, se tradotte in una operazione di generalizzazione, rischierebbero di essere sottoposte ad estrema semplificazione. Inoltre, è importante aggiungere che, come mostrato anche da alcune interessanti esperienze di ricerca<sup>2</sup>, le traiettorie del consumo possono variare per gli stessi consumatori a seconda delle occasioni dando luogo a modalità che possono esprimere anche una coesistenza tra consumo pianificato e consumo spontaneo e indiscriminato.

È importante tenere presente che risulta difficile oggi individuare «culture» distinte che connettano in maniera esclusiva frequentatori, ambienti musicali e di divertimento e consumi. Viene confermata una eterogeneità di «pubblici» e frequentatori che attraversa i differenti contesti di divertimento.

Dal momento che il consumo si modella su ed è modellato dal setting specifico in cui avviene è indispensabile riflettere sugli elementi che intervengono nell'interazione tra setting e consumo di sostanze, da considerarsi in costante dialogo con quello che è il set di ciascun consumatore. In primis, è fondamentale sottolineare l'importanza di codici formali e informali condivisi che condizionano il comportamento e le scelte contribuendo alla costruzione di una consapevolezza insita in ciascuno di noi - in misura maggiore o minore - di ciò che in quell'ambiente specifico è legalmente e/o socialmente accettato e ciò che non lo è. In questo senso una variabile che non può essere sottovalutata riguarda la possibilità o meno di consumare in maniera esplicita differenti sostanze. Ciò non sta a significare, come dimostrano i dati etnografici, che consumi più esplicativi e ampi conducano necessariamente a riscontrare un maggior numero di malesseri: nel corso della ricerca, infatti, il contesto nel quale è stato possibile osservare più interventi di carattere sanitario è stato un grande festival di musica techno a pagamento con servizio di sicurezza, controlli all'ingresso e consumo «nascosto».

Quest'ultimo, che si esprime attraverso un uso strategico dello spazio da parte dei consumatori e che spesso caratterizza alcuni contesti che presentano servizi di sicurezza e controlli all'ingresso, è un elemento che, congiuntamente al timore di essere scoperti, contribuisce a creare ambienti di consumo in cui, a volte, si può esitare nel chiedere aiuto - per se stessi o per un amico - per paura delle eventuali conseguenze. Si tratta di condizioni che, come sottolineano gli stessi professionisti dei servizi, possono costituire una grande criticità per gli interventi di RdD/LdR dal momento che rendono meno indivi-

---

<sup>2</sup> Hunt et al., 2009.

duabili (anche semplicemente da un punto di vista spaziale) le situazioni potenzialmente rischiose che necessiterebbero di un intervento.

### I Servizi: strategie efficaci

I contesti in cui si trovano a lavorare i servizi di RdD/LdR si sono rivelati estremamente articolati, non solo per le condizioni sempre differenti e non scontate in cui il servizio si trova ad agire ma anche per la grande eterogeneità di frequentatori che abbiamo già ricordato. Tutto ciò richiede ai servizi un'estrema disposizione alla flessibilità, caratteristica che la maggior parte di questi ha dimostrato. La grande forza dei servizi si è rivelata proprio in questa capacità peculiare di «essere parte del contesto», conoscendo i propri interlocutori, e in parte ma non sempre, sapendo farsi riconoscere come interlocutori. Questo anche grazie alla grande flessibilità di strumenti ed informazioni offerti a seconda del tipo di setting in cui si opera, distinguendo materiali e modalità di intervento necessari in una serata da aperitivi rispetto a quelle utili negli eventi come, ad esempio, i free party. Maggiore è il «grado di confidenza» che il servizio dimostra di avere con il setting e la gestione del locale, maggiori sono le probabilità che l'intervento possa esprimere tutta la sua efficacia.

Dai dati etnografici, emergono alcune diversità tra le strategie d'azione delle differenti équipe all'interno dei singoli contesti. In particolare si è potuto osservare che alcune di esse conducevano l'intervento stazionando prevalentemente nella postazione dove si trovava l'*info-point* del servizio (con eventuali aree chill-out annessi). Altre invece sceglievano e avevano l'opportunità di interagire maggiormente con il contesto attraverso perlustrazioni di monitoraggio delle differenti aree ritenute «di interesse» per l'intervento. In tal modo questi ultimi servizi disegnavano e costruivano un setting di lavoro e di intervento differente e, chiaramente, più ampio, interagendo in maniera più approfondita con lo spazio circostante e in parte con i frequentatori.

Una collocazione che offra visibilità e la possibilità di osservare una buona parte del contesto, come anche l'opportunità concordata con i gestori del locale/evento di poter effettuare delle perlustrazioni di monitoraggio, sono dimensioni che pongono le condizioni fondamentali affinché il servizio possa esprimere tutta la sua efficacia, anche se, secondo quanto emerso dalla ricerca, non sempre si tratta di aspetti facilmente «negoziables». In alcuni casi infatti, il servizio risulta penalizzato e sacrificato in spazi ristretti e poco visibili, o in collocazioni che non agevolano il lavoro (troppo vicino al dance floor e alle casse), soluzioni proposte dal gestore del locale o dall'organizzazione dell'evento molto spesso seguendo logiche commerciali e/o estetico-logistiche. Per questo, per potenziare l'efficacia dei servizi, appare utile lavorare approfonditamente e in maniera strutturata e organica sulle relazioni con gli altri attori che, oltre ai frequentatori, animano uno spazio di lavoro, inteso in maniera ampia e diffusa: gestori di locali/eventi, servizi di sicurezza, pronto soccorso, Serd, forze dell'ordine...

Sebbene la ricerca abbia evidenziato una scarsa conoscenza da parte dei consumatori

e dei frequentatori di serate/eventi relativamente ai servizi RdD/LdR, questi ultimi sono risultati sempre apprezzati. Alcuni consumatori hanno espresso particolare apprezzamento per la disponibilità al confronto diretto sul tema delle sostanze, riscontrata venendo a contatto con i servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi: un approccio giudicato inedito e che approfondisce temi e argomenti che alcuni tra i giovani consumatori percepiscono come tabu all'interno del discorso pubblico (diversamente da ciò che avviene nel gruppo dei pari).

Per i servizi di prossimità osservati, comunicare le proprie finalità nel panorama appena accennato appare una sfida non sempre scontata ma che sprona alla ricerca di linguaggi e modi di comunicare e di agire che devono tenere conto degli aspetti gestionali e politico-normativi, a livello regionale e nazionale, che limitano e ostacolano alcune potenzialità dei servizi stessi. In questo senso, anche se si tratta di un'operazione delicata, riteniamo fondamentale l'elaborazione e l'uso di strategie di comunicazione efficaci che utilizzino anche la terminologia specifica e il linguaggio proprio dei progetti RdD/LdR per affermare la propria riconoscibilità professionale, evitando il più possibile di semplificare la cornice di significati all'interno della quale si muove il lavoro dei professionisti che vi operano.

L'ingresso della riduzione del danno e della limitazione dei rischi tra i LEA, sebbene ancora in attesa di essere adeguatamente strutturati, fa ben sperare per ciò che concerne la continuità dei progetti stessi, dimensione che emerge tra le criticità, segnalate dai professionisti coinvolti e dai consumatori e connesse all'operato di alcuni servizi (percepiti come discontinui). Auspicando un rafforzamento in questo senso, è ipotizzabile che un progetto presente e continuo possa quindi risultare poi più riconoscibile e conseguentemente anche più efficace.

## Bibliografia

Zinberg, N.E., (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press New Haven, Connecticut.

Hunt G.P., Bailey N. ,Evans K., Moloney M. (2009). *Combining different substances in the dance scene: enhancing pleasure, managing risk and timing effects*. J Drug Issues, Jun; 39(3): 495–522.

# Il modulo di ricerca sui contesti del chemsex

a cura di Filippo Nimbi, ricercatore e psicologo del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma

Il chemsex è un fenomeno emergente che identifica il consumo di specifiche sostanze psicoattive all'interno dell'attività sessuale tra uomini che hanno rapporti con uomini (*Men who have Sex with Men - MSM*) per facilitare, migliorare e prolungare l'esperienza sessuale (HM Government, 2017).

Il chemsex rappresenta uno specifico pattern di utilizzo di droghe, con caratteristiche peculiari che lo distinguono da altri tipi di consumo di sostanze psicoattive (Morris, 2019; Stuart, 2013). Le sostanze che caratterizzano il chemsex sono comunemente denominate "chems" e si dividono in tre categorie: crystal methamphetamine, cathinone (mephedrone, 3MMC, 4MMC) e GHB/GBL (gammahydroxubutyrate/gammabutyrolactone).

Il consumo dei chems è però spesso associato ad altre sostanze nei vari contesti sessuali come l'alcool, la ketamina, la cocaina, gli amil/alchil nitrati (poppers) e gli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (Cialis®, Viagra®, Levitra® e similari) (Stuart, 2019; Bourne & Weatherburn, 2017). Dal 2012, il Chemsex si è rapidamente diffuso nelle grandi città di tutto il mondo con una notevole incidenza (3% -29% degli MSM tra i cohort ed i cross-sectional studies) (Maxwell et al., 2019).

Nonostante questo fenomeno sia presente anche in Italia, non ci sono molti dati scientifici sull'estensione e sulle specificità del Chemsex nel nostro paese. Il recente "Report EMIS 2017" (The EMIS Network, 2019) mostra una percentuale rappresentativa del 2.6% di MSM italiani che hanno fatto chemsex nelle ultime quattro settimane (su un campione di 11025 uomini), ma mancano informazioni più qualitative. Considerando la crescente attenzione a questo fenomeno, il presente studio ha avuto lo scopo di indagare l'esperienza vissuta da MSM che fanno chemsex in Italia, focalizzandosi sui contesti specifici, sui pattern d'uso delle sostanze e sul bisogno percepito di servizi RDD.

## Materiali e metodi

Sono state condotte delle interviste semi-strutturate avvalendosi di una griglia costruita ad hoc che esplora il chemsex in Italia. Lo studio è stato pubblicizzato online su siti e pagine di social network di interesse LGBTQI+ con l'utilizzo di una metodologia snowball.

I criteri di inclusione prevedevano l'essere uomo, essere maggiorenne e aver riportato almeno un episodio di chemsex nella vita. La fase di raccolta dei dati è durata sei mesi (Febbraio-Luglio 2019). La durata delle singole interviste è stata di circa 45 minuti. Le trascrizioni delle interviste sono state sottoposte a un'analisi tematica dei trascritti. Le interviste si sono svolte in modo da garantire il rispetto della normativa vigente sulla privacy. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica di "Sapienza Università di Roma" il 9 gennaio 2019.

## Risultati della ricerca

Nel presente studio sono state considerate sedici interviste a uomini che praticano chemsex. L'età media riportata dai soggetti che hanno preso parte alla ricerca è di 38.6 anni (min 26 - max 62). In ogni caso alcuni intervistati segnalano una diminuzione dell'età dei partecipanti ai festini a base di chemsex negli ultimi anni, con l'ingresso di molti under 25 soprattutto nel contesto milanese.

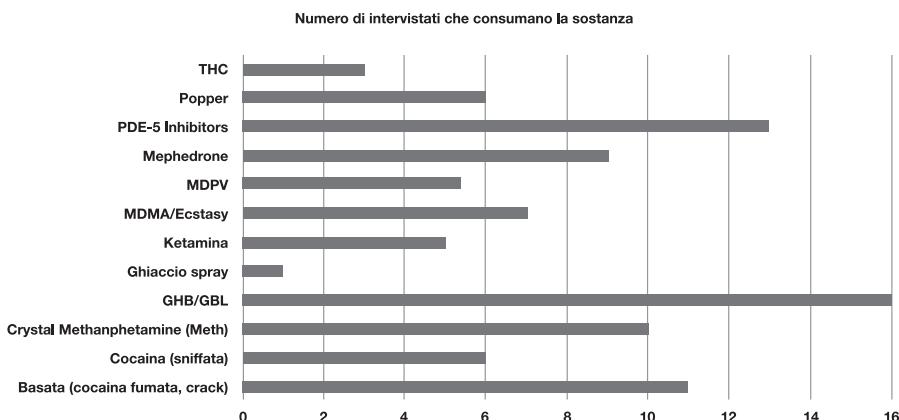
## Definizione del fenomeno

Tutti gli intervistati descrivono il fenomeno come un'attività sessuale associata all'utilizzo di sostanze. La maggior parte degli intervistati riportano che l'attività sessuale si svolge solitamente in gruppo, mentre quattro riferiscono di realizzarlo prevalentemente o esclusivamente in coppia (all'interno della propria relazione affettiva o con un partner occasionale). Un intervistato (Gay, 53 anni) descrive il chemsex come "una forma di aggregazione fra maschi gay che coinvolge il sesso e le droghe".

È una forma di rituale sociale e segue dei codici. Questo costituisce una certa protezione per la salute (es. ci si segna l'orario in cui si assume il GHB). È prevista anche la presenza di una persona di fiducia, una guida esperta a cui affidarsi per potersi lasciare andare. In questo caso emerge il chemsex come un rituale sociale con codici e riti specifici in cui è spesso presente un utilizzatore esperto (solitamente colui che mette a disposizione lo spazio e/o le sostanze) che guida, controlla e vigila sui partecipanti. Spesso questa persona rimane sobria o a un livello "più consapevole" rispetto al resto del gruppo, esprimendo una volontà di ridurre gli eventuali rischi intrinseci nella pratica. L'organizzazione degli incontri sessuali è molto variabile, soprattutto quando questi vengono organizzati tramite social e app di incontro. In questa maniera risulta chiaro sin dal primo contatto virtuale la volontà degli utenti di praticare chemsex e permette una selezione veloce dei possibili partecipanti. I luoghi in cui si pratica maggiormente il chemsex con modalità diverse risultano essere le abitazioni private (o le camere di albergo), seguite più raramente dai club (discoteca, evento per soli uomini, cruising). In generale, il club rappresenta l'inizio dell'esperienza ricreativa, dove ci si incontra e avvengono le prime assunzioni delle sostanze. Nei club si svolge il pre-serata, che poi si sposta in un festino (chill out) organizzato in un'abitazione privata per entrare nel vivo.

## Le sostanze

Nella Figura 1 sono evidenziate le frequenze delle sostanze utilizzate almeno una volta dai partecipanti all'interno del chemsex. La maggior parte degli intervistati riporta l'utilizzo di più sostanze nello stesso evento e/o in festini diversi, dichiarando di aver provato il GHB almeno una volta, che è la sostanza che sembra piacere di più sia per il prezzo relativamente contenuto, sia per la facilità con cui può essere reperita in Italia, sia per l'effetto disinibente ed eccitante sulla sessualità. Seguono sostanze come la cocaina basata, il crystal methamphetamine e il mephedrone, evidenziando esperienze discordanti fra i partecipanti e peculiarità territoriali fra nord e sud. In generale, sembra che il crystal methamphetamine sia una sostanza di ampio gradimento fra gli intervistati, ma il suo alto costo sembra essere un forte deterrente al consumo rispetto ad altre sostanze disponibili e più a buon mercato.



**Figura 1**  
Tipo di sostanze consumate nel chemsex.

Il mephedrone sembra essere molto diffuso soprattutto all'estero (come Londra e Berlino) e più difficile da reperire in Italia, soprattutto al centro-sud. Un discorso più specifico merita la basata, che non rientra per definizione fra le sostanze principali coinvolte nel chemsex e non è fra le più diffuse in Europa (EMIS, 2017), ma sembra aver acquisito un'ampia popolarità soprattutto nei festini della capitale e nel contesto italiano in generale. Questo elemento connota il chemsex italiano di una specificità che deve essere tenuta presente per futuri progetti e interventi.

Le altre sostanze (soprattutto le party drugs come MDMA/ecstasy e ketamina) vengono utilizzate principalmente come accompagnatore dei chems o come pre-party nei club.

Un posto di rilievo nel chemsex è ricoperto da farmaci appartenenti alla classe degli inibitori della PDE-5 (come Cialis, Viagra e Levitra), i quali vengono ampiamente assunti per limitare gli effetti collaterali dei chems sulla sessualità come la perdita dell'erezione. Si evidenzia inoltre una differenza interessante per quanto riguarda le modalità di assunzione delle sostanze. Gli intervistati riportano la quasi totale assenza dallo scenario italiano dell'assunzione per via endovenosa delle sostante, elemento invece diffuso in ambito internazionale e che viene identificato con il termine slamming.

### **Effetti delle sostanze sulla sessualità**

L'effetto più comunemente riportato nelle interviste riguarda l'aumento del desiderio sessuale e dell'eccitazione psicologica. Questo stato spesso spinge verso la ricerca di una sessualità basata sulla quantità (più partner possibili, pratiche diverse e più estreme) piuttosto che sulla qualità (sensazioni, contatto emotivo e intimità). A questi effetti si associa spesso anche una forte disinibizione che permette di comportarsi in maniera più libera nella sessualità, ma anche più rischiosa.

Alcuni riportano un considerevole prolungarsi dell'esperienza sessuale che può durare per ore e ore. Inoltre, alcuni intervistati evidenziano un conseguente ritardo e difficoltà nel raggiungere l'orgasmo, mentre altri riportano di poter avere facilmente più ejaculazioni durante le sessioni con un limitato tempo refrattario.

Un altro punto importante emerso fra gli effetti delle sostanze è l'esperienza di una diversa percezione di intimità nella sessualità, spesso così intensa ed amplificata da far sentire uno degli intervistati (Gay, 43 anni) "fuso con l'altro anche se l'avevo incontrato solo poche ore prima su Grindr". Un altro effetto molto diffuso, in contrasto con l'aumento di desiderio ed eccitazione, tanto da rappresentare secondo un altro (Gay, 44 anni) "il grande paradosso del chemsex" è la presenza di difficoltà erettili prodotte dalle stesse sostanze e riscontrate da quasi tutti i partecipanti. Per contrastare questo effetto collaterale indesiderato, molti riferiscono di assumere gli inibitori della PDE-5, a volte già prima che il festino cominci (a casa o nei club).

### **Prima esperienza di chemsex**

Cercando di ripercorrere le storie e le esperienze dei partecipanti a questo studio, abbiamo analizzato le modalità di avvicinamento alla pratica del chemsex individuando tre modalità principali: tramite amici/conoscenti, attraverso contatti virtuali in chat e applicazioni d'incontro o introdotti dal partner sentimentale. I viaggi in città dove il fenomeno del chemsex è più diffuso sembra essere un fattore che favorisce la prima esperienza di chemsex di alcuni partecipanti.

Anche il trasferimento in una città più grande come Roma o Milano sembra avere lo stesso ruolo. In generale, i partecipanti descrivono una prima esperienza piacevole e soddisfacente, molto appagante sul profilo sessuale ed estremamente intima in alcuni

casi. Alcuni soggetti hanno però espresso opinioni ambivalenti o negative, soprattutto legate alla paura e al senso di colpa che ha seguito l'evento (per aver fatto uso di sostanze, per essersi messi a rischio o per essersi lasciati "troppo" andare).

### **Servizi di Riduzione Del Danno (RDD)**

Per esplorare la familiarità con i servizi RDD in Italia, è stato chiesto agli intervistati se fossero a conoscenza di eventuali servizi e quale fosse la loro opinione a riguardo. La maggior parte degli intervistati riporta di non conoscere i servizi RDD.

Una volta spiegato cosa fossero e come funzionano i servizi RDD, le opinioni degli intervistati si sono rivelate molto positive.

Molti hanno espresso l'utilità di questo tipo di servizi e una possibile maggiore accettazione da parte degli MSM che fanno chemsex rispetto ad interventi classici di prevenzione o SerT/SerD e ambulatori di malattie infettive. Molti hanno riportato la grande necessità nell'ambito del chemsex di questo tipo di interventi, che aiuterebbero a ridurre il rischio di conseguenze spiacevoli come overdosi e ISTs e anche a contrastare gli stereotipi su questi temi.

In ogni caso, tutti gli intervistati esprimono l'assoluta mancanza di servizi adeguati sul territorio che possano rispondere alle loro esigenze di salute e benessere. Come sottolinea un intervistato (Gay, 27 anni) "il chemsex è una realtà che non si può far finta di non vedere" e riteniamo che sia necessario e urgente passare ad azioni più strutturate sul nostro territorio per un sostegno alla salute e al benessere che passi anche per la riduzione del danno.

### **Bibliografia**

Bourne, A., & Weatherburn, P. (2017). *Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need*. Sex Transm Infect, 93(5), 342-346.

HM Government (2017). *2017 Drug Strategy*, UK Government, London, available at: [www.gov.uk/government/publications/drug-strategy-2017](http://www.gov.uk/government/publications/drug-strategy-2017)

Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). *Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature*. International Journal of Drug Policy, 63, 74-89.

Morris, S. (2019). *Yes, has no meaning if you can't say no: consent and crime in the*

- chemsex context.* Drugs and Alcohol Today, 19(1), 23-28.
- Stuart, D. (2013). *Sexualised drug use by MSM: background, current status and response.* HIV nursing, 13(1), 6-10.
- Stuart, D. (2019). *Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture.* Drugs and Alcohol Today, 19(1), 3-10.
- The EMIS Network. *EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019

# I nuovi consumi “d'azzardo”: un mondo ancora da scoprire

a cura di Roberta Potente, Claudia Luppi, Sabrina Molinaro, Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

L'uso di sostanze psicoattive è un fenomeno dai numeri importanti ed è assolutamente riduttivo intenderlo solo come devianza o come circoscritto a target specifici. Soprattutto fra i più giovani la contiguità con questi utilizzi e con altri comportamenti “*sine substantia*” è entrata a far parte della vita comune. Nel tempo i consumi psicoattivi sono cambiati, sono diventati ancora più complessi e dinamici, sviluppandosi lungo un continuum di vecchie e nuove droghe, di tradizionali ed emergenti sistemi di mercato e pattern di uso.

E così a bevande alcoliche, tabacco e cannabis, ma anche a cocaina, eroina, amfetamine e allucinogeni, si associano Nuove Sostanze Psicoattive - NPS, cannabinoidi, oppioidi e catinoni sintetici, che mimano, potenziandone, gli effetti di cannabis, oppiacei e stimolanti tradizionali (come cocaina ed ecstasy), fenetilamine, triptamina e ariciclosilamine (Ketamine) dagli effetti allucinogeni, ma anche psicofarmaci, semi e piante (LSA, Armina o Kratom). Al mercato tradizionale delle sostanze psicoattive, si affianca e si integra quello online delle piazze virtuali “sospese tra le nuvole”, dove è possibile acquistare innumerevoli prodotti dagli effetti stupefacenti, recapitati direttamente a casa in piccoli pacchi del tutto anonimi.

È in quest'ambito che lo studio ESPAD®Italia, condotto regolarmente da oltre 20 anni, fornisce una fotografia degli stili di consumo e comportamentali degli studenti di 15-19 anni frequentanti gli istituti scolastici superiori del nostro Paese, una parte dei quali potrebbe in futuro manifestare veri e propri disturbi e comportamenti patologici.

Il quadro che emerge dall'ultimo studio evidenzia che più di 7 ragazzi ogni 10 hanno provato un “consumo d'azzardo”: hanno, cioè, utilizzato almeno una volta nella vita sostanze illegali o psicofarmaci senza prescrizione medica, hanno abusato di bevande alcoliche o giocato d'azzardo. Se per la maggior parte di questi ragazzi si parla di un comportamento transitorio, un “consumatore d'azzardo” ogni cinque, quota rimasta sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio, è invece definibile “a rischio”: tra questi ragazzi si ritrovano i consumatori frequenti di sostanze, o chi utilizza cannabis o gioca

d'azzardo in modo rischioso o problematico. Entrando nello specifico delle sostanze illegali, quasi il 26% degli studenti ha utilizzato una sostanza illegale (cannabis, cocaina, allucinogeni, stimolanti, eroina) almeno una volta nell'ultimo anno, senza mostrare variazioni nel corso degli anni. La cannabis è sempre stata e rimane la sostanza illegale più diffusa, seguita a distanza da cocaina, stimolanti, allucinogeni ed eroina.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle NPS: pur essendo nel mercato solo da pochi anni, queste sostanze hanno mostrato una forte attrattiva tra i più giovani, tanto che circa l'11% degli studenti del nostro Paese le ha utilizzate almeno una volta nella vita. Per la maggior parte si è trattato di cannabinoidi sintetici, comunemente conosciuti come *spice* (8,5% degli studenti), ma anche di oppioidi sintetici o *Salvia Divinorum* (2% rispettivamente) o, ancora, di ketamina (1%). A questo quadro si aggiunge che l'1% dei ragazzi ha assunto sostanze senza sapere cosa fossero e quali effetti avrebbero potuto provocare, aumentando il grado di rischio correlato. La maggior parte di queste sostanze sono state consumate sotto forma di pasticche (53%) e di polveri (39%), ma anche di cristalli da fumare (29%), di miscele di erbe (22%) o in forma liquida (19%), facilmente reperibili, sia attraverso il tradizionale mercato illegale delle sostanze (spaccio di strada, discoteca, ecc.) sia online.

Considerando che anche in Italia negli ultimi anni si sono verificati casi di intossicazioni e decessi correlati all'uso di NPS, il consumo di queste sostanze dovrebbe far comprendere la pericolosità di questa situazione emergente.

### **Una, due, tre o più sostanze: il poliutilizzo stupefacente**

I consumi psicoattivi giovanili attuali non riguardano più una "sostanza elettiva", ma comprendono *mix* e *cocktail* di due, tre o più sostanze: lecite e illecite, assunte in associazione tra loro o in momenti diversi per potenziare o mitigare gli effetti indesiderati, con alcol e cannabis che risultano trasversali al consumo delle altre sostanze. Ponendo l'attenzione sulle sostanze illegali, l'89% dei consumatori ha utilizzato una sola sostanza e, per quasi tutti, si è trattato di cannabis (98%), il 6% ha assunto due sostanze e il 5% almeno tre, alternando cocaina, eroina e altre sostanze alla cannabis. Ed è per la cannabis che oltre la metà dei poliutilizzatori mostra un profilo di consumo a rischio o problematico: sono infatti il 56% contro il 19% dei consumatori di sola cannabis. I poliutilizzatori, oltre a utilizzare più frequentemente sostanze illegali, tendono ad essere maggiormente fumatori regolari di tabacco, a bere alcolici tutti i giorni, anche in modo eccessivo (*binge drinking* e/o ubriacature), così come a utilizzare psicofarmaci non prescritti e a giocare d'azzardo.

Oltre a diversi pattern di consumo, gli studenti poliutilizzatori manifestano altre peculiarità, mostrando una maggiore esposizione al rischio: rispetto ai monoconsumatori, riferiscono di essere insoddisfatti del rapporto con i genitori, con gli amici, ma anche di sé stessi; percepiscono un ambiente familiare scarsamente presente, protettivo, acciden-

te e, nello stesso tempo, mancante di norme e regole di comportamento; mostrano uno scarso rendimento scolastico e interesse per la scuola; intraprendono altre condotte rischiose come partecipare a scontri fisici o atti di bullismo, mettersi alla guida di veicoli dopo aver bevuto alcol o assunto droghe, ma anche avere rapporti sessuali non protetti.

### **Gli psicofarmaci non prescritti: il sottile confine tra terapia e sballo**

Se l'assunzione di sostanze illegali coinvolge in particolar modo il genere maschile (29% contro il 22% delle coetanee), anche se nel tempo tale *gap* si è gradualmente ridotto, quella di *psicofarmaci senza prescrizione medica* riguarda soprattutto le ragazze. Negli ultimi anni si è visto diffondersi sempre più l'uso di farmaci ansiolitici e antidepressivi, di quelli per regolare il peso o il sonno, ma anche di antidolorifici, il cui uso improprio è assimilabile a quello delle sostanze illegali proprio per i loro effetti psicoattivi e potenzialmente dannosi.

Nel 2018 il 9% degli studenti, oltre 220 mila adolescenti, ha utilizzato psicofarmaci non prescritti, e poco più dell'1% li ha utilizzati almeno dieci volte nel corso dell'ultimo mese, con prevalenze che risultano di gran lunga superiori tra le ragazze: rispettivamente circa 12% e 2% contro il 5% e 1% dei coetanei.

In linea con quanto riportato nell'ultimo Rapporto dell'Osmed sull'uso di farmaci (AIFA, 2019), a essere assunti sono soprattutto i farmaci per rilassarsi e per l'insonnia (6%), seguiti da quelli per regolare l'umore (antidepressivi 2%), per l'iperattività e per le diete (anoressizzanti) - entrambi poco più del 2% -. Secondo quanto riferito soprattutto da chi li ha utilizzati, si tratta di farmaci facilmente reperibili in casa propria ma anche online, presso farmacie virtuali, senza alcuna garanzia sulla qualità e l'origine del prodotto. Nell'ambito ricreativo e nei pattern di consumo giovanili, soprattutto maschili, l'uso non prescritto di psicofarmaci è frequentemente associato alle abbuffate alcoliche (*binge drinking*) e all'assunzione di cannabis, spesso con lo scopo di sperimentare nuovi *mix* di sensazioni o di perseguire una percezione falsata della realtà. Se infatti le ragazze mostrano un uso improprio di farmaci per scopi di autocura, per alleviare dolore e malessere, i ragazzi sono maggiormente interessati all'aspetto ricreationale e dagli effetti derivanti dal misuso stesso (McCabe & Body, 2012; Tapscott & Schepis, 2013). Denominatore comune è la propensione ad assumere principi attivi (in questo caso medicinali) per gestire il proprio malessere fisico e psicologico: il confine tra sostanze illecite e sostanze lecite, in grado di alterare lo stato mentale, diventa, allora, molto sottile.

### **Altri consumi d'azzardo: alcol e gioco d'azzardo**

Gli eccessi alcolici, ubriacature e "binge drinking", non possono essere tralasciati se si vuole comprendere e analizzare il mondo dei consumi d'azzardo giovanili. Generalmente è con l'alcol che si prova per la prima volta un'esperienza psicoattiva, "uno sballo": il 39% degli studenti si è ubriacato almeno una volta nel corso della propria vita, ha cioè

bevuto tanto da camminare barcollando, vomitare o non riuscire a parlare correttamente, e il 10% lo ha fatto nell'ultimo mese, senza alcuna differenza tra maschi e femmine. Se si considerano le abbuffate alcoliche, il cosiddetto "binge drinking", allora le prevalenze aumentano: infatti il 35% riferisce di aver bevuto 5 o più drink alcolici di seguito, in una stessa occasione e in un arco temporale ristretto, almeno una volta nell'ultimo mese e a farlo sono stati soprattutto i ragazzi, 38% contro 31% delle ragazze.

E in questo scenario, non può mancare il gioco d'azzardo, il *gambling*, praticato sia all'interno di esercizi pubblici sia nell'intimità di casa propria: nel 2018 sono circa un milione (40%) gli studenti che hanno giocato somme di denaro, in particolar modo i ragazzi (50% contro il 30% delle ragazze). Grattini, lotterie a vincita immediata e scommesse, soprattutto sportive, ma anche giochi con le carte e New Slot/VLT attraggono i giovani giocatori, anche minorenni: il 37% ha, infatti, giocato d'azzardo durante l'anno. Nella generazione dei nativi digitali, connessi full-time "h24" e "7 giorni su 7", non può mancare il gioco d'azzardo online, praticato accedendo alla rete Internet, prevalentemente attraverso uno smartphone, nel caso dei minorenni utilizzando un "falso profilo" o prendendo "a prestito" quello di un maggiorenne (genitori, fratelli, amici). Il 9% degli studenti ha scommesso soldi nel mondo virtuale, soprattutto i ragazzi (15% contro 3% delle ragazze), in misura abbastanza simile tra maggiorenni e minorenni, rispettivamente 10% e 8%. Dall'ultimo studio ESPAD®Italia si osserva, inoltre, che per il 13% circa dei giovani giocatori il gioco è definibile "a rischio" e per quasi il 7% è "problematico": nel complesso, per quasi un giovane giocatore su 5 il gioco è definibile a rischio o problematico, cioè l'8% di tutti gli studenti (giocatori e non). A questo proposito è importante rilevare che la quota di giocatori a rischio/problematici nel tempo si è gradualmente ridotta, nel 2008 i giocatori a rischio/problematici erano il 26%, facendo presupporre che le crescenti attività di prevenzione e le campagne informative messe in atto in questi anni, anche attraverso lo stanziamento di fondi statali specifici, hanno sortito effetti positivi.

## Conclusioni

Rilevare gli elementi quantitativi relativi al numero di persone coinvolte nei comportamenti di sperimentazione, consumi recenti, usi problematici delle diverse sostanze psicoattive e dei comportamenti "*sine substantia*", analizzare le caratteristiche e monitorare l'evoluzione temporale dei pattern di consumo: sono i contributi che la ricerca epidemiologica fornisce per la lettura esaustiva delle dinamiche sociali emergenti. Comprendere in anticipo quali potrebbero essere le tendenze future e i fenomeni sui quali porre particolare attenzione, potrebbe infatti essere il modo migliore per programmare e preparare un'offerta adeguata e rispondente ai bisogni e alle priorità dei consumatori. Si dovrà pensare, ad esempio, a una programmazione degli interventi e dei servizi anche di tipo innovativo e non convenzionale, basata sull'utilizzo di nuove tecnologie e di nuovi approcci relazionali, che siano in grado di agganciare e di prendere in carico una gene-

razione cresciuta “nella rete”, e a interventi di prevenzione quanto più possibile precoci e coinvolgenti l’intero sistema “collettività”, famiglia, adulti, pari, scuola, agenzie formative ed educative, nell’ottica di costruire una rete alternativa, un network di sostegno e di accompagnamento.

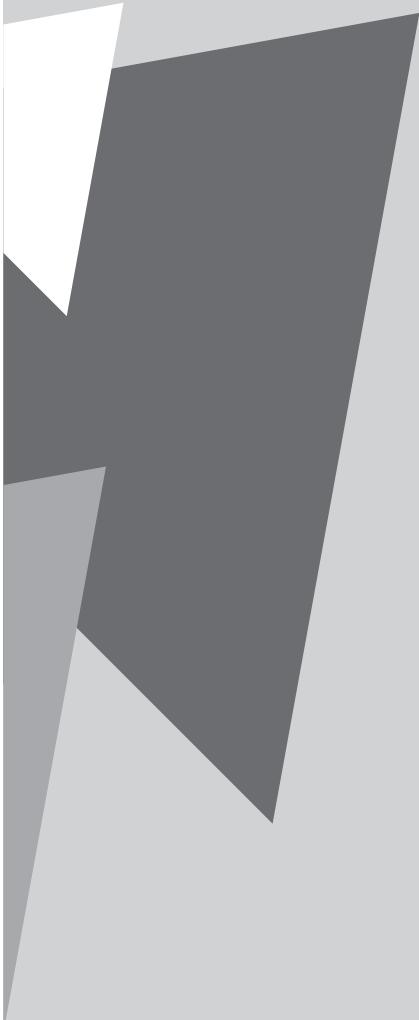
## Bibliografia

AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco – Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali (2019). *L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2018.* [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto\\_OsMed\\_2018.pdf/c9eb79f9-b791-2759-4a9e-e56e1348a976](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto_OsMed_2018.pdf/c9eb79f9-b791-2759-4a9e-e56e1348a976)

McCabe SE & Boyd CJ (2012). *Do motives matter? Nonmedical use of prescription medications among adolescents.* Prevention Researcher, 19(1):10-12

Tapscott BE & Schepis TS (2013). *Nonmedical use of prescription medications in young adults.* Adolesc Med State Art Rev;24(3):597-610





## AZIONI DEL PROGETTO

### Attività di formazione

## AZIONI DEL PROGETTO - ATTIVITÀ DI FORMAZIONE / 1

# La formazione: dove siamo

A cura di Stefano Regio, Rita Gallizzi e Vincenzo Martinelli

Da decenni gli interventi di RdD e di RdR realizzati nelle diverse regioni italiane non hanno una programmazione chiara e una definizione dal punto di vista delle metodologie, degli obiettivi e degli strumenti. Questo rende di fatto tali esperienze discontinue e fortemente esposte all'autoreferenzialità. Una situazione di strutturale precarietà ha prodotto effetti eterogenei: da una parte ha consentito una libera sperimentazione e un progressivo riaggiustamento delle pratiche operative, favorendo la possibilità di adattare continuamente la metodologia alla forte mutevolezza del fenomeno dei consumi; dall'altra ha rivelato la totale assenza di percorsi di stabilizzazione degli interventi di RdD e RdR e del personale impegnato nelle diverse regioni.

Tutto ciò ha contribuito a indebolire la capacità di rappresentare e comunicare il valore e l'efficacia degli interventi rallentandone la visione laica e professionale. L'inserimento della RdD nei Livelli essenziali di assistenza nel 2017 e l'avvio in alcune regioni di percorsi finalizzati all'accreditamento delle attività possono rappresentare novità utili ad aprire un confronto volto all'individuazione di un minimo comune denominatore tra le diverse regioni sulle diverse tipologie di servizi da prevedere e sulle modalità da adottare per avviare e concludere i percorsi di stabilizzazione dei servizi nei diversi territori. È evidente quanto sia indispensabile la programmazione di formazione congiunta per gli operatori – del pubblico e del terzo settore, e nelle diverse regioni – per favorire standard condivisi di intervento. Nelle riflessioni interne alle équipe dei progetti e nelle rare occasioni d'incontro e/o formative precedenti all'attivazione del progetto PAS<sup>1</sup>, i temi che gli operatori fanno emergere come bisogni formativi e di approfondimento sono molti, ed emerge anche una necessità di maggior condivisione degli strumenti sia operativi sia del sistema della raccolta dei dati e della valutazione di outcome, output e anche dell'impatto sociale degli interventi realizzati.

La forte esigenza di formazione sul tema è stata anche di recente confermata nella Relazione sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2019 per quanto riguarda i servizi pubblici regionali. La relazione ha infatti indagato la richiesta di interventi formativi sulle tematiche relative alle prestazioni di RdD in 16 regioni registrando una mancanza e una

<sup>1</sup> Per la parte formativa durante il progetto PAS sono stati organizzati l'equivalente di 30 moduli formativi (per più di 120 ore totali), che hanno interessato circa 1000 persone fra operatori del settore pubblico e privato, rappresentanti delle istituzioni, decisori politici, esperti di comunicazione, referenti territoriali del terzo settore. Tutti i programmi ed i materiali prodotti sono disponibili sul sito del Cnca, [www.cnca.it](http://www.cnca.it)

richiesta di formazione eterogeneamente distribuita. Il progetto PAS ha permesso di sviluppare momenti formativi su tutto il territorio nazionale, che hanno toccato 16 città. Di questi alcuni si sono concentrati sul tema della RdD nel contesto del Chemsex e dei contesti legati alle case di accoglienza per persone con HIV.

La programmazione è partita anche considerando due grandi premesse emerse come esigenze da parte degli operatori che lavorano nel settore della Riduzione del Danno. Da una parte la necessità di evidenziare il valore della "cura" rivolta ai gruppi e ai contesti -oltre che ai singoli- al di fuori di una cornice di esplicita malattia: come arrivare cioè a riconoscere le "relazioni di cura" e la loro significatività senza l'ausilio del paradigma del trattamento di una patologia. E dall'altra il riconoscimento dell'essenzialità del lavoro di rete con gli attori sociali e istituzionali del territorio (fino alle forze dell'ordine), e le difficoltà quotidiane nell'attivarla -quando necessario- in assenza di un "paziente" riconoscibile dal sistema dei servizi, considerando l'assenza di diagnosi o di procedure di emergenza codificate e condivise.

In considerazione di questo i momenti formativi curati dal Cnca sono stati programmati sempre a partire dall'analisi del territorio di riferimento, al fine di valutarne attentamente i bisogni e individuare in maniera specifica i temi da approfondire, coscienti che la situazione di partenza è molto diversa tra le regioni italiane, sia come esperienza nel settore sia come tipologia di servizi e prestazioni erogati. I seminari hanno puntato a generare benefici per diverse tipologie di destinatari, in particolare per gli operatori professionali dei servizi pubblici e privati che lavorano con gli adolescenti, i giovani e le dipendenze patologiche, ma anche per i referenti politici e tecnici delle istituzioni locali, gli esperti di comunicazioni e i mass media locali (attori fondamentali per la diffusione di informazioni corrette sul fenomeno).

La struttura dei moduli formativi ha pertanto privilegiato uno schema di lavoro flessibile, finalizzato a generare apprendimenti relativamente al fenomeno del consumo – abuso di sostanze, alla natura dei contesti di intervento, agli strumenti di lavoro e alla comunicazione, nonché gli elementi necessari per la programmazione locale. Nella definizione dei temi da affrontare la rappresentazione del fenomeno relativa ai comportamenti di consumo territoriali è fondamentale per conoscere la diffusione delle sostanze, le frequenze, le modalità di assunzione, i rischi per la salute e la vita sociale delle persone che assumono sostanze. È per questo che in quasi tutti i momenti formativi ci sono state relazioni a cura dei rappresentanti del Consiglio Nazionale delle Ricerche che hanno fornito il quadro dei dati provenienti dagli osservatori nazionali e territoriali sul fenomeno.

Dati essenziali per creare le premesse utili alla possibile implementazione di interventi a livello locale o a potenziare e sviluppare ulteriormente progettazioni già in essere.

Inoltre l'analisi dei contesti di intervento ha risposto alla duplice necessità di creare e

sviluppare prossimità alle situazioni di consumo/abuso di sostanze per “essere lì dove le cose accadono” e allo stesso tempo implementare e sviluppare alleanze e collaborazioni con i differenti attori e reti di riferimento territoriali. L'intervento di Riduzione Del Danno richiede infatti un approccio multidimensionale che sappia integrare il sociale al sanitario, visioni e osservatori differenti. Questi aspetti sono stati affrontati nei seminari dai referenti locali delle organizzazioni del terzo settore, dai referenti dei servizi locali, delle istituzioni, spesso ingaggiando confronti e discussioni nella forma di tavola rotonda. Molto utili risultano anche essere i risultati delle ricerche etnografiche supportate dal progetto, la cui restituzione è stata promossa nella rete sia attraverso interventi nei momenti di formazione dedicata, che attraverso la diffusione tramite newsletter ed invii con posta elettronica mirati.

Sono stati inoltre organizzati alcuni momenti specifici di restituzione e confronto diretto fra operatori e ricercatori delle reti coinvolte nel progetto. Per la parte tecnico pratica si è dato spazio ad operatori e responsabili di servizio esperti. La formazione non ha potuto prescindere dalla consapevolezza che, nel bagaglio culturale di un operatore nel campo della Riduzione del Danno, un ruolo fondamentale riveste la conoscenza degli strumenti di lavoro: i materiali di comunicazione relativi al dispositivo di intervento, alle sostanze, agli effetti ricercati e ai comportamenti a rischio, alle risorse/servizi territoriali; i materiali di profilassi per la tutela della salute del singolo e della comunità; la capacità di distinguere i profili di rischio degli interlocutori, indagando in modo anonimo i suoi stili di vita e di consumo, al fine proporre scelte adeguate e consapevoli; la pratica del drug checking per conoscere le sostanze e restituire, quando possibile, una informazione responsabilizzante sui rischi specifici.

Esito del percorso, oltre alle indicazioni pratico tecniche per gli operatori, è un quadro di elementi utili per la programmazione dei servizi territoriali che il Cnca porta in dote ai decisori politici, ovvero:

- la contemporanea applicazione di strategie miste, considerando sempre il contesto di intervento nel suo insieme;
- la strutturazione di un contesto organizzativo e di governance che accompagna, indirizza, connette l'area delle politiche (reti, tavoli, organizzazioni) e l'area delle pratiche;
- la presenza di strategie che devono essere interconnesse e contemporanee, ovvero quella sanitaria insieme a quella sociale – informativa e di sensibilizzazione - strategie educative e formative;

- la necessità di agire su più focus: destinatari diretti, comunità locali (compresa la famiglia) e le reti territoriali (intese nel senso più inclusivo del termine);
- un sistema di monitoraggio e valutazione che, nell'interrogarsi sui processi e sugli esiti, abbia elementi di progettazione e di programmazione;
- la capacità di proporre un sistema che abbia servizi più accessibili, flessibili e adattabili alla fluidità del contesto contemporaneo;
- la strutturazione di strumenti per riuscire a misurare in modo documentato e credibile l'effettivo impatto sociale degli interventi di RdD e RdR.

# I momenti formativi delle Case di alloggio per persone con HIV/AIDS

a cura di Paolo Meli, presidente di CICA

Le risorse messe a disposizione dal progetto PAS sono state impiegate per promuovere due momenti formativi residenziali: a Napoli (dal 23 al 25 ottobre 2019) e a Cremona (6 e 7 novembre 2019). Gli incontri hanno provato a tradurre la tematica nella quotidianità del servizio di accoglienza e accompagnamento offerto dalle Case alloggio a persone con HIV/AIDS caratterizzate da multiproblematicità e cronicità.

Al primo percorso, hanno partecipato circa 80, tra responsabili ed operatori, provenienti da circa 30 strutture diverse aderenti al Coordinamento italiano delle case alloggio per persone con HIV/AIDS.

Il seminario residenziale di Napoli, titolato “La Strada di Casa”, si è proposto di offrire uno spazio di confronto attorno ai percorsi di accompagnamento in casa alloggio, con un focus su cronicità e nuove dipendenze, strategie di recupero o obiettivi di riduzione del danno. Nelle case alloggio si sperimenta quotidianamente la fatica di accompagnare persone che vivono situazioni di dipendenza, di sostenere in qualche modo le cronicizzazioni e di proporre percorsi farmacologici e terapeutici senza essere comunità terapeutiche.

Quando il malessere esistenziale si manifesta in vecchie e nuove forme di addictions, che a loro volta tendono a cronicizzarsi, le case sentono il bisogno di trovare soluzioni nuove, risposte diversificate. Il seminario ha aiutato riflettere su come fronteggiare nuovi e antichi malesseri in chiave terapeutico-riabilitativa, ove possibile, ma anche nell’ottica della riduzione del danno, per riportare l’altro sulla strada della propria vita, rispettandone limiti e tempi.

Non da ultimo, si è dato valore al compito di sostenere la “retention in care” di persone che, fuori da contesti protetti, ma anche sufficientemente elastici come le case alloggio, rischiano di non riuscire ad assumere le terapie con la necessaria costanza, con lo scopo, oltre di garantire un minimo benessere psicofisico della persona, di mantenere una carica virale non rilevabile eliminando la possibilità di trasmissione dell’infezione.

Il secondo intervento ha coinvolto circa 30 responsabili e operatori provenienti da una dozzina di strutture e ha affrontato la medesima tematica con un affondo particolare sulla capacità di stare nei conflitti. Il lavoro di tutti coloro che operano nei contesti di cura è basato fondamentalmente sulla relazione tra le persone. Il conflitto è un momento naturale di questa relazione, quando bisogni contrastanti cercano un incontro. È importante, quindi, acquisire una base di competenze di mediazione dei conflitti, per facilitare la comunicazione tra e con gli ospiti e per rendere più agevole ed efficace la propria attività di supporto.

# La formazione di Arcigay sul chemsex

a cura di Filippo Nimbi, ricercatore e psicologo del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma, e Michele Lanza, responsabile Progetto Chemsex (Riduzione del rischio biologico) ASA - Associazione Solidarietà AIDS Milano

## Un fenomeno complesso

Il chemsex (l'assunzione di sostanze - metamfetamina, mefedrone, GHB, e simili - con lo scopo di amplificare e modulare le sensazioni e in particolare il piacere che deriva dall'esperienza sessuale) è una pratica che si sta diffondendo sempre più, con possibili conseguenze sul fronte della salute, sia per l'assunzione di sostanze, sia per la trasmissione di malattie per via sessuale, come hiv ed epatiti. Dagli studi a disposizione risulta che il chemsex è entrato a far parte dello stile di vita di una porzione non trascurabile di MSM<sup>1</sup> italiani. Si tratta di un fenomeno complesso, che non può essere affrontato, conosciuto e trattato solo seguendo le conoscenze sviluppate con l'uso di sostanze registrato nel passato, né considerandolo solo un "altro modo di fare sesso tra maschi".

Nell'ambito del progetto "PAS - Principi Attivi di Salute. Strategie per la prevenzione, la riduzione del danno ed il contrasto alla diffusione nei consumi e abusi di sostanze psicoattive e NPS da parte di giovani e adulti", ha inteso capitalizzare le ricerche in essere, anche a livello europeo, e ha progettato un corso di formazione su Chemsex e riduzione del rischio con l'obiettivo di fornire conoscenze sul fenomeno, sulle politiche di riduzione del rischio, sulle sostanze coinvolte nel chemsex, sugli effetti sulla sessualità e sui concetti di sessualità positiva.

## Moduli della formazione ideata da Arcigay

La formazione prevede tre moduli formativi da quattro ore ciascuno. La struttura propone la trattazione dei seguenti temi.

Modulo 1 – Descrizione ed epidemiologia del chemsex

1. Presentazione del Progetto PAS e illustrazione dei dati di ricerca sul chemsex italiano
2. Definizione del fenomeno, estensione e rischi connessi
3. Sostanze usate e pattern d'uso nel chemsex

---

<sup>1</sup> Maschi che fanno sesso tra maschi

## Modulo 2 - Aspetti biologici e comportamentali

- 1.** Attività biologica centrale e periferica delle sostanze coinvolte nel chemsex
- 2.** Rischi e danni specifici associati alle sostanze
- 3.** Buone prassi comportamentali per la prevenzione e la Riduzione del Danno (RdD)

## Modulo 3 – Aspetti psicologici e trattamento

- 1.** Motivazioni alla base dell'uso di sostanze per migliorare e prolungare la sessualità con le sostanze.
- 2.** Chemsex ricreativo e problematico: ipotesi scientifiche per una classificazione
- 3.** Approcci di trattamento per il chemsex problematico: modello della Positive Sexuality e trattamento per il Sober Sex

I contenuti sono stati selezionati per cercare di dare un'idea complessiva del fenomeno partendo da aspetti contestuali (come dati epidemiologici e fenomenologici), focalizzandosi su una spiegazione degli aspetti biologici alla base dell'azione delle diverse sostanze coinvolte e su un focus degli aspetti psicologici e motivazionali che possono spingere un MSM ad avvicinarsi a questo comportamento, senza tralasciare i rischi e le azioni comportamentali atte a ridurne i danni. Per completezza, si è voluto anche dare un quadro di quelle che sono le posizioni scientifiche internazionali in tema di uso ricreativo e problematico delle sostanze e dei trattamenti ad oggi disponibili e diffusi in altri contesti (es. inglese e americano) dove il chemsex è una realtà ampiamente riconosciuta e, già da alcuni anni, sono attivi servizi specifici ed efficaci di RdD.

Il percorso è stato progettato e condotto dai formatori Filippo Maria Nimbi e Michele Lanza che hanno messo le loro conoscenze e competenze al servizio del progetto, e ripetuto i moduli in cinque città (Milano, Roma, Bologna, Verona e Palermo). La formazione è stata rivolta a volontari dell'associazione Arcigay LGBT+ e a operatori della salute (psicologi, medici, infermieri, operatori delle tossicodipendenze...), a vario titolo interessati a questo tema. Nelle cinque edizioni sono stati raggiunti un totale di circa 60 persone.

In generale, il corso di formazione ha ricevuto feedback molto positivi, suscitando l'interesse e la partecipazione attiva degli iscritti. E' stata sottolineata l'importanza di parlare di questo tema e l'insufficienza di informazioni disponibili sul territorio italiano. Inoltre, gli stessi operatori confermano l'ampia diffusione del fenomeno anche nelle realtà più piccole, con cui sono entrati in contatto per esperienza personale o tramite la loro attività professionale e/o di volontariato.

I contenuti affrontati sono stati ritenuti efficaci e capaci di dare una visione globale e particolareggiata sul chemsex. Uno degli elementi che sicuramente necessita di una

maggiori implementazioni sono lo sviluppo di una strategia di RdD adattata ai pattern specifici della realtà italiana del chemsex. Ad esempio, grazie ai risultati emersi dallo studio di Arcigay condotto all'interno di questo progetto, una RdD efficace in Italia deve includere anche la cocaina basata e i suoi effetti/meccanismi di azione ed essere indirizzata a un'ampia fascia della popolazione MSM (anche under 25). Gli interventi devono essere concentrati in quei luoghi e nei party che sono gli anticipatori delle sessioni di chemsex (party per soli uomini e cruising). Inoltre, gli interventi di RdD devono trovare uno spazio anche nelle comunicazioni online, attraverso le app di incontro che rappresentano il veicolo principale di organizzazione delle sessioni di chemsex.

### Cosa occorre per una formazione adeguata

La formazione rimane, però, a un livello embrionale, è basata sulle buone prassi, su dati scientifici esteri e sugli iniziali dati statistici raccolti in Italia. Sicuramente un adattamento sistematizzato al contesto italiano, seguito dall'esperienza sul campo, aiuterà a migliorare l'impatto di questa formazione per l'intervento RdD. Nello specifico, le linee guida internazionali suggeriscono l'efficacia di servizi di rete che integrino l'expertise delle strutture che si occupano di tossicodipendenza con quelle che si occupano della salute LGBTQI+. Da questa sinergia può nascere un movimento di accoglienza e di riconoscimento di una tematica che non riguarda esclusivamente droghe o comportamento sessuale, ma ha delle caratteristiche proprie che necessitano di essere ascoltate e comprese. Ad esempio, negli ultimi anni nel Regno Unito, il consumo delle sostanze e i rischi associati sono diminuiti significativamente in quei soggetti che sono entrati in contatto con servizi dedicati al chemsex e hanno familiarizzato con le pratiche RdD (Sewell et al., 2019).

Più in generale, si evidenzia nel nostro paese la necessità di un maggiore riconoscimento da parte delle istituzioni e degli stakeholder dell'utilità e dell'efficacia delle pratiche di RdD, che negli altri paesi europei hanno aiutato efficacemente a contrastare i danni di questo e altri fenomeni di rischio. In parallelo, la ricerca dovrebbe muoversi verso una maggiore chiarezza delle differenze che caratterizzano un utilizzo ricreativo della sostanza da quello che ha un serio effetto sulla qualità della vita della persona (chemsex problematico).

Sebbene l'associazione tra uso di sostanze stupefacenti e comportamenti a rischio nella popolazione MSM sia stata documentata da un corpus scientifico consistente, la natura e i pattern del chemsex sono ancora poco conosciuti (Bourne & Weatherburn, 2017). Rispetto alle applicazioni future, i risultati di questo progetto potrebbero porre le basi scientifiche per programmi specifici di prevenzione e di RdD, migliorare la fase di individuazione e screening di problematiche relative all'abuso di sostanze nel contesto MSM

e promuovere un avanzamento nel trattamento integrato per il chemsex problematico. Il chemsex riguarda la comunità MSM e comporta l'uso di sostanze psicoattive legate alla vita sessuale. Gli interventi di riduzione del danno devono essere sviluppati tenendo conto della specificità della sessualità degli MSM, evitando l'assimilazione con il trattamento delle tossicodipendenze (principalmente da oppiodi). La formazione deve portare a distinguere fra riduzione del rischio per eventi tossici acuti nel chemsex ricreativo e la riduzione del danno nel chemsex problematico (principalmente causato da tossicità cronica ed eventi dannosi psicosociali).

### Risultati della formazione

Le persone che seguono la formazione chemsex hanno un giudizio strutturato su uso e abuso delle sostanze psicoattive e ne propongono la conferma al gruppo. Il superamento del pregiudizio sul chemsex richiede uno sforzo di riconoscimento della paura dell'uso delle sostanze (che porta a negare il chemsex ricreativo e a valutare in primo luogo il chemsex problematico) e una riflessione sulla sessualità nei suoi aspetti qualitativi. Le informazioni fornite nel primo giorno incontrano difese e resistenze, spesso non espresse, che vengono superate in modo congruo dal gruppo, riprendendo i concetti di riduzione del danno durante la seconda giornata. Articolare il corso su due giornate è una scelta vincente.

I principi attivi di salute da attivare si articolano su due livelli: intervento di sostegno e di soccorso in presenza di aspetti di tossicità acuta principalmente dovuti a sovradosaggio rispetto alla dose ricreativa desiderata; prevenzione di comportamenti a rischio dovuti all'uso cronico e problematico delle sostanze.





## AZIONI DEL PROGETTO

### Interventi territoriali

# Punti di forza degli interventi territoriali del progetto PAS

a cura di Alberto Barni

Esiste un forte limite nei servizi di riduzione del danno in Italia legato a un assetto disomogeneo sul territorio nazionale: abbiamo toccato con mano ancora una volta questa debolezza nel mettere in campo gli interventi territoriali realizzati grazie al progetto PAS. Una debolezza che, però, è diventata punto di forza degli interventi che hanno avuto la peculiarità di adattarsi alla conformazione dei territori, alle esigenze del target e alle culture giovanili delle differenti aree geografiche.

Non si è proceduto infatti mettendo in atto una standardizzazione, ma i gruppi del Cnca, che hanno accettato questa sfida, hanno dovuto e potuto accompagnare processi di lavoro che hanno permesso apprendimenti e scambi di buone pratiche adottando metodi e tempi differenti.

Gli interventi nell'ambito del progetto PAS hanno interessato territori in 16 Regioni per un totale di 55 interventi, si sono articolati con presidi sociali attivi in contesti urbani ricreativi connotati dalla presenza di comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol e sostanze. La presenza di operatori competenti ha consentito di attivare azioni di outreach di limitazione dei rischi fornendo un supporto adeguato alle diverse situazioni e alla tipologia del target.

I setting di intervento sono stati diversi fra cui: contesti urbani di divertimento notturno, grandi eventi musicali in luoghi attrezzati, rave parties non autorizzati, eventi a numero chiuso in locali privati, grandi eventi a valenza nazionale (gaystreet parade). La tipologia di utenza è stata per la stragrande maggioranza composta da giovani sotto i 30 anni di età (spesso indicata nella fascia di età fra i 18 ed i 26 anni), ma non sono mancati contatti con ultracinquantenni. La maggior parte delle équipe di intervento si sono avvalse di automezzi mobili adeguatamente attrezzati, allestendo spesso in loco degli spazi aggiuntivi dedicati al chill-out, ai colloqui riservati, all'eventuale drug checking. Così gli operatori sono entrati in contatto con più di 15.000 persone, ed hanno erogato più di 17.000 prestazioni.

Le azioni attivate sono state:

- Distribuzione di materiale informativo sui rischi/danni correlati all'uso di sostanze (infezioni quali HCV, HBV, HIV, I.S.T., overdose etc...)
- Distribuzione di presidi sanitari, test etilometrico.
- Contatto e aggancio finalizzati alla definizione del possibile rischio e delle prime risposte/opportunità immediatamente realizzabili.
- Attività di ascolto, consulenza e colloqui individuali finalizzati all'orientamento e al possibile utilizzo del sistema dei servizi congrui ed adeguati alle necessità della persona e del suo contesto di vita.
- Allestimento di spazi (Chill out) di decompressione e primo soccorso durante lo svolgimento di eventi.
- Accompagnamenti individuali in situazioni di particolare disagio e difficoltà alle unità di offerta territoriali a carattere sociale e socio sanitario, finalizzati ad una presa in carico mirata.
- Ingaggio e coinvolgimento di gruppi di operatori "pari". Gli interventi di Riduzione del Danno/Limitazione dei rischi riconoscono una grande importanza alle competenze e all'attivazione di persone che usano sostanze e all'approccio proattivo di promozione della salute, che si basa sul coinvolgimento attivo dei destinatari e dell'intera comunità locale.
- Lavoro in strada, nei luoghi di ritrovo pre-serata dei giovani che frequentano contesti aggreganti, legali e illegali, sui fattori di rischio che possono indurre a trasformare il divertimento in percorsi pericolosi sia per i partecipanti che per la cittadinanza nel suo complesso.
- Lavoro di negoziazione e di mediazione sociale dei conflitti
- Costruzione di protocolli con gestori dei locali e organizzatori di eventi

Durante gli interventi 226 persone sono state indirizzate verso i servizi socio sanitari del territorio per una eventuale presa in carico, mentre gli interventi sanitari sul posto (gestiti in autonomia o in collaborazione con i servizi di pronto intervento sanitario presenti) sono stati circa 280.

## **Il lavoro di Rete**

Negli interventi attivati nei territori particolare importanza ha rivestito il lavoro di rete finalizzato a migliorare l'ingaggio, il coinvolgimento e la collaborazione tra enti e istituzioni (Privato sociale, Forze dell'Ordine, Enti locali, SerD, Comitati di cittadini) in una logica di governo del fenomeno. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di rafforzare l'interazione tra i diversi soggetti. Attraverso gli interventi territoriali è stato certamente rinforzato il senso di appartenenza e la coesione tra gruppi del Cnca valorizzando le specificità di ruolo e di funzione di ogni organizzazione coinvolta. Ma soprattutto si è sviluppato un confronto tra le diverse metodologie di intervento sulla base delle evidenze emergenti dalle realtà operative sul campo. Confronto molto difficile fuori da progettazioni ad hoc, considerando la frammentarietà con cui questo tipo di servizi è distribuito sui diversi

territori, e lo scarso riconoscimento dell'importanza della RdD per le politiche socio sanitarie locali che caratterizza ancora troppe istituzioni locali.

I momenti di confronto sul campo sono stati una valorizzazione delle iniziative di formazione promosse dal progetto, che ha permesso di potenziare le competenze individuali e organizzative rispetto alla cooperazione tra enti e organizzazioni differenti.

L'esigenza di modulare e riformulare gli interventi dettata dalle effettive esigenze territoriali e di utenza, non dovrebbe essere influenzata da fattori di resistenza dettati da istituzioni locali o da fenomeni di ostilità culturale ispirati a volte a mero calcolo politico che rischiano di limitare l'efficacia, a volte essenziale, delle prestazioni di RdD. È aspirazione del Cnca fare in modo che servizi, azioni e prestazioni siano disponibili su tutto il territorio nazionale secondo la proposta delle Linee di Indirizzo per i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi pubblicata in appendice al presente volume.

# I progetti di prossimità e le attività di outreach

a cura di Lorenzo Camoletto

Ci sono spazi in cui i progetti di prossimità e le attività di outreach (quelle che vanno a incontrare i target possibili nelle loro condizioni di tempo e di luogo) possono dimostrare le massime potenzialità. Come gli eventi musicali e il “loisir” (il contesto di divertimento) giovanile. Operare nel contesto permette diverse azioni: l’osservazione in tempo reale dei fenomeni, le azioni di riduzione dei rischi, la relazione, l’empowerment e la mediazione con i vari attori della scena (frequentatori, organizzatori, servizi sanitari, security, forze dell’ordine...).

Sono molte decine le unità mobili attive in Italia, sono presenti in quasi tutto il territorio nazionale, ma più capillarmente diffuse nel centro-nord. In gran parte fanno capo a soggetti appartenenti al Cnca.

Ma, nonostante la diffusione, sono progetti con forti limiti di intervento di carattere temporale e geografico: sono in genere finanziati per poche ore di intervento e sono legati al contesto territoriale di riferimento del committente (asl/serd locale o consorzi di municipalità). Per lo più, quindi, sono interventi rivolti alla riduzione del rischio di incidenti stradali legati all’abuso di alcol, in pochi locali e/o negli spazi di movida.

## **I contesti: grandi eventi e “freeparty”**

Organizzare, invece, un intervento di riduzione dei rischi nell’ambito dei grandi festival, che durano più giorni e attraggono migliaia di frequentatori provenienti da tutto il territorio nazionale e spesso anche dall’estero, è fuori portata per le risorse della maggior parte delle unità mobili, che possono rispondere al meglio in contesti così sfidanti solo alleandosi fra loro con la costruzione di équipe congiunte per le singole occasioni.

Ancora più limitanti si rivelano i vincoli territoriali e temporali nel caso dei “freeparty”, per i quali è ignoto fino all’ultimo minuto il luogo di svolgimento, e anche possibile che la stessa collocazione si sposti di centinaia di chilometri rispetto a quella prevista, magari oltre i confini regionali di competenza delle unità mobili che, in questo caso, sono costrette ad annullare l’intervento.

I più significativi fra questi eventi durano ininterrottamente più giorni, raccolgono migliaia di partecipanti e non hanno la copertura sanitaria formale degli eventi legali. I progetti di outreach che si propongano di intervenire in contesti simili devono dunque poter con-

tare su risorse umane e materiali adeguati, per quantità, competenza e flessibilità e, in una prospettiva ideale, essere capaci di implementare, oltre al banchetto con il materiale info-preventivo, uno spazio chillout presidiato, un presidio di emergenza con personale sanitario dedicato (possibilmente in contatto con il pronto intervento regionale), un monitoraggio periodico degli spazi, un servizio di drug-checking, potendo contare su operatori supplementari per counselling, formazione estemporanea e ricerca (sommestrazione di questionari, interviste, focus Group).

L'intervento nei freeparty è particolarmente importante innanzitutto per la tutela dei partecipanti nel "qui ed ora", ma anche perché l'informalità degli eventi permette un'osservazione di comportamenti e stili di consumo impensabili in altri setting, indispensabile per leggere i fenomeni in tempo reale e permettere di elaborare strategie di prevenzione e riduzione dei rischi efficaci a vasto raggio nel medio e nel lungo termine coinvolgendo tutto il sistema integrato dei servizi.

Si pensi ad esempio anche solamente all'enorme valore potenziale dei dati raccolti con il drug checking per il sistema di allarme rapido nazionale (S.N.A.P. – sistema di informazione in tempo reale su sostanze pericolose circolanti nel mercato delle droghe illegali) ed europeo.

Dispositivi di queste dimensioni sono però fuori portata anche per le principali e più dinamiche realtà italiane che, da tempo si confrontano sulla necessità di costituire reti multi regionali che consentano ampie sinergie. Il limite maggiore per l'implementazione di queste reti è naturalmente quello economico.

Ma non c'è dubbio che un rafforzamento significativo dei servizi di prossimità sia necessaria, forse un tale rafforzamento non avrebbe potuto evitare tragici eventi balzati alla cronaca nazionale, ma abbiamo ragione di pensare che una forte rete di outreach ne potrebbe ridurre l'incidenza.

### **L'esperienza del progetto Pas**

Il progetto Pas, raccogliendo la domanda delle molte équipe di prossimità promosse in ambito Cnca, ha previsto un work package dedicato agli interventi multi territoriali, stanziando un budget che ha permesso di supportare parzialmente il coinvolgimento contemporaneo di due o più équipe provenienti da regioni diverse in dodici grandi eventi legali o informali.

Questo ha permesso di scambiare e armonizzare buone pratiche fra realtà che, pur conoscendosi e stimandosi, non avevano avuto occasione di confrontarsi "sul campo", e ha promosso e consolidato le reti informali fra operatori.

Il progetto ha consentito, soprattutto, di intervenire con maggiore qualità ed efficacia anche in alcune occasioni per le quali, senza questo tipo di supporto, sarebbe stato necessario cancellare l'intervento stesso.

Ecco le azioni nello specifico:

- Coprire eventi che, previsti in una regione, si sono poi spostati in un'altra, grazie al coinvolgimento di progetti che avevano titolarità di intervento in entrambi i territori regionali. Gli interventi sono stati possibili semplicemente scambiando i ruoli fra équipe “ospitante” e ospitata;
- Approntare più turni di lavoro a copertura degli eventi;
- Proporre servizi come il drug checking su più territori condividendo questa pratica fra équipe diverse;
- Riattivare in qualche caso, anche se in modo estemporaneo, servizi di notevole tradizione fermi per mancanza di finanziamenti.

L'esperienza di Pas, pur limitata, ha soprattutto confermato la necessità di dare continuità e risorse alla stabilizzazione di una rete nazionale, non ancora sufficiente, che appare chiaramente indispensabile per far fronte a impegni e a fenomeni di dimensioni nazionali e internazionali per i quali occorrono flessibilità, capacità di innovazione e professionalità in grado di confrontarsi con attori istituzionali e informali che a loro volta si muovono su scale nazionali e internazionali.

Il Cnca può rappresentare da questo punto di vista l'organizzazione “ombrello” indispensabile per raggiungere gli obiettivi sperati.

# Prevenzione ed educazione cruciali per ridurre le infezioni da HIV

a cura di Paolo Melii, presidente di CICA

Premesso che nella mission delle Case Alloggio abitualmente non trovano spazio interventi veri e propri di riduzione del danno, diverse organizzazioni aderenti al CICA hanno sviluppato da tempo un'attenzione particolare a percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione sul tema HIV/AIDS: si tratta per lo più di percorsi in contesti scolastici, di iniziative pubbliche di sensibilizzazione e, a volte, di interventi di informazione in contesti di aggregazione e divertimento. A questi ultimi abbiamo rivolto attenzione, coinvolgendo tre organizzazioni aderenti al CICA (a Bergamo, ad Ancona e a Bari) con l'obiettivo di porre maggiore attenzione al tema della RdD e delle possibili strategie da utilizzare. Tra esse sono state individuate la distribuzione di materiale informativo sul tema delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili, la messa a disposizione del profilattico e la proposta del test rapido per la diagnosi dell'infezione da HIV.

Su HIV/AIDS sembra sceso il silenzio ma ogni anno nel nostro paese tra le 3.000 e le 3.500 persone scoprono di essersi infettate, la gran parte per via sessuale. La maggior incidenza è nei giovani tra i 25 e i 29 anni. Si stima che il numero totale di persone viventi con HIV/AIDS in Italia superi i 130 mila casi: una buona parte, almeno 15 mila, non è consapevole dell'infezione poiché non ha mai fatto il test. Oltre il 60% delle persone che scoprono oggi l'infezione si sono infettate da alcuni anni, ma non sapendolo, non hanno beneficiato delle terapie, al punto che alcune hanno fatto il test solo dopo aver avuto segni evidenti di malattia e, intanto, possono aver infettato altri in modo inconsapevole. Dal momento del contagio alla malattia, in assenza di terapie, possono passare diversi anni, per buona parte senza sintomi particolari.

La ricerca medica ha fatto passi da gigante e l'HIV è diventata una patologia cronica, ben gestibile attraverso farmaci efficaci che garantiscono una buona qualità di vita e che, se assunti e monitorati correttamente, annullano la possibilità di trasmettere l'infezione ad altre persone. Promuovere la prevenzione, educare al test in caso di comportamenti a rischio, mantenere le persone in terapia offrendo supporto sociale e psicologico, è

cruciale e può portare ad una riduzione drastica delle nuove infezioni fino all'azzeramento. Parallelamente, occorre ancora oggi combattere lo stigma e il pregiudizio che, anche in ambito sanitario, circonda tuttora questa malattia ed è tra i fattori che ostacolano il ricorso al test. Dobbiamo e possiamo dare maggior spazio alle politiche di riduzione del danno, soprattutto nei contesti del divertimento e del consumo di sostanze.

La base comune degli interventi realizzati è stata la distribuzione di informativa: in tutti e tre i contesti coinvolti, sono state individuati eventi, con target prevalentemente giovanile, in cui è stato possibile distribuire materiale informativo su HIV e sulle altre IST, con l'obiettivo di far riflettere sul rischio reale di contrarre e trasmettere le infezioni per via sessuale senza esserne consapevoli e sulle possibili conseguenze sulla salute propria e su quella altrui. Un aspetto centrale è stato quello del legame tra "comportamenti a rischio" e uso di sostanze che possono compromettere la capacità di autocontrollo nella sfera sessuale. In buona parte di queste occasioni è stato distribuito, oltre al materiale informativo, il profilattico.

In alcuni interventi, proposti a Bergamo, è stato possibile andare oltre questo livello, aggiungendo l'offerta del test rapido per HIV, proposto in maniera anonima e ovviamente gratuita, accompagnata da un counselling specifico pre test che comprendeva informazioni approfondite, comprese quelle sulla PreP, e l'eventuale counselling post test, con aggancio rapido ai centri di cura, in caso di reattività del test stesso.

# Chemsex: interventi sul campo per promuovere responsabilità e consapevolezza

a cura di Filippo Nimbì, ricercatore e psicologo del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma

Nella sua attività formativa all'interno del progetto PAS, Arcigay ha formato in cinque città (Bologna, Milano, Roma, Verona, Palermo) circa 50 attivisti volontari che sono stati coinvolti in successivi interventi sul campo. La prima azione è stata un'analisi dei luoghi di aggregazione formali e informali, nei quali attivare interventi mirati.

Per poter dare adeguato supporto agli operatori, sono stati coinvolti cinque esperti ai quali è stato dato il compito di coordinare gli interventi nei cinque territori in cui erano presenti operatori Sexperts e personale formato sul tema specifico del Chemsex. Il pool ha affiancato i volontari nelle uscite nei locali. Il lavoro messo in atto è nato dalla scelta di frequentare i luoghi dove si ritrovano MSM e dove si creano le occasioni per praticare il chemsex. Questi setting, dai confini sfumati, richiedono agli operatori di agire un ruolo e una professionalità che deve adattarsi a un contesto fortemente destrutturato in cui mettere in atto azioni di promozione della consapevolezza e della responsabilità rispetto alle pratiche del chemsex.

## I numeri degli interventi

I numeri degli interventi sono così articolati:

- 5 uscite in ogni città, per un totale di 25 interventi
- 3 operatori e un esperto in ogni uscita
- Attività svolta sul campo mediamente per 4 ore a intervento
- 8 persone in media intercettate in ogni uscita.

Dei circa 200 utenti incontrati solo 25 hanno dichiarato di fare uso di sostanze, di questo 5 fanno uso di una sola sostanza, la rimanente parte sono poli-assuntori.

## **Strumenti e attività**

Gli operatori sono stati “allenati” (tramite l'affiancamento e l'osservazione sul campo degli esperti) ad agire un'abilità di instaurare relazioni significative a legame debole, non normative o giudicanti, operando con i materiali di profilassi che divengono gli strumenti per avviare una interlocuzione tesa a favorire la prevenzione, la cura di sé, la riduzione dei rischi.

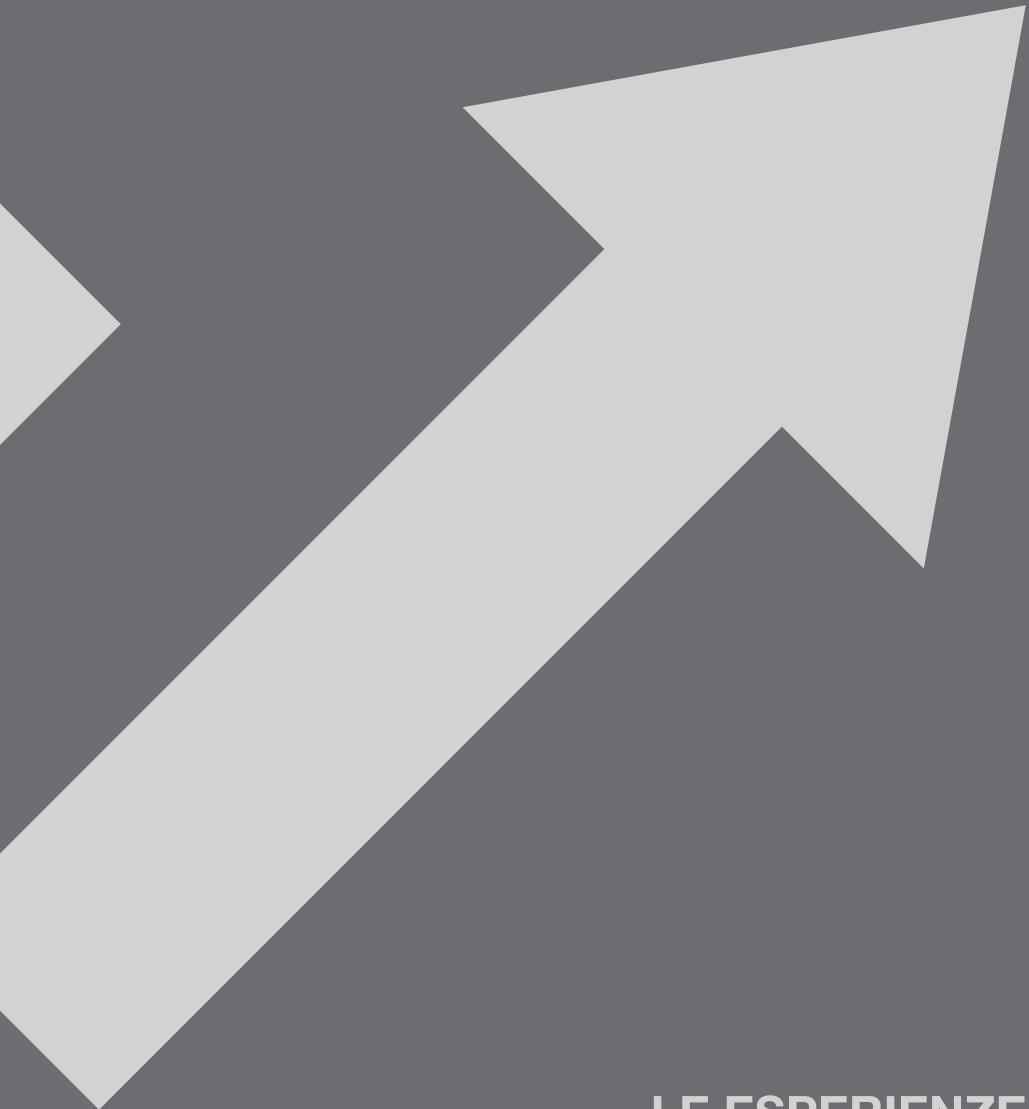
Ad attivare il primo contatto fra l'operatore e chi pratica sono strumenti come il condom, il test, i materiali informativi e dimostrativi, che, poi, diventano strumenti di aggancio per costruire una interazione fra i soggetti in grado di contribuire alla costruzione del legame. Il servizio ha offerto:

- Distribuzione di profilattici
- Informazioni su Sostanze, HIV, MST
- Sostegno psicologico

## **Valutazione**

La valutazione degli interventi è stata fatta attraverso un sistema di monitoraggio attivato direttamente dal pool degli esperti che ha potuto osservare sul campo le attività. Il sistema di valutazione di tipo quantitativo è stato strutturato con report con il quale sono stati restituiti agli operatori feedback sulle attività svolte e sugli gli obiettivi raggiunti. Sono inoltre state effettuate verifiche periodiche interne di monitoraggio degli obiettivi attesi-raggiunti fra le équipe e il pool degli esperti.





**LE ESPERIENZE**

# Operare nel drug checking

a cura di Elisa Fornero e Andrea Albino

Il servizio di drug checking non comincia e si esaurisce nel corso di una nottata, turno o evento. Il servizio di drug checking comincia ben prima e si conclude molto tempo dopo la mera implementazione sul campo. Richiede la disponibilità ad accollarsi un'elevata dose di responsabilità e una preparazione mentale e professionale specifica. L'informazione fornita, nel caso di sostanze note sul campo, non può essere sommaria o approssimativa. Le persone ti vedono al pari dello specialista che consultano in caso di bisogno.

Spesso negli interventi, in quelli più “tranquilli”, mi trovo spesso a ripetere come un mantra le principali informazioni relative alle sostanze tradizionali: “il mercato dell’MDMA in questo momento in Europa registra cristalli di elevata purezza e pasticche molto dosate. Comincia con piccole quantità ecc...” Per quanto ripeto le stesse informazioni, a tratti ho la sensazione di lavorare in un call center. Tuttavia, quello che mi riporta alla realtà e mi fa capire che sono in un setting diverso, sono le reazioni sia verbali che non delle persone che mi trovo di fronte.

Traggo una certa soddisfazione dal vedere come le persone mi guardano in maniera stupita, uno sguardo che sottende anche una certa ammirazione e gratitudine per il servizio che gli sto fornendo. A volte, invece, mi trovo di fronte qualcuno che è ben preparato sulla materia e a quel punto i ruoli s'invertono. Spesso sono io a imparare. Apprendo modi di gestire sia la botta che il down, modalità di aiuto dei propri pari, stili di consumi che variano al variare dell’età e della cultura del divertimento a cui si sente maggiormente di appartenere.

Tutte le volte che torno a casa, dopo un servizio di drug checking, ho la sensazione di essere stata utile, almeno un po’, a qualcuno. Questo ripaga la fatica, il freddo, le ansie e le preoccupazioni. Alcune volte non è possibile dare un risultato alla persona, altre le si restituisce un risultato diverso da quello che si aspettava. Ogni qual volta questa cosa succede, un brivido corre lungo la schiena: sarà semplicemente un problema “chimico” o “tecnico”, di riconoscimento del composto...o siamo in presenza di qualche sostanza

sconosciuta e potenzialmente pericolosa? L'adrenalina, però, non consente all'ansia o alla preoccupazione di manifestarsi e di bloccarmi. Stimola una forza più propulsiva e lucidamente (anche un po' freddamente) mi ritrovo a rimandare il risultato, generalmente con il consiglio di non assumere la sostanza perché potenzialmente pericolosa. Metà delle persone accetta il consiglio, l'altra metà no.

In quest'ultimo caso s'insinuano il dubbio di non aver fatto abbastanza e la frustrazione per i limiti ai quali siamo sottoposti, come il non poter rimanere fino alla fine a un evento. Ma sono sensazioni che ti devi tenere, non c'è modo di risolverle.

L'adrenalina sale ancora di più quando nei contesti vengono diffuse allerte...Come un automa compilo e diffondo con i colleghi foglietti nella festa.

Il fatto di avere un picco di accessi al servizio subito dopo, mi fa capire che a qualcosa sto servendo. Mi fa avere fiducia rispetto alla consapevolezza delle persone che usano sostanze.

La maggior parte delle volte fare drug checking è divertente. A volte additivo, perché non smetteresti mai di testare sostanze, per ore ore ed ore. E quando torno a casa, tra stanchezza e intorpidimento degli arti (non è un lavoro da scrivania...), le mille sigarette fumate, la costante assunzione di caffeina che dopo un po' non fa più effetto, mi ricorda un po' la sensazione di quando torno a casa dopo una bella festa e con i miei amici, ripercorro gli aspetti salienti e divertenti della serata. E attendo che arrivi la prossima occasione.

---

Fare Drug Checking per me è un vero concentrato di esperienze, scoperte ed emozioni. Operare in una piccola provincia, poi, è una sfida continua.

All'inizio ho provato un blocco nel proporlo. Da una parte perché avevo paura di non ricordare reagenti e reazioni, dall'altra perché temevo di risultare io più interessato all'analisi che gli stessi consumatori. Temeva di proporre una pratica nuova e scoprire disinteresse. In effetti, soprattutto nei contesti nuovi, c'è sempre un po' la paura che nessuno abbia il coraggio di venir da te, uno sconosciuto, per farti analizzare un campione della sostanza che ha intenzione di usare. Non nego, però, che mi sono capitati interventi in cui a fine turno non era stata fatta neanche un'analisi.

Quando capita questo ti chiedi dove hai sbagliato, ti assalgono mille dubbi: forse i cartelli erano poco chiari, il setting non era quello giusto, non siamo riusciti a ispirare fiducia... e pensi che forse qualche lucina e qualche cuscino in più avrebbero aiutato. Quando poi ti viene chiesto di spiegare la scritta "analisi delle sostanze, gratuita e anonima" e alla

tua risposta vedi sguardi increduli che si trasformano in un sorriso smagliante, mentre ancora scettici vogliono sapere: "cioè, tu mi sapresti dire cosa c'è in questa bag?"

...Mi viene in mente un po' la meraviglia che provai quando conobbi altre realtà che praticavano il drug checking. Il drug checking affascina perché ha un potere enorme, risponde a una richiesta molto sentita del consumatore e riduce spaventosamente le barriere permettendo uno scambio di informazioni sincero e interessato.

Perché siamo sinceri, da operatore di prossimità nella riduzione del danno ne incontri di persone! E quanti abbracci ricevi per il te caldo, l'acqua o le cicche che possono prendere dal banchetto. Tanti complimenti "perché quello che fate è davvero grande, siete volontari vero? mica vi pagano?!", poi però i colloqui, i counseling e, per fortuna, le vomitate schivate e i "soccorsi" sono davvero pochi in un turno. La gente è lì per divertirsi, oppure ha altre priorità che parlare con te...

Con il drug checking ogni analisi che fai ti da una finestra sul rapporto che quella persona ha con la sostanza. Bustine di plastica sigillate, bustine di carta (fatte con i quaderni delle elementari con righe di terza), imballaggi con la pellicola, astuccini glitterati... Ognuno ha i suoi rituali e in quel momento te li sventola sotto il naso fidandosi pienamente di te. Sembra più faticoso far capire che trascorrerai tutto il tuo turno col solo abuso di caffè. E poi succede che quello che era un passaggio di toccata e fuga si trasformi in un ricchissimo confronto di "saperi", sul retro del furgone o davanti al tavolino della postazione, aldilà di quello che è il risultato del drug checking.

Non c'è dubbio fare drug checking in una piccola provincia è una sfida, una sfida che ti fa scoprire tanti preziosi alleati inaspettati, una sfida che crea connessioni e che emoziona. Forse più che una sfida è... che era semplicemente l'ora!

# L'educazione fra pari nella notte e nei contesti informali giovanili

a cura dell'équipe del progetto Discobus con la preziosa collaborazione  
di Ayman Bouaziz

Il metodo dell'educazione fra pari è applicabile a diversi contesti e progetti e prende spunto da esperienze educative anche molto diverse fra loro: l'esperienza degli ESP, gli utenti esperti della salute mentale, quella delle persone che usano sostanze per via endovenosa nei progetti di riduzione del danno, quella dei cittadini che passano competenze e buone abitudini ai loro concittadini nei progetti di sviluppo di comunità, quella degli studenti che veicolano informazioni preventive ai loro pari, ma anche quella dei ragazzi che usano sostanze psicoattive nei contesti del divertimento notturni.

Negli interventi di educazione alla pari una componente rilevante sono i peer supporter, un gruppo di giovani agganciati nei contesti notturni (discoteche, festival, rave party) che volontariamente aiutano l'équipe di professionisti a trasmettere informazioni e diffondere strumenti per ridurre i rischi legati al consumo di sostanze psicoattive con l'obiettivo di sviluppare responsabilità individuale attraverso la riflessione sulle pratiche di consumo. Spesso sono consumatori attivi, arrivano dagli stessi contesti e hanno stili e linguaggi vicini a quelli dei beneficiari. In genere, il gruppo partecipa a una formazione sulla relazione a legame debole e sugli effetti e i rischi delle sostanze psicoattive: i ragazzi acquisiscono conoscenze e strumenti per parlare del consumo di sostanze con chi esce a far festa. In questo modo con l'aiuto dell'équipe mettono a disposizione delle informazioni individualizzate sulle sostanze, diffondono raccomandazioni per ridurre i rischi, offrono sostegno in caso di crisi psichiche ed emotive, riconoscono precocemente i comportamenti problematici e sono in grado di discuterne.

In queste progettazioni i pari sono i migliori redattori possibili dei testi informativi, degli slogan delle campagne, delle immagini da veicolare sui social network. I pari sanno nominare le sostanze coi loro sinonimi in slang (il fumo può diventare "torello", la marjuana la "brasa", la ketamina la "katch", l'mdma la "giuggiola" o la cocaina la "bonza") e sanno riconoscere quali sono i rischi più ricorrenti nelle notti di sballo e come raccontarlo ai

propri pari: "non fare lo sbronzo", "ti sei bevuto il cervello?", "stai all'occhio", "chi sballa traballa". Il passaggio di informazioni avviene in questi progetti soprattutto nella notte, nel divertirsi insieme, avviene davanti ai bar in compagnia o ballando "sotto cassa": nel contesto e nel momento di consumo. I testi devono essere autorevoli, ma sempre senza giudizio e con un linguaggio di possibilità e mai assoluto.

Alcuni progetti hanno sperimentato questo tipo di intervento in orario diurno in strada, nelle piazze dove gli adolescenti si ritrovano e si avvicinano alle prime esperienze di consumo di sostanze: in questo caso i peer supporter intervengono su ragazzi anche più giovani di loro e con stili e linguaggi in parte differenti.

Ecco la testimonianza di un peer supporter.

*Ho cominciato a collaborare con il gruppo di peer supporters subito dopo esser stato preso in carico da un operatore dell'Unità mobile riduzione dei rischi Discobus di Varese per via della mia variegata "dieta" di sostanze, che poi si è rivelata una accurata curiosità, ma anche perché grande frequentatore di free parties illegali in giro per il territorio. Sono stato accolto all'interno dell'équipe come peer educator e ho partecipato ad alcune formazioni specifiche, in questo modo ho potuto dare un forte apporto di conoscenze e skills sul come agire in contesti illegali, con sostanze non comuni e persone simili a me. Ho sempre, comunque, avuto la volontà di aiutare il prossimo, ma questa volontà, con questa esperienza, è stata valorizzata dal progetto dando un senso ad essa.*

*Il mio consumo è sempre stato responsabile, ciò che è cambiato è il modo in cui ho visto le sostanze e l'approccio con esse: ho imparato sicuramente a capirle meglio, gestirle meglio e valutarne i limiti.*

*Nell'iniziativa Sativa Street Parade che ho roganizzato sono riuscito ad includere fin da subito la riduzione del danno perché fondamentale con l'approccio ad una sostanza comune come la Cannabis, della quale molti pensano di sapere tutto, ma invece è sottovalutata, oltre che demonizzata: come collettivo combattiamo l'ignoranza per un uso responsabile, contro ogni proibizionismo.*

*Oggi come volontario di servizio civile per Cnca posso dire di aver passato un anno in cui sono cresciuto molto, sia per l'esperienza lavorativa ma soprattutto per aver arricchito il mio bagaglio culturale. La mia percezione del fenomeno dall'interno dei servizi nei quali ho lavorato si è accresciuta in modo significativo, rendendomi sensibile a situazioni che prima non conoscevo.*

# Extreme, da sperimentazione a sistema complesso. Vent'anni di esplorazioni nei mondi della notte

A cura di Stefano Bertoletti e Phan Thi Lan Dai (CAT Cooperativa Sociale)

Extreme è un progetto di riduzione del danno, attivo in Regione Toscana dal 1999, che interviene in festival musicali, rave party, centri sociali, feste private e contesti di divertimento notturno. Il progetto è finanziato dalla Regione Toscana e realizzato da Cat Cooperativa Sociale in collaborazione con Cnca e Cooperativa ARNERA.

Extreme<sup>1</sup> nasce come sperimentazione di Cat Cooperativa Sociale<sup>2</sup> che nel 1995 inizia a occuparsi di interventi sulla notte, conducendo una ricerca sul consumo di ecstasy nel mondo del divertimento nell'area fiorentina (Santi et alt 1996) e avviando in rapida successione una serie di interventi in alcuni locali e discoteche fiorentine, che all'epoca rappresentavano dei punti di riferimento della scena techno-progressive italiana (Bertoletti, Tedici 2003).

Si trattava di contesti totalmente inediti, terreno fertile per le esplorazioni di alcuni operatori di strada che intravedevano il processo di ridefinizione del piacere che quella generazione di giovani stava avviando. Il "distretto del piacere" (Bonomi 1999) avanzava a passo spedito e assumeva quei connotati che permisero di descriverlo come un vero e proprio distretto produttivo, costituito da una rete di luoghi e di non luoghi e percorso il sabato sera da un'enorme quantità di persone.

Erano gli anni in cui il Cocoricò ospitava le osservazioni sul campo dell'antropologo George Lapassade e le performances di una compagnia di teatro destinata a diventare una tra le più influenti a livello internazionale, la Societas Raffaello Sanzio di Castellucci, che era allora ai suoi esordi. Primo Moroni, scrittore milanese, in quegli anni diceva delle discoteche "*Un tempo la socialità e l'identità erano garantite da vari fattori, fra cui, per esempio, l'appartenenza di classe, impensabile in quest'epoca in cui il padroncino va a ballare con il dipendente, ma anche il territorio, la politica, la famiglia. Oggi queste identificazioni sono saltate. C'è una crisi forte nella produzione di identità. (...) L'individuo produce reddito ma percepisce l'assenza di legami sociali e identificazione. La disco-*

<sup>1</sup> [www.nottediqualita.it/progetti-sulla-notte](http://www.nottediqualita.it/progetti-sulla-notte)

<sup>2</sup> [www.coopcat.it](http://www.coopcat.it)

teca si inserisce qui: è un luogo di ricerca di socialità estrema anche attraverso stati alterati di coscienza e l'Xtc restituisce quell'intensità formidabile che non hai assicurata proprio perché in nessun luogo si produce più l'identità che l'intensità te la restituiva di suo, senza coadiuvanti di sorta. Da qui la discoteca, come fruizione rapida, violenta ed estrema, come ricerca di sensazioni forti, speculare alla normalità del lavoro. (...) Ed ecco allora che parte il rituale. Si tratta di rituali collettivi." (Bagozzi F, 1996).

L'esperienza di ricerca di quegli anni costituisce un'opportunità importante per trovare una modalità di intervento possibile, superando spesso le resistenze dei gestori, timorosi di essere disturbati dalla presenza degli operatori. Si costruiscono i primi materiali sui rischi da colpo di calore, si iniziano a conoscere le pasticche circolanti, i relativi modi d'uso e di abuso, i mix più usati e si sperimentano le prime *chill out room* all'interno dei locali, accolti dai frequentatori con stupore misto a disponibilità, infine si avvia un lavoro di peer education con un gruppo di giovani che frequentano regolarmente questi locali. A testimonianza del lavoro pionieristico di quegli anni è stato recentemente pubblicato un articolo su un importante giornale locale nei giorni successivi alla morte, al Jaiss di Sovigliana, di una ragazza 19enne di Livorno. L'articolo, pur non avendo l'intenzione di elogiare il valore degli interventi di prevenzione e riduzione dei rischi, ne è comunque testimonianza, in un'operazione che tenta di semplificare e negare le trasformazioni dei contesti, degli stili di consumo e banalmente della società negli ultimi 20 anni, a riprova che forse, ciò che resta realmente immutato, sono proprio le dinamiche che muovono alcuni processi comunicativi dei media mainstream nel trattare la questione delle droghe e delle dipendenze. In questo senso uno degli obiettivi futuri di Extreme e dei progetti che con Extreme lavorano sulla notte, è di potenziare il lavoro sulle narrazioni e sulle rappresentazioni dei nostri interventi, delle teorie sulle quali trovano fondamento, degli scenari e dei fenomeni che incontriamo.

Oggi possiamo dire che dalle esperienze sperimentali citate è nata un'intera filiera di intervento che ha profondamente modificato i saperi e le pratiche delle attività di prevenzione, connettendoli esplicitamente alle politiche della riduzione del danno, alla ricerca sociale (Bagozzi Cippitelli 1993) e più in generale alle pratiche di mediazione e sicurezza nel sociale, ma anche alle differenti dimensioni della "cura di sé" che, spesso, viene collocata in altre sfere.

I luoghi del *loisir* notturno, in pochi anni, si sono trasformati, frammentati e moltiplicati, l'uso di sostanze psicotrope è cambiato e continua a trasformarsi velocemente, lo scenario si è via via articolato maggiormente fino ai giorni odierni, in cui non è possibile identificare i grandi locali come luoghi principali dei percorsi di divertimento notturno che seguono i giovani.

Nell'esperienza che Cat Cooperativa Sociale e CNCA Toscano sono maturati in questi

venti anni gli interventi di riduzione dei rischi e hanno attraversato diverse evoluzioni, che si rendevano necessarie per stare al passo con gli scenari. Spesso si è trattato di lavorare in contesti in cui il consumo era all'aria aperta, "senza veli" e questo per noi è stato un vantaggio innegabile. Proprio questi, più di altri, ci hanno permesso di comprendere meglio le dinamiche del consumo emergenti e di sperimentare modi di stare, di farsi conoscere e riconoscere come un servizio utile da parte di molti partecipanti e attori del mondo del loisir. Un esempio significativo per la nostra storia, ma anche per una storia più generale dello sviluppo dei contesti di divertimento e di consumo, è rappresentata dai grandi festival musicali estivi.

*"Fino a qualche anno prima del 2000, luglio per i ragazzi dei bar significava campeggi. Campeggio ad Arezzo Wave, campeggio a Pelago, campeggio al Pistoia Blues, uno dopo l'altro. Una notte brava in tenda a ognuno dei tre festival, tra djambé, acidi e canne a migliaia"* (Santoni V, 2008).

In realtà si è assistito alla crescita dei campeggi collegati ad alcuni grandi festival fino al 2005, erano aree che riuscivano a sottrarsi al controllo che abitualmente le istituzioni esercitavano sul territorio. Lì, abbiamo potuto osservare fenomeni di consumo altrimenti nascosti e una conferma della tendenza che coinvolgeva trasversalmente molti giovani a cercare e sperimentare droghe diverse, divenute in quei contesti facilmente accessibili. Con l'aumentare dell'affluenza ai festival, le città mal tolleravano la presenza diffusa delle masse di giovani che le invadevano pacificamente per diversi giorni. Le organizzazioni, che subivano diverse pressioni, avevano cominciato a spostare in aree periferiche i campeggi destinati all'ospitalità dei frequentatori, un meccanismo di disciplinamento degli spazi che negli anni avrebbe creato dei ghetti. Si erano creati dei luoghi dove la "festa" rinasceva con un'intenzione liberatoria, nello stile dei rave party, ma che progressivamente era degradata in uno spazio dominato dal mercato delle droghe e, via via, anche dalla presenza di gruppi di spacciatori organizzati, con una dimensione dei consumi molto accelerata, caotica e vertiginosa, spesso fuori controllo.

Per noi è stata una stagione importante per la sperimentazione di modelli d'intervento nuovi, con risposte più articolate, una stagione che poi è terminata con l'imposizione di politiche restrittive e repressive per cui i grandi festival sono emigrati fuori dai confini (Rototom Sunsplash) o si sono esauriti cercando identità e sedi diverse (Arezzo Wave) o si sono trasformati radicalmente, orientandosi verso un mercato più adulto e pagante (Pistoia Blues) o semplicemente hanno chiuso, come nel caso del piccolo "On the road" di Pelago (Firenze). In tutti i casi questi grandi raduni hanno vissuto un declino, da qui in poi si è aperta una fase più incerta, dominata dal timore della repressione e dalla conseguente sommersione del fenomeno, in cui sono nate soprattutto scene più piccole,

serate occasionali, “free party” o eventi al limite del legale, in generale più normalizzati rispetto alle origini.

“Organizzare feste in posti abbandonati era un modo di rendersi indipendenti dagli altri e allo stesso tempo era un atto politico. Tutti avevamo letto ‘TAZ, Zone Temporaneamente Autonome’ di Hakim Bey, una bibbia dell’underground che sosteneva che il modo più efficace di sfuggire al controllo sociale fosse l’appropriazione temporanea di spazi. Inoltre, andare a un rave era un modo di esplorare la città, di vedere periferie post-industriali in cui non saresti mai passato. A dire la verità a volte eri talmente fatto che ti perdevi e ti ritrovavi al luna park, ma avevi comunque la netta sensazione di vivere in una metropoli.” (Pablito El Drito, 2018)<sup>3</sup>.

Anche nel caso dei rave party si sono notate delle differenze importanti nell’ultimo decennio, in Toscana ad esempio negli ultimi anni si è osservata una ripresa delle feste, dopo alcuni anni di assenza. Si tratta di eventi generalmente più piccoli, che continuano ad attrarre molti giovani e giovanissimi. L’impressione è quella di un cambiamento in corso nella tipologia di frequentatori, che sembrano meno legati alla cultura dei “free party” degli anni ‘90 e allo stile di vita complessivo della generazione che li ha diffusi in tutta Europa. Ad esempio si osservano meno furgoni e più frequentatori “leggeri” che viaggiano con la tenda, l’impronta ideale ispirata alle TAZ di Hakim Bey sembra quasi scomparsa e spesso nella percezione dei nuovi frequentatori la differenza tra eventi legali o illegali appare più sfumata e la direzione pare essere quella della “normalizzazione”, per cui anche la frequentazione dei contesti di festa più estremi rientra nelle esperienze normali che fanno moltissimi giovani.

### Gli spazi intermedi: Centro Java e U.A.N.

In questi anni di intervento sul campo ci si è resi conto che c’era la necessità di sviluppare altri luoghi, oltre i contesti di consumo, dove poter fare un lavoro di contatto e di approfondimento con i ragazzi che incontravamo, emergevano infatti domande di aiuto psicologico, ma anche di informazione o di stimolo culturale. L’idea di un centro che fosse sia Infopoint accessibile nei giorni della settimana che uno spazio per fare attività culturali e sociali di vario tipo deriva dagli info-shop scozzesi, dei quali abbiamo seguito l’impronta. Il Centro Java apre nel 2000 con finanziamenti del Comune di Firenze e rappresenta una realtà significativa nel panorama dei servizi intermedi rivolti alla popolazione che consuma sostanze (Bertoletti S, Tinti B, Gamberale F 2013), prevalentemente sul territorio fiorentino, ma anche regionale, grazie alla continuità con gli interventi di Extreme e di altri progetti regionali sul divertimento notturno, come Notte di Qualità<sup>4</sup>.

Il centro, che ha un’utenza significativa, offre la possibilità di sviluppare un lavoro di approfondimento successivo ai primi contatti nei luoghi di consumo, attraverso una presa in carico leggera che si concretizza nelle “consulenze psicologiche” e nelle altre attività rappresentate da corsi e gruppi tematici. In questo senso il centro si propone ancora

<sup>3</sup> [www.coopcat.it](http://www.coopcat.it)

<sup>4</sup> [www.nottediqualita.it](http://www.nottediqualita.it)

di più come un compendio delle offerte disponibili sul territorio erogate dal sistema dei servizi pubblici e le integra concretamente. Un ulteriore aspetto da segnalare riguarda il legame del Java con il territorio circostante del centro cittadino e la sua funzione per le politiche di intervento sulla notte e, in particolare, per quelle che riguardano l'intervento sugli scenari di "movida": attraverso la sua proiezione notturna UAN, (Urban After Night) costituisce una sperimentazione interessante rispetto ai modelli di intervento disponibili. Il centro apre nei week end dall'1 alle 6 del mattino, come uno spazio "chill out cafe", ambiente accogliente dove è possibile sostare per riprendersi dopo la serata tra locali e piazze, dove è possibile misurare il tasso alcolico e aspettare prima di mettersi alla guida di un veicolo, avere una colazione e ricevere attenzione da un operatore. Con l'ultima integrazione operativa legata al progetto regionale Notte di Qualità, diventa un punto di riferimento più generale e continuativo, con la possibilità di fare un lavoro direttamente sulle aggregazioni delle piazze della città notturna quindi sui problemi legati all'abuso di alcool, al contenimento del rumore, alla pulizia degli spazi e in generale al contenimento dei comportamenti considerati all'origine del "degrado" associato alla movida.

### **Notte di Qualità: nuovi contesti e nuovi dispositivi**

Extreme ha attraversato tre fasi principali: la prima copre i quasi sei anni in cui si è occupato per lo più dell'intervento in grandi eventi costituiti che esaurivano i pochi finanziamenti disponibili; la seconda interessa gli ultimi anni quando, data la progressiva frammentazione dei contesti di aggregazione e di divertimento, il progetto ha riguardato interventi in situazioni diverse tra loro: oltre ai festival e ai rave si è arrivati a piccole feste, tipo free party, eventi all'interno di centri sociali, interventi in grandi discoteche e aree pubbliche fino alle feste private. Si può oggi parlare di terza fase in cui il progetto si trova coinvolto anche nella sperimentazione di interventi in contesti urbani caratterizzati dal fenomeno definito come "movida". All'oggi possiamo dire che Notte di Qualità ha contribuito a rendere i servizi e i progetti che lavorano sul *loisir* notturno e sulla prevenzione e riduzione del danno "un sistema complesso e dialogante"<sup>5</sup>, in forte connessione con le istituzioni e il tessuto urbano, arricchendolo di nuovi punti di osservazione sui fenomeni urbani, di nuovi dispositivi e di un approccio alla comunicazione sociale riconoscibile. Nel corso del 2019 abbiamo formalizzato l'esistenza del Network Regionale Notte di Qualità, mettendo in rete le amministrazioni che hanno collaborato con il progetto al fine di condividere strategie, obiettivi e strumenti a partire dalle Raccomandazioni<sup>6</sup> per un divertimento notturno che possa garantire la salute, la sicurezza e la qualità per tutta la cittadinanza. "Pit Stop- percorsi per una notte sicura"<sup>7</sup>, ha promosso la costruzione di una rete di locali e festival attraverso il "Manifesto per le Buone Prassi" che impegna i locali ad adottare misure volte alla safety dei frequentatori, riconoscendone e rendendone visibile il lavoro intrapreso. Tra i dispositivi innovativi includiamo la Mediazione Artistica che, partendo dalle suggestioni offerte da un progetto francese<sup>8</sup>, ha sviluppato

<sup>5</sup> [www.nottediqualita.it/progetti-sulla-notte/](http://www.nottediqualita.it/progetti-sulla-notte/)

<sup>6</sup> [www.notediqualita.it/wp-content/uploads/2019/03/raccomandazioni\\_NDQ\\_sito.pdf](http://www.nottediqualita.it/wp-content/uploads/2019/03/raccomandazioni_NDQ_sito.pdf)

<sup>7</sup> [www.coopcat.it/portfolio\\_page/firenze\\_vivibile/](http://www.coopcat.it/portfolio_page/firenze_vivibile/)

<sup>8</sup> [www.lespierrotsdelanuit.org](http://www.lespierrotsdelanuit.org)

un intervento che si situa all'interno delle metodologie del lavoro di strada di riduzione dei rischi e della ricerca performativa-teatrale. Le tematiche trattate sono le principali criticità legate alla movida, lavorando su un piano di immaginario più che didascalico, sul contenimento del rumore si è indagato su ciò che genera il silenzio: la bellezza, lo stupore, la sorpresa, lo spaesamento piuttosto che su gesti che invitassero al silenzio. Come parte del sistema di interventi sulla notte includiamo l' "Operatore di corridoio", che ci porta dentro i DEA di alcuni ospedali, nel fine settimana, per lavorare in rete con il personale sanitario sugli accessi legati all'abuso di sostanze legali e illegali. Ciò che restituisce la complementarietà e l'integrazione di questi progetti è l'approccio alla comunicazione, che negli ultimi cinque anni è andato nella direzione dell'identificazione di uno stile grafico e linguistico coerente e riconoscibile, un aspetto innovativo dentro la nostra organizzazione e in via di sviluppo nel mondo del sociale, che ci chiama a una riflessione collettiva e diffusa, che auspiciamo diventi una priorità all'interno delle nostre reti e organizzazioni.

## Bibliografia

- Bagozzi F. (1996). *Generazione in Ecstasy. Droghe, miti e musica della generazione techno*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Bagozzi F., Cippitelli C. (a cura di) (2003). *Giovani e nuove droghe: sei città a confronto*. Angeli, Milano.
- Bertoletti S, Tedici M, (2003). *Il gruppo dei pari nel progetto "liquidiamoci dall'ecstasy"*. Cooperativa CAT-ASL 11 Empoli, A cura; in: AA.VV - *Peer Education: nuovi stili di consumo nuove strategie di intervento*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Bertoletti S. (2009). *Dal progetto Social Entertainment Service all'agenzia Switch: una proposta d'innovazione nelle pratiche di lavoro con le realtà giovanili sul territorio toscano*, in Meringolo, Bertoletti S. Cippitelli C. (2003). *Future. Segmentazione del loisir, specializzazioni degli interventi*, in Bagozzi F., Cippitelli C. (a cura di), 2003.
- Bertoletti S., Meringolo P. (2010). *Viaggio fra i giovani consumatori invisibili di cocaina*, in Zuffa G. (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato* cit.
- Bertoletti S, Gamberale F, (2011). *Per una prevenzione multidimensionale: il progetto Extreme*, in Bertoletti, S., Meringolo, P., Stagnitta, M., & Zuffa, G. (2011) *Terre di confine. Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia*. Milano: Edizione Unicopli.

Bertoletti, S.1, Tinti, B.2, Gamberale, F, JAVA-UAN-EXTREME (JUE): a comprehensive risk reduction system of interventions in the Florence “night entertainment scene”, paper presentato a NEWIP 2013

Bonomi Aldo (1999). *Il distretto del piacere*, Bollati Boringhieri

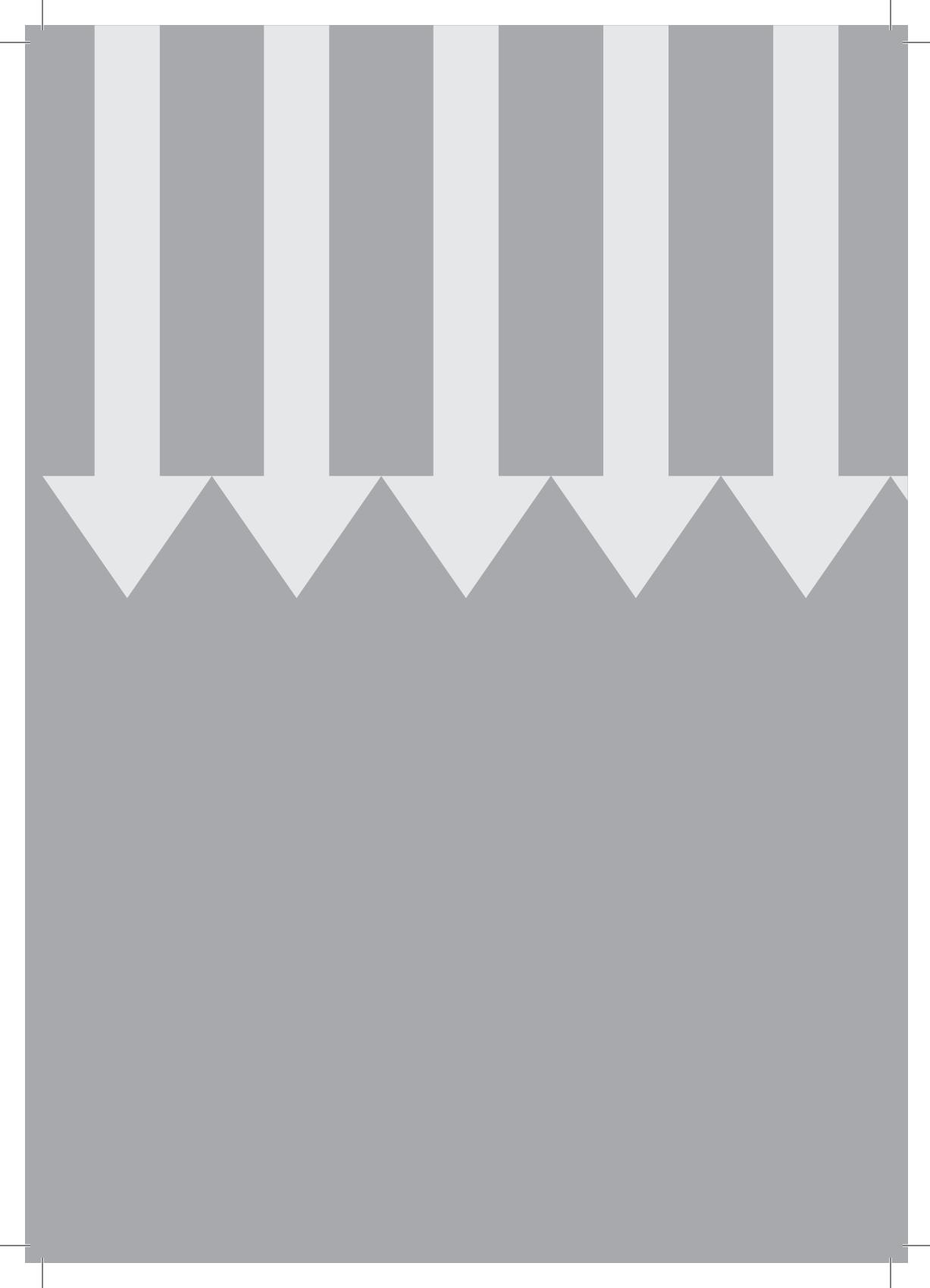
Cippitelli C. (1999). *Mai prima di mezzanotte*, in Castelli V. Pacoda P., *Se mi tingo i capelli di verde è perché ne ho voglia*, Castelvecchi, Roma

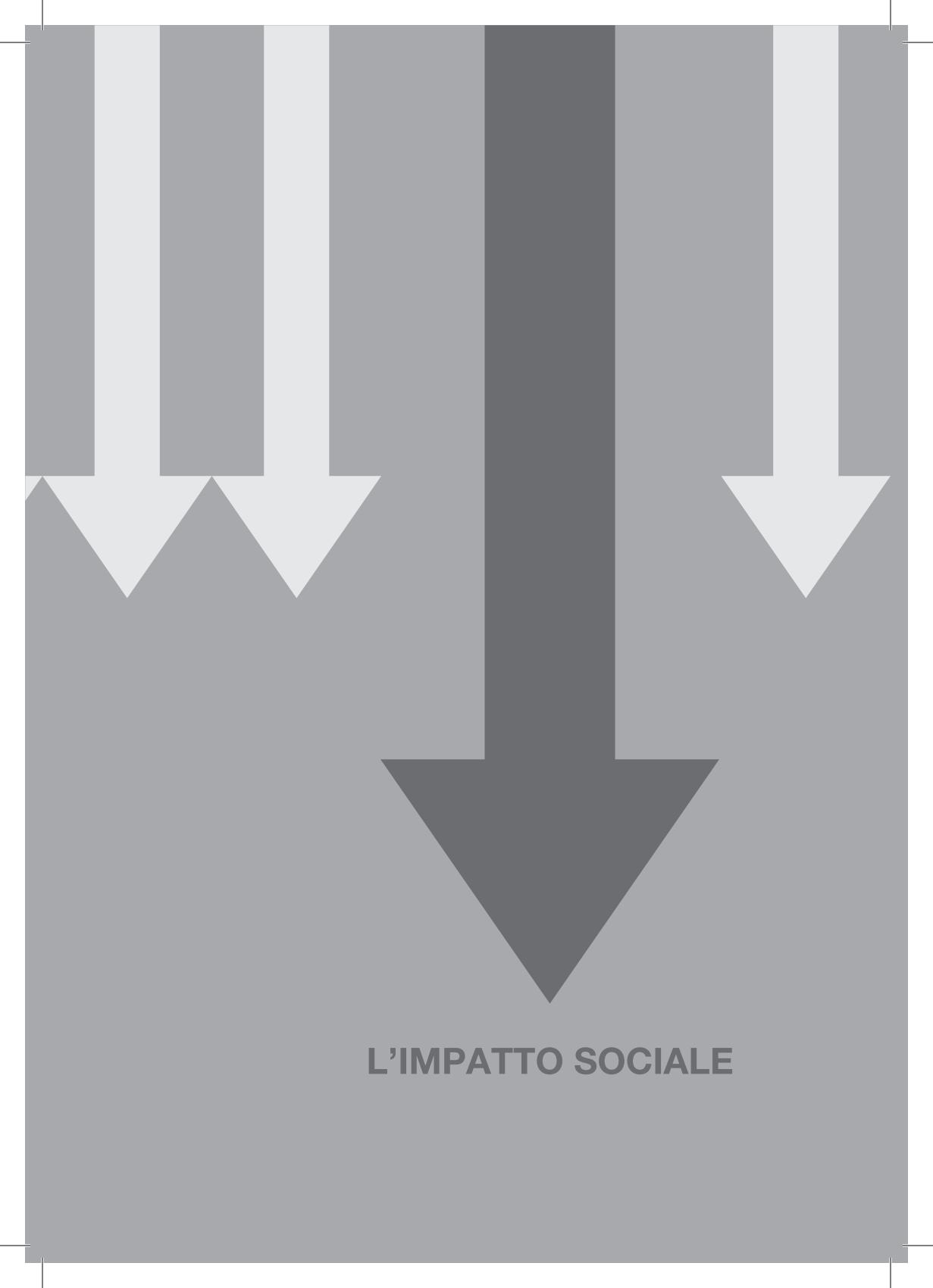
Bey H. (1993). *TAZ zone temporaneamente autonome*. Shake edizioni underground, Milano.

Santoni V.(2008). *Gli interessi in comune*. Feltrinelli, Milano

Zuffa G. (2000). *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*. Sellerio, Palermo

Zuffa G. (a cura di) (2010). *Cocaina, il consumo controllato*. Edizioni Gruppo Abele, Torino





**L'IMPATTO SOCIALE**

## L'IMPATTO SOCIALE / 1

# L'impatto sociale degli interventi di riduzione del danno

a cura di Luigi Corvo, Marco Biazzo, Lavinia Pastore e Luca Calisi, Open Impact spin off della ricerca dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata

Al fine di rafforzare la consapevolezza delle organizzazioni nell'erogazione dei servizi indicati e costruire un patrimonio di conoscenza condiviso tra ETS, PA e altri rilevanti stakeholder attivi nel cluster delle dipendenze, tenendo presente l'esigenza di condividere la metodologia e l'approccio per la valutazione di impatto, per analizzare l'impatto sociale degli interventi di riduzione del danno è stato adottato il modello di valutazione elaborato nel precedente progetto "La pena oltre il carcere" dal gruppo di ricerca Government & Civil Society dell'Università di Roma Tor Vergata e dalla impresa sociale cooperativa ULIS. Con l'ulteriore obiettivo di dare continuità al rapporto attivato e approfondire un approccio che nel tempo potrà diventare il framework di riferimento per il CNCA per la misurazione e valutazione di impatto.

Il modello IS<sup>2</sup> proposto è rappresentato nella figura 1. L'impatto sociale è integrato nelle attività dell'organizzazione e la misurazione di questo deve essere tesa alle fasi successive di:

- incorporazione, quando i dati misurati vengono appunto incorporati per rafforzare alcune attività chiave dell'organizzazione;
- uso, quando l'organizzazione, non solo migliora il suo rapporto con gli stakeholder chiave, istituzionali e non, ma riesce ad utilizzare la valutazione dell'impatto sociale per generare nuovi ricavi ampliando e creando nuove aree di intervento dell'organizzazione. Per esempio aprendosi a strumenti di finanza sociale oppure aprendo nuove IGA (income generating activities, attività che generano ricavi).



**Figura 1**  
Il modello IS<sup>2</sup>

L'assunto di questo modello è che la misurazione e valutazione dell'impatto sociale non deve essere un'attività extra dell'impresa sociale, ma deve essere un'attività sistematica che ne accresce il potenziale perché grazie all'organizzazione e all'utilizzo di quei dati è possibile ripensare strategicamente il modello di business, migliorare il servizio per gli utenti e trovare nuovi stakeholder chiave.

In questo modello l'impatto sociale va riferito a tre categorie di destinazione:

- i cittadini, quali destinatari diretti;
- la comunità, quale luogo di espressione e di manifestazione dei benefici dei cittadini;
- la collettività, quale riferimento ultimo delle possibilità di scalare e replicare i benefici sociali in via diretta (emulando il modello che porta alla generazione di impatto sociale) ed in via indiretta (beneficiando dei risparmi di spesa pubblica che il modello generativo di impatto sociale è in grado di liberare).

Nel contesto di PAS questa tripartizione si declina come segue:

#### Cittadini

- Giovani (< 18 – 28 anni) e adulti consumatori di sostanze psicoattive.

#### Comunità

- Operatori sociali ed educativi delle dipendenze del privato sociale e degli enti pubblici. Operatori delle Forze dell'ordine e della Pubblica sicurezza.
- Istituzioni pubbliche locali (Servizi dipendenze Asl, Servizi sociali municipali, Prefetture, Polizia municipale).

#### Collettività

- Istituzioni pubbliche in rappresentanza del Ministero della Salute/Istituto superiore di Sanità, Dipartimento nazionale Politiche antidroga, Ministero dell'Interno, Commissione salute della Conferenza delle Regioni e associazioni in rappresentanza di Anci.

#### Gli step della metodologia

Per quanto riguarda la valutazione di impatto sociale degli interventi di riduzione del danno la metodologia utilizzata prevede i seguenti passaggi:

##### 1. Individuazione dei bisogni

Viene analizzato in dettaglio il progetto al fine di individuare i principali bisogni a cui intende rispondere, partendo da un'analisi dei principali attori coinvolti, delle fasi più importanti che lo costituiscono, degli obiettivi che si prefigge e dei risultati attesi.

##### 2. Individuazione e validazione degli ambiti e delle aree di outcome

Viene introdotto in relazione al progetto in esame il concetto di area di outcome (cambiamento da misurare e valutare); ogni area viene collegata all'interno di un ambito

che ne definisce la “dimensione” di interesse (persona, comunità, collettività). Vengono proposte dal gruppo di ricerca un set di aree identificate in modo preventivo tramite la piattaforma digitale Open Impact ([www.openimpact.it](http://www.openimpact.it)), da validare e con la possibilità di integrarne di nuove.

### **3. Definizione e validazione del set di indicatori**

Per ogni area di outcome (che cosa misurare) vengono individuati uno o più indicatori (come misurare). Gli indicatori possono essere sia quantitativi che qualitativi. Si stressa l’importanza di introdurre una metrica il più possibile chiara ed univoca. Ogni indicatore emerge da un processo di rilevamento mediante diversi strumenti (questionari, osservazioni, focus group, interviste, ecc).

### **4. Definizione e validazione delle proxy finanziarie**

Ad ogni indicatore vengono associate una o più proxy finanziarie, per la valorizzazione economica degli outcome (come tradurre in metrica finanziaria il valore sociale generato).

### **5. Misurazione e valutazione del valore sociale**

Moltiplicando per ogni area di outcome i dati relativi all’indicatore con il valore delle proxy finanziarie è possibile quantificare il valore sociale generato dal progetto. La somma finale di questo valore diviso il costo\budget del progetto dà come risultato il valore sociale generato per ogni euro impiegato (si fa riferimento alla metodologia SROI - Social Return On Investment, ritorno sociale dell’investimento). Nell’approccio utilizzato, le aree di outcome non traducibili in metrica finanziaria non vengono scartate, ma anzi vanno ad integrare la valutazione finale.

L’obiettivo della valutazione del progetto PAS è l’individuazione di un modello, un framework teorico, per la valutazione degli interventi di riduzione del danno del CNCA da estendere alle diverse progettualità e ai servizi dei gruppi territoriali. La valutazione di impatto sociale si concentra in particolare sulle seguenti 3 tipologie di intervento (della cooperativa Lotta Contro L’Emarginazione) connessi al progetto PAS:

- 1. Unità mobile giovani;**
- 2. Unità mobile tox;**
- 3. Drop-In.**

### **Open Impact**

Nella prima fase di co-design della catena del valore dell’impatto (Impact Value Chain) e delle aree di outcome del progetto, ci si avvale della piattaforma Open Impact per costruire l’impatto atteso. Open Impact è un ecosistema digitale aperto in grado di aggregare ed elaborare conoscenze e competenze sull’impatto sociale. La sua ricchezza

è data dalla presenza di un nucleo di dati relativi alle misurazioni di impatto realizzate su progetti internazionali che, grazie ad un database di fondo, sono stati raccolti e sistematizzati attraverso opportune variabili. Ciò consente di poter mettere la conoscenza acquisita al servizio delle correnti e future attività di misurazione e valutazione, per non partire ogni volta dall'anno zero della valutazione, tenendo dunque conto dei risultati già raggiunti in altre esperienze sia in termini di metodo sia di processo. Questo è il presupposto che ha guidato il gruppo di ricerca nella ideazione e creazione del database chiamato "Impact Benchmark". È disponibile, dunque, una sintesi completa dei report di valutazione di impatto presenti nelle fonti pubbliche maggiormente accreditate a livello mondiale, tra cui citiamo: Social Value UK, Social Finance UK, New Economics Foundation, GoLab - Oxford University, Trasi - IssueLab ed altri.

Nella figura 2, è possibile osservare un esempio di contenuto della piattaforma Open Impact dove sono riportate alcune variabili significative per la valutazione di impatto sociale svolta con metodologia SROI organizzate per:

- Cluster progettuale diviso in ambiti di intervento (per il progetto PAS viene selezionato l'ambito "Health" con la specifica ambito "Harm reduction")
- Numero di beneficiari per ogni ambito
- Numero e tipologie di aree di outcome (organizzate per categorie quali persona, comunità e collettività)
- Set di indicatori (in questo caso è visualizzato il numero di indicatori che concorrono a misurare le aree di outcome)
- Numero di proxy finanziarie collegate agli indicatori
- Numero di organizzazioni a cui fa riferimento l'analisi
- Valore sociale generato espresso tramite lo SROI



**Figura 2**  
Database  
Open Impact

Ogni area di outcome presente nel database (livello micro) è collegata ai Sustainable Development Goals (SDGs - Obiettivi di Sviluppo Sostenibile) delle Nazioni Unite (livello macro) e agli indicatori BES (Benessere equo e sostenibile) dell'ISTAT (livello meso).

### **Uno sguardo all'organizzazione**

Parallelamente alla valutazione del progetto, verrà indagata anche la sfera organizzativa degli enti coinvolti. Si fa riferimento alla valutazione dell'impatto dell'impresa sociale (intesa come organizzazione che massimizza l'impatto sociale generato sotto un vincolo di sostenibilità economica) attraverso l'utilizzo del modello IS2 e nello specifico attraverso i due strumenti: IS2 Early Stage e IS2 Advanced.

Il primo strumento (IS2 Early Stage) indaga:

- 1) la social evaluability readiness (SER), intesa come prontezza alla valutazione sociale. Il SER è stato concepito come un indicatore del livello di valutabilità dell'organizzazione rispetto all'impatto sociale e fornisce una stima dell'affidabilità delle future misurazioni e valutazioni di impatto sociale;
- 2) la percezione di sostenibilità economica (PSE) dell'organizzazione in un orizzonte intertemporale. Il PSE è stato pensato come un indicatore che cerca di esplorare il livello di percezione della sostenibilità economica dell'organizzazione nonché la propensione dell'organizzazione all'investimento.

Il secondo strumento (IS2 Advanced) viene invece applicato a 6 gruppi individuati dalla rete CNCA con lo scopo di misurare l'impatto sociale dell'organizzazione considerando 6 dimensioni chiave:

1. Sostenibilità Economica
2. Promozione di imprenditorialità
3. Valorizzazione del capitale umano
4. Resilienza occupazionale
5. Relazione con la comunità e il territorio
6. Conseguenze sulle politiche pubbliche

Si passa da dimensioni di tipo economico-contabile, fino ad arrivare alle relazioni che si innescano con comunità e territorio e le loro conseguenze sulle politiche future. In questo modo è possibile avere una fotografia dinamica delle varie sfaccettature dell'organizzazione, verificandone lo stato dell'arte.

Attraverso l'approccio sopra descritto, il progetto PAS ci restituisce la fotografia della complessità dell'agire sociale delle organizzazioni afferenti alla Rete CNCA sia in termini di stakeholder coinvolti che di operatività degli interventi. Il tutto alla luce del valore sociale creato che da semplice "conseguenza" delle azioni diventa da un lato elemento

di rendicontazione nei confronti delle Istituzioni e degli organismi competenti dall'altro imprescindibile elemento di conoscenza destinato ad arricchire il capitale intellettuale del network.



## **CONCLUSIONI**

## CONCLUSIONI

# RdD/LdR nei LEA. Verso un processo di innovazione nelle politiche italiane dei servizi\*

a cura di Riccardo De Facci, presidente del Cnca

Le realtà del mondo dei consumatori e dei mercati delle droghe legali e illegali è sempre più ricca, complessa, differenziata e in continua trasformazione per cui può essere compresa e affrontata efficacemente solo con un cambiamento radicale ed evolutivo degli schemi interpretativi parziali e riduttivi ancora diffusi, e con una visione e revisione del sistema di intervento ampia e articolata, a partire dall'applicazione dei nuovi LEA su la Riduzione del Danno e la Limitazione dei Rischi (RdD/LdR).

La RdD/LdR è esplicitamente inclusa da quasi 20 anni sia nella Strategia europea sulle droghe che nel Piano d'azione comunitario, che invitano gli Stati membri ad adottarla e promuoverla. EMCDDA, (European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction) e HRI (Harm Reduction International) definiscono la RdD/LdR come “Un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani”<sup>1</sup>. L'EMCDDA individua sin dai primi anni 2000 nella RdD il Quarto Pilastro delle politiche sulle droghe e su questa base sostiene che “In Europa in generale aumentare una più vasta copertura dei servizi di RdD è una priorità”<sup>2</sup>. L'Osservatorio europeo riaffermerà poi il varo di una nuova strategia dell'Europa per il periodo 2013-2020 a favore di un atteggiamento equilibrato e complementare dei 4 pilastri (riduzione offerta, prevenzione, cura, riduzione del danno), basato su dati probanti sulle questioni in gioco e una conseguente valutazione scientificamente rigorosa delle misure necessarie per affrontarle a forte integrazione tra di loro. Uno studio recentemente condotto in Svizzera dall'Università di Zurigo<sup>3</sup> ha dimostrato come il pacchetto di misure di RdD abbia avuto un ruolo cruciale nel fermare la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di sostanze e anche tra la popolazione generale.

**1** (EMCDDA 2010, *Monographs. Harm Reduction. Evidence, impact and challenge*, pag. 37 - <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>).

**2** Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monographs, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

**3** *The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic: Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis* - <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/152165/>

## Il contesto italiano

Il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017, che ha inserito la RdD/LdR tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali, rappresenta un'occasione importante per affermare le pratiche di RdD/LdR in Italia, superando gli approcci di opposizione puramente ideologici e preconcetti diffusi in questi anni. Il decreto ha di fatto recepito l'esigenza posta dalle istituzioni e organizzazioni europee, e dalle realtà istituzionali e della società civile italiane, sulla scorta degli importanti risultati raggiunti dalle diverse esperienze diffuse in tutta Italia ormai da più di 20, aprendo uno spazio importante per la prospettiva di sviluppo più generale delle politiche e delle funzioni del sistema pubblico in Italia.

Vi si riconosce la RdD/LdR come diritto delle persone che usano sostanze, e quindi come diritto a ricevere prestazioni di servizi adeguate alle loro reali esigenze sociosanitarie e non centrate esclusivamente su schemi preordinati rigidi (prioritariamente patologici o di stampo morale). Le opportunità che si aprono sono rilevanti sul piano dei modelli organizzativi dei Servizi pubblici e del Terzo settore, dell'integrazione sociosanitaria e degli stili di lavoro e di azione spostando l'asse sul riconoscimento dei diritti di salute del mondo dei consumatori.

Sulla valorizzazione delle attività di incontro precoce, di fornitura di materiali adeguati, sulla reciprocità dello scambio, sul legame debole nella costruzione di relazioni forti, sull'accompagnamento, verso il superamento degli stigmi e nel riconoscimento primario delle risorse, responsabilità e competenze delle persone che usano sostanze oltre a quella del sistema di intervento.

Ad oggi, però, a quasi tre anni da questa innovazione, non sono state attivate iniziative strutturali e concrete sul piano istituzionale per dare attuazione alla normativa e garantire l'accesso alle prestazioni e ai servizi adeguati nella prospettiva della RdD/LdR a tutte le persone che usano sostanze sull'intero territorio nazionale.

Come Cnca, insieme con le altre organizzazioni della società civile e del sistema di intervento, riteniamo sia urgente superare questa inerzia di fatto inadempiente, tanto più grave in quanto riguarda il diritto di accesso a prestazioni divenute, grazie ai LEA, dovute, e comunque fondamentali per la salute delle persone e il governo del fenomeno dell'uso di droghe, e che hanno costi umani, sociali ed economici contenuti. Preoccupa inoltre che la manovra di bilancio (Legge di Bilancio 2020, n. 160/2019), appena presentata, non destini risorse sufficienti al finanziamento nel Servizio Sanitario Nazionale di questi servizi, e, ancor di più non consideri finanziamenti integrativi all'attuazione degli stessi Livelli Essenziali di Assistenza.

### **La Riduzione del Danno è un Diritto. È ora che sia esigibile.**

È importante colmare i ritardi delle politiche sulle droghe in Italia, superare il gap nei sistemi di intervento tra le Regioni italiane. In Italia sin dagli anni '90 si realizzano im-

portanti interventi di RdD come evidenzia la nostra mappatura (vedi allegato al volume): unità di strada, équipe dei contesti del divertimento, drop-in e strutture di accoglienza a bassa soglia, servizi innovativi e spazi di prossimità che offrono strumenti di tutela socio-sanitaria, attività di ascolto e counseling orientati all'autotutela e alla autoregolazione dei consumi, programmi di accompagnamento a bassa soglia che vanno oltre i modelli rigidi socio-riabilitativi, programmi di trattamento stabile con metadone e buprenorfina volti prioritariamente alla valorizzazione delle risorse e competenze dei consumatori rispetto ai propri percorsi di cura più adeguati, servizi di consulenza on line, pratiche di drug checking, interventi di RdD/LdR rivolti alle persone con HIV.

### **Occorre far diventare queste sperimentazioni servizi stabili e garantiti su tutto il territorio nazionale.**

La RdD nel suo sviluppo più complessivo e integrato (come consigliato da linee guida europee più aggiornate) è un approccio che promuove una riorganizzazione di alcuni dei servizi pubblici e del privato sociale, nelle aree della prevenzione, del trattamento e del contenimento dell'offerta. Molti servizi pubblici e molte strutture residenziali del Terzo settore hanno già radicalmente riscritto i criteri, i tempi e l'organizzazione dell'accoglienza soprattutto per alcuni target di persone, e ridefinito la logica dei loro percorsi e delle loro azioni secondo i principi della bassa soglia, dell'accompagnamento, dell'autoregolazione e della sempre maggiore responsabilizzazione del mondo del consumo verso un consumo meno rischioso e più controllato.

Diverse ricerche condotte in Italia (ad esempio: sul modello italiano di intervento sull'overdose<sup>4</sup>, sui consumatori di cocaina<sup>5</sup>, sulle NPS) così come anche le indagini ed monitoraggi promossi dal CNCncaA, hanno documentato le esperienze e le competenze acquisite nel nostro Paese sulla RdD/LdR. Esperienze di interventi e servizi ricche e importanti ma che rimangono limitate ad alcune regioni e ad alcune città, prevalentemente del Centro Nord, una mappa diseguale che richiede che si attivi un processo di disseminazione uniforme della RdD/LdR su tutto il territorio nazionale sia di tipo politico-istituzionale, che di tipo sanitario e sociale che culturale. L'introduzione della RdD nei LEA ha di fatto recepito l'esigenza di superare le differenze territoriali, aprendo uno spazio importante per la prospettiva più generale di innovazione delle politiche e delle funzioni del sistema degli interventi.

### **RdD/LdR e innovazione nel sistema dei Servizi**

L'inserimento della RdD/LdR nei LEA permette di aprire un processo strategico politico-istituzionale teso a uniformare in tutte le Regioni italiane i servizi e gli interventi di RdD/LdR e quindi la garanzia di erogazione delle varie prestazioni utili e di difesa dei diritti in ogni territorio dei consumatori in ognuna delle loro situazioni di bisogno. La RdD/LdR rappresenta l'orizzonte attraverso il quale è possibile superare il modello unico

<sup>4</sup> <http://fileserver.idpc.net/library/THN-IT.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.fuoriluogo.it/wp-content/uploads/2015/05/Report-cocaina-Torino.pdf>

ambulatoriale o residenziale monoservizio che è ormai in profonda crisi rispetto all'evoluzione dei fenomeni, per la realizzazione di una molteplicità complementare di servizi socio-sanitari ad alta integrazione (prevenzione alla riduzione dei rischi e dei danni, presa in carico precoce, cura ove utile e necessario, sviluppo di un sistema sociosanitario complesso, nuove politiche di sicurezza delle città). Servizi che corrispondano alla molteplicità delle espressioni del fenomeno degli usi e consumi di droghe, e in definitiva attuando il modello territoriale dei servizi sociosanitari che è alla base delle leggi costitutive del Sistema Sanitario Nazionale italiano. Questo processo richiede che la prospettiva culturale della RdD/LdR, i modelli organizzativi e le tipologie degli interventi e dei servizi, abbiano un riconoscimento istituzionale pieno nei Sistemi Sanitari Regionali con pari dignità dei SerD e degli altri servizi pubblici e del privato sociale che si occupano del tema del consumo di sostanze. In particolare è necessario che i modelli e i regolamenti delle partnership e delle coprogettazioni tra pubblico e terzo settore, le modalità di accreditamento e in generale di istituzione e funzionamento concreto dei servizi di RdD/LdR, siano oggetto di un confronto e una discussione tra i diversi soggetti istituzionali e non. Si tratta quindi di rafforzare il sistema pubblico/privato dei servizi per le dipendenze e di riconoscere, rendere stabili e moltiplicare le importanti esperienze dei servizi già operanti che purtroppo solo in alcuni casi sono già parte attiva dei Servizi ordinari socio-sanitari. Servizi realizzati prioritariamente dalle organizzazioni del Terzo Settore, spesso in integrazione con i Dipartimenti delle Dipendenze con modalità diverse e specifiche nelle varie Regioni e ASL. Il processo innescato dalla definizione dei LEA è anche l'occasione per riconoscere e valorizzare l'approccio sociosanitario integrato della RdD come uno degli strumenti di funzione pubblica di governo sociale del fenomeno nelle città. Fin dagli anni '90 le maggiori città europee hanno rivendicato una politica di governo del fenomeno del consumo, come strumento rivolto anche a ricostruire i legami tra le persone che usano droghe con i cittadini e gli abitanti. La RdD/LdR inoltre:

- Offre il vantaggio di configurarsi come una strategia tipica delle politiche pubbliche di salute pubblica a interesse collettivo in quanto non si chiude sui propri modelli e schemi culturali e di politica dei servizi, ma riesce a essere secondo una logica pragmatica, in continua sintonia con i cambiamenti e a costruire le innovazioni corrispondenti in termini di risposte innovative, modelli di intervento e sempre maggior professionalità.
- Consente un miglior equilibrio costi-benefici, puntando su interventi che implicano investimenti, mediamente non elevati che contenendo rischi e danni più gravi consentono nel medio periodo significativi risparmi in termini di spesa sociale e sanitaria, aumento dei consumatori contattati, sensibilizzati e responsabilizzati, oltre a favorire il contenimento dell'impatto sociale del fenomeno.

- Promuove un orientamento per la ricerca scientifica e sul campo in grado di monitorare e valutare la continua trasformazione dei fenomeni e dei bisogni, l'impatto delle politiche e delle attività dei servizi sui vari e diversi fenomeni di consumo e abuso e rappresenta un supporto essenziale per aggiornare gli orientamenti di politica dei servizi.

I nuovi LEA rappresentano così un'occasione strategica per stabilizzare e consolidare il patrimonio degli interventi di RdD/LdR già presente nel nostro Paese, con rilevanti ricadute positive sul piano dell'innovazione, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi del sistema pubblico dei servizi e della più generale prospettiva di ampliamento dell'orizzonte delle politiche pubbliche verso le droghe.

Poniamo pertanto la necessità di colmare con urgenza il grave ritardo già accumulato nell'implementazione dei LEA della RdD/LdR , attraverso:

- La definizione di un Atto di indirizzo sui LEA della RdD/LdR ad opera della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni in accordo con il Ministero della salute e il Dipartimento nazionale antidroga che definisca alcuni elementi di base uniformi e ineludibili per tutte le Regioni articolati in principi, tipologie dei servizi e prestazioni di base e standard di base.
- La convocazione a questo scopo di un Tavolo presso la citata Commissione che include gli attori della società civile competenti, delle realtà del privato sociale e del pubblico attivi sul tema.
- La convocazione di un Gruppo tecnico, che includa gli attori della società civile e degli enti attivi da anni su questo tema, presso il Ministero della Salute per la definizione e l'implementazione del sistema di monitoraggio e valutazione dei LEA della RdD in tutta Italia.
- L'organizzazione di un confronto nazionale con l'ANCI, e con le città italiane che mostrano una particolare disponibilità e interesse, per mettere a punto programmi e iniziative rivolte a delineare il ruolo e le funzioni delle politiche cittadine, al fine di promuovere esperienze comuni di governo sociale dei consumi di sostanze nella prospettiva di una revisione dell'attuale sistema di intervento e verso la RdD/LdS in particolare.

Indichiamo in maniera sintetica principi, prestazioni e funzioni di base ineludibili per un indirizzo nazionale uniforme per i servizi e gli interventi di RdD/LdR (tratti dalla elaborazione di diversi tavoli con le istituzioni a livello regionale e di documenti del Terzo settore):

## **Principi**

- Bassa soglia di accesso
- Relazioni a legame debole
- Negoziazione degli obiettivi
- Coinvolgimento diretto delle persone che usano sostanze qualunque sia il contesto di servizio
- Empowerment: guardare e sostenere i punti di forza (risorse e competenze dei consumatori)
- Prospettiva dell'autoregolazione dell'uso di droghe

## **Servizi**

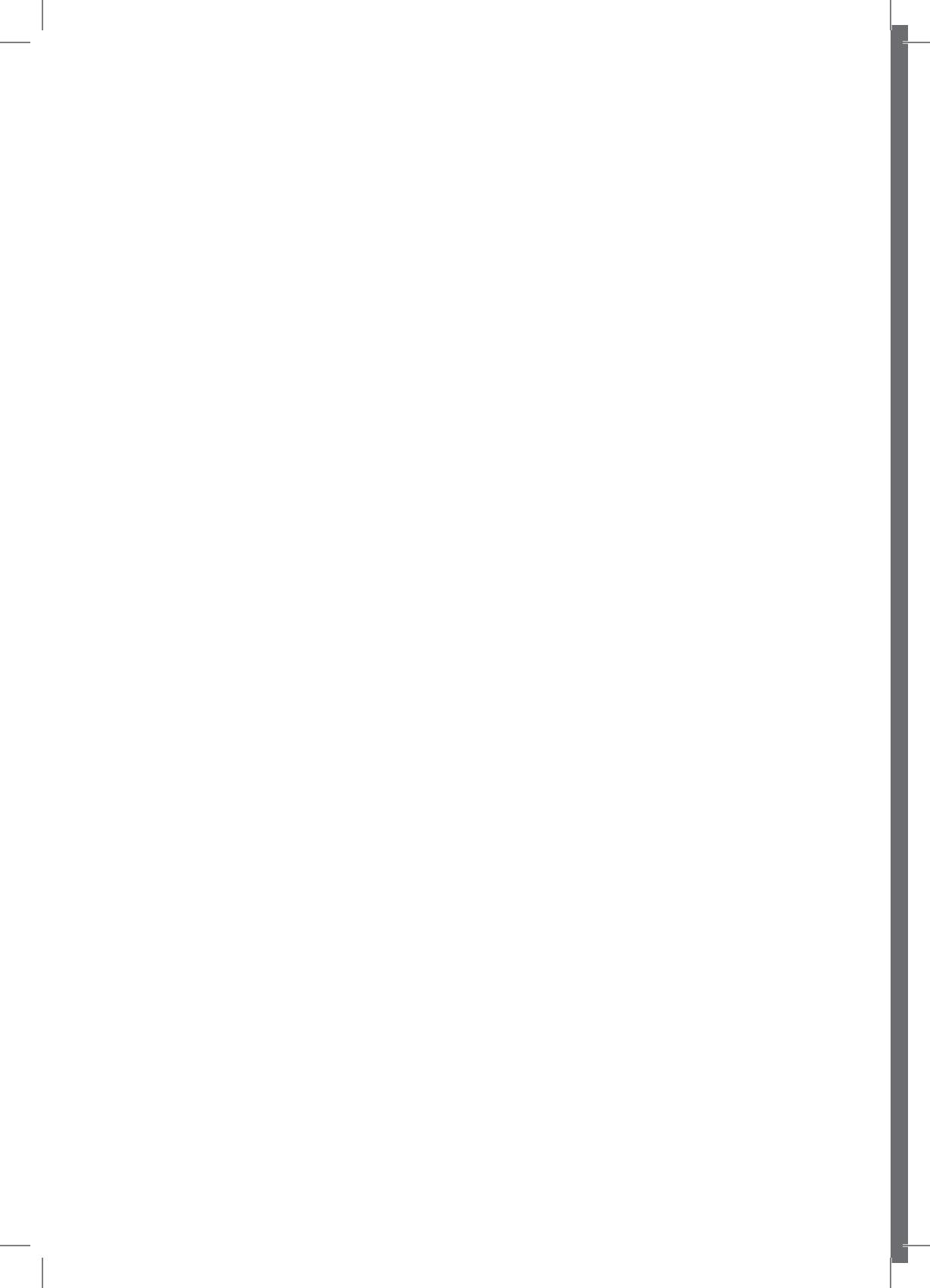
- Équipe di Strada in contesti marginali (con o senza Unità Mobile)
- Équipe in contesti del divertimento
- Strutture a bassa soglia o drop-in
- Strutture intermedie a bassa soglia per persone in carico ai SerD

**Prestazioni e Funzioni (sia nell'ambito di servizi diversi di RdD/LdR che nei SerD, compresi gli Istituti di Pena, Comunità o anche configurando strutture autonome)**

- Counseling
- Accompagnamento/sostegno a un trattamento
- Trattamenti con farmaci agonisti (metadone e suboxone) con l'obiettivo dell'autoregolazione non esclusivamente orientati all'astinenza
- Materiale informativo per la Riduzione dei rischi
- Percorsi sui rischi di overdose in uscita dalle comunità
- Kit di RdD in uscita dal carcere
- Chill out
- Materiali per l'uso sicuro delle droghe
- Drug checking
- Screening per l'HIV e l'HCV
- Distribuzione Naloxone
- Empowerment e protagonismo delle persone che usano sostanze e pratiche di supporto tra pari

Oltre che indicatori per il monitoraggio e la valutazione di efficacia dei LEA RdD/LdR come previsto dalla normativa specifica.

*\*Le riflessioni di cui a questo articolo sono tratte ed elaborate dal documento "LEA RdD Le proposte delle associazioni" del 25 marzo 2019.*



**ALLEGATI**

# Linee di Indirizzo per i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

a cura di Cnca

## Premessa

Alla luce dell'inserimento dei servizi di RdR e LdR nell'aggiornamento dei LEA nazionali, il Cnca, quale rete più estesa degli Enti del terzo settore che gestiscono questa tipologia di servizi in Italia, ha deciso di contribuire con un documento per tutte quelle amministrazioni regionali che dovranno a breve deliberare in merito. A questo scopo è stato costituito un gruppo di lavoro interno al CNCA rappresentativo delle regioni che da più tempo hanno accumulato esperienza nell'ambito della RdD/LdR. A partire dai documenti regionali disponibili in materia (Lazio<sup>1</sup>, Toscana<sup>2</sup>, Piemonte<sup>3</sup>, Lombardia<sup>4</sup>, Umbria<sup>5</sup> ed Emilia Romagna<sup>6</sup> ) è stato costruito questo documento che vuole essere una indicazione di base tracciando quello che secondo il CNCA deve essere il minimo da garantire su ogni territorio per quanto riguarda l'accesso e l'esigibilità dei diritti all'assistenza nell'ambito della RdD/LdR.

Gli interventi di riduzione del danno in Italia risalgono ai primi anni '90, annoverano ormai più di 25 anni di operatività, diventando pratica validata e consolidata. Gli ultimi indirizzi orientativi di riferimento per gli operatori dei servizi socio-sanitari risalgono alle Linee guida elaborate nel 2000 dal Ministero della Salute (allora Ministero della sanità) e successivo aggiornamento del 2008 (a cura del Comitato scientifico presso il Ministero Affari sociali), e al Piano d'azione nazionale 2008-2012 del Ministero "Affari sociali". Il recente aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), include (art. 28, lettera K) gli interventi di RdD/LdR. L'obiettivo della definizione dei LEA della RdD/LdR consiste nell'acquisire una uniformità di prestazioni (regionali e nazionali), superando le differenze e disparità di interventi che non dipendono dalla diversità dei bisogni dei differenti contesti, ma dall'omissione di interventi necessari ed indispensabili.

Sin dal 2005, il Consiglio d'Europa (EU Drug Strategy 2005-12) definisce la riduzione del danno come uno dei quattro pilastri, ovvero uno degli elementi chiave, su cui fondare l'azione di contrasto alla droga secondo la strategia dell'Unione Europea:

Secondo EMCDDA e Harm Reduction International (HRI) si definisce la RdD/LdR come

<sup>1</sup> I Decreto Commissario ad Acta U00013 del 13/1/15

<sup>2</sup> DGR 1127 del 16/12/13

<sup>3</sup> Documento tecnico Regione Piemonte - Coordinamento Tecnico Regionale Dipendenze (CTR) - Gruppo LEA RdD/LdR- 5/2/18

<sup>4</sup> Documento Tecnico Regione Lombardia - Cabina di Regia Dipendenze 24/05/13

<sup>5</sup> DGR 1400 del 27/11/17

<sup>6</sup> DGR 1184 del 2/8/17

*“Un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani”.*

L’impatto sulla salute pubblica degli interventi di RdD è stata misurata e sono numerose le pubblicazioni in merito; una recente revisione sistematica riporta l’efficacia dei programmi di scambio siringhe per ridurre l’incidenza di epatite C tra i consumatori per via iniettiva. Questi ed altri interventi, come riportato in una recente monografia di EMCDDA si basano sul presupposto di favorire al massimo l’accesso ai Servizi socio-sanitari pubblici e privati, rivolgendosi a persone che usano droghe (PUD), abitualmente o meno, si rivolgono anche a persone che non hanno contatti con i Servizi socio-sanitari pubblici e/o del Privato sociale, e che hanno interrotto le relazioni con le reti di riferimento, a PUD in carico ai Servizi pubblici dedicati (SerD), ma che continuano a consumare sostanze e alcol, a giovani che usano sostanze e che frequentano i luoghi del divertimento e dell’intrattenimento notturno legali ed illegali (rave party, festival musicali, cosiddette “movida urbana”). L’efficacia della riduzione del danno nelle drug policy è stata più volte dimostrata. A partire dalla riduzione di patologie a interventi nei luoghi del divertimento ([http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/nightlife-festival-and-other-recreational-settings\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/nightlife-festival-and-other-recreational-settings_en))

Nelle seguenti tabelle sono state individuate:

- 4 tipologie di servizi/interventi che si ritengono necessari su tutti i territori che andranno declinate in funzione delle caratteristiche demografiche e socio culturali e che faranno emergere bisogni e peculiarità differenti;
- Le prestazioni che nel nostro pensiero dovrebbero essere inserite nei LEA

## 1. Tipologie di Servizi/interventi

### CONTESTI

#### 1. Contesti urbani e luoghi di aggregazione di persone che usano sostanze legali ed illegali

### TIPOLOGIA DI SERVIZIO

Unità Mobile in contesti di consumo e spaccio

### CARATTERISTICHE

Servizi di outreach che possono usare anche mezzi mobili (camper, furgoni).

Si rivolgono a persone che consumano sostanze psicotrope, legali e/o illegali in condizione e/o a rischio di marginalità, nei loro luoghi di incontro e di aggregazione ivi compresi contesti caratterizzati da gruppi etnici definiti in modo specifico.

Hanno finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi/danni, promozione e acquisizione di comportamenti a salvaguardia della propria e altrui salute e di orientamento, invio e accompagnamento alle reti locali dei servizi.

La relazione con le persone si basa sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse nella prospettiva dell'empowerment del singolo e del gruppo.

---

#### **PRESTAZIONI**

Attività di osservazione, mappatura, monitoraggio dei fenomeni connessi al consumo di sostanze.

Distribuzione di materiale informativo sui rischi/danni correlati all'uso di sostanze (infezioni quali HCV, HBV, HIV, I.S.T., overdose, ecc.).

Facilitazione all'accesso ai test di screening HIV/HBV/HCV.

Distribuzione di presidi sanitari (siringhe, acqua sterile, tamponcini disinfezionanti, lacci emostatici, profilattici ecc.), distribuzione informata di fiale di naloxone cloridrato) per il primo soccorso all'overdose da eroina.

Attività di ascolto e counseling, finalizzata e all'orientamento e/o invio e accompagnamento verso i servizi del territorio.

Implementazione delle strategie di rete con il sistema integrato dei servizi formali ed informali.

Eventuale elenco (consulitori, servizi sociali, Forze dell'Ordine, volontariato, ecc.).

Lavoro di mediazione sociale e dei conflitti.

---

#### **CONTESTI**

---

#### **2. Contesti urbani e luoghi di aggregazione di persone che usano sostanze legali ed illegali**

---

#### **TIPOLOGIA DI SERVIZIO**

Drop in – centro intermedio a bassa soglia di accesso

---

#### **CARATTERISTICHE**

Sono finalizzati al contatto e all'accoglienza di persone che consumano sostanze psicotrope, legali e/o illegali che vivono anche in condizione e/o a rischio di marginalità. Questo genere di attività sono pensate per rispondere a bisogni di target differenti come ad esempio senza fissa dimora italiani e/o stranieri o anche giovani utilizzatori ricreativi di nuove sostanze psicotrope.

Hanno finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi/danni e promozione acquisizione di comportamenti a salvaguardia della propria e altrui salute; di orientamento, invio

e accompagnamento alle reti locali dei servizi.

La relazione con le persone si basa sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse nella prospettiva dell'empowerment del singolo e del gruppo.

Accesso libero senza documenti.

Diretta attraverso richiesta personale libera da patti terapeutici o invii formali da parte di servizi sanitari o sociali.

#### **PRESTAZIONI**

---

Attività di osservazione, mappatura, monitoraggio dei fenomeni connessi al consumo di sostanze.

Distribuzione di materiale informativo sui rischi/danni correlati all'uso di sostanze (infezioni quali HCV, HBV, HIV, I.S.T., overdose, ecc.).

Facilitazione all'accesso ai test di screening HIV/HBV/HCV.

Distribuzione di presidi sanitari (siringhe, acqua sterile, tamponcini disinfettanti, lacci emostatici, profilattici ecc.), distribuzione informata di fiale di naloxone cloridrato) per il primo soccorso all'overdose da eroina.

Attività di ascolto e counseling, finalizzata e all'orientamento e/o invio e accompagnamento verso i servizi del territorio.

Implementazione delle strategie di rete con il sistema integrato dei servizi formali ed informali.

Eventuale elenco (consulitori, servizi sociali, Forze dell'Ordine, volontariato, ecc.).

Lavoro di mediazione sociale e dei conflitti.

Servizi di Lavanderia e doccia e bisogni primari.

Presa in carico "leggera" di persone che non possiedono i requisiti per accedere ai Servizi deputati alla presa in carico e al trattamento (Persone senza residenza anagrafica, stranieri senza permesso di soggiorno, drop - out dai Servizi ecc).

---

#### **CONTESTI**

### **3. Contesti del divertimento giovanile legale e illegale (rave party, discoteche, eventi musicali)**

---

#### **TIPOLOGIA DI SERVIZIO**

---

Unità mobile con postazioni attrezzate in grandi eventi di aggregazione giovanile

#### **CARATTERISTICHE**

---

Servizi destinati al contatto con persone che consumano sostanze psicotrope, legali e/o illegali nei contesti/eventi di intrattenimento quali: festival musicali, rave, free party, eventi in discoteca, con finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi/danni e di orientamento alle reti locali dei servizi. La relazione con le persone si basa sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse nella prospettiva dell'empowerment del singolo

e del gruppo. Questo tipo di servizi riguarda eventi che per dimensione, numero di partecipanti e provenienza degli stessi deve avere caratteristiche perlomeno regionali. In particolari situazioni è indispensabile un coordinamento regionale ed interregionale. Accesso libero.

#### PRESTAZIONI

---

Attività di osservazione, mappatura, monitoraggio dei fenomeni connessi al consumo di sostanze. Integrazione in logica biunivoca con il sistema di allerta rapido nazionale.

Allestimento spazi (Chill Out) di decompressione e 1° soccorso e contatto con il target durante lo svolgersi degli eventi.

Distribuzione di materiale informativo sui rischi dell'uso di sostanze (infezioni quali epatite, HIV, prevenzione dell'overdose, comportamenti per il primo soccorso)

Distribuzione di presidi sanitari, profilattici), inoltre possibilità di fare il test con etilometro.

Attività di mediazione fra organizzatori di eventi orientate al miglioramento delle condizioni di sicurezza.

Primo soccorso, presidio sanitario presente.

Offerta di acqua potabile e generi di conforto.

Attività di ascolto e consulenza finalizzate alla gestione di situazioni di crisi e attività di accompagnamento e/o invio ai servizi di Pronto Soccorso e/o socio sanitari del territorio.

Counseling e orientamento alla rete dei servizi.

Implementazione delle strategie di rete con il sistema integrato dei servizi formali ed informali.

Eventuale elenco (consultori, servizi sociali, Forze dell'Ordine, volontariato, ecc.).

Distribuzione di materiale informativo sui diversi strumenti di prevenzione delle infezioni e delle overdose.

#### CONTESTI

#### **4. Contesti territoriali\* dell'aggregazione e del divertimento giovanile diurni e notturni e contesti urbani conosciuti come "movida" (bar, pub, piazze, luoghi di ritrovo).**

\*legati ad una certa stabilità e continuità di pianificazione territoriale degli interventi (protocollo con gestori, con enti locali, ecc.).

#### TIPOLOGIA DI SERVIZIO

Unità Mobile/Postazione attrezzata, allestita nei luoghi di aggregazione e divertimento giovanile

#### CARATTERISTICHE

Servizi destinati al contatto con persone che consumano sostanze psicotrope, legali e/o

illegali nei luoghi di aggregazione e divertimento giovanile quali: bar, pub, piazze, luoghi di ritrovo, con finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi/danni e di orientamento alle reti locali dei servizi.

La relazione con le persone si basa sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse nella prospettiva dell'empowerment del singolo e del gruppo.

#### **PRESTAZIONI**

Attività di osservazione, mappatura, monitoraggio dei fenomeni connessi al consumo di sostanze.

Contatto con persone consumatrici di sostanze legali e illegali, anche occasionali, mediante interventi orientati alla riduzione dei rischi.

Somministrazione volontaria del test etilometrico.

Distribuzione di materiale informativo sui rischi legati all'uso e abuso di alcol e sostanze e alla combinazione del consumo con la guida di veicoli.

Strategia individuazione del guidatore designato.

Allestimento di spazi di decompressione in occasione di grandi eventi o di serate caratterizzate dalla presenza di musica techno.

Implementazione delle strategie di rete con il sistema integrato dei servizi formali ed informali.

Eventuale elenco (consulitori, servizi sociali, Forze dell'Ordine, volontariato, ecc.)

#### **Raccomandazioni**

Le tipologie indicate nella tabella soprastante sono state costruite con l'intento di costituire una "soglia base" di riferimento, che il CNCA pensa come modello indispensabile e replicabile in ogni contesto territoriale. È però necessario sottolineare come alcune implementazioni trasversali debbano comunque essere considerate come strumenti rilevanti e determinanti per il successo delle attività, in particolare:

- Sarà necessario definire degli indicatori per monitorare i servizi sia a livello locale che nazionale, seguendo le indicazioni della letteratura e di EMCDDA. Tale sistema di monitoraggio permette inoltre di restituire in tempo reale i risultati alle committenze dirette e indirette, agli enti attuatori, agli operatori coinvolti e alle persone del target.
- Il livello di competenza richiesto agli operatori di prossimità è molto ampio e trasversale e cambia velocemente in funzione dei cambiamenti sociali, etnici, culturali e degli stili di vita e di consumo, è dunque indispensabile prevedere e garantire formazioni continue dedicate agli operatori e concordate con loro in funzione dell'emersione di nuovi bisogni.
- Multicultura e multietnicità impongono di considerare l'utilizzo della mediazione linguistico-culturale soprattutto nelle strutture di prossimità
- L'empowerment come obiettivo richiede un'adeguata lettura e restituzione degli skill e il riconoscimento delle persone incontrate come "portatori di conoscenze" e potenziali

efficaci veicoli di informazione, formazione e cambiamento nei gruppi di appartenenza, per questo il supporto fra pari, informale e/o formale è uno degli strumenti di elezione nelle politiche di RdD/LdR.

- Il CNCA dopo le recenti esperienze e il confronto internazionale suggerisce Il drug checking come strumento estremamente efficace non solo in ottica diretta di RdD/LdR ma come strumento di facilitazione della relazione e come fonte rilevante di informazione per operatori, servizi e policy maker. Lo ritiene dunque un'implementazione indispensabile in tutti i contesti in cui sia rilevante la variabilità dei pattern di consumo e utile comunque in tutte le tipologie di servizi sopraindicati.
- Occorre poi sottolineare l'importanza dell'ingaggio e della connessione con gli Enti Locali al fine di garantire le prestazioni sociali di loro specifica competenza ad integrazione delle prestazioni socio sanitarie.

## **2. Prestazioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza relativi all'ambito RdD/LdR**

### **PRESTAZIONI**

#### **1. Counselling**

##### **DESCRIZIONE**

Il counselling è una tecnica di colloquio che mira a sostenere e abilitare la persona a prendere decisioni utili per la propria vita. In ambito di RdD/LdR, particolarmente, la metodologia include l'approccio del counselling breve, si basa sulla centralità della persona (counselling client oriented), sulla sua titolarità a definire i propri obiettivi, opera nella direzione dell'uso sicuro e dell'autoregolazione dei consumi, della prevenzione delle IST e di altri danni correlati, riconosce, valorizza e sostiene le competenze del consumatore. Il counselling per la RdD/LdR interviene in ogni fase della traiettoria di consumo, non ha obiettivi predeterminati, opera step by step verso modalità di uso funzionali e meno rischiose. Il counselling può avvenire on line, anche attraverso l'utilizzo di programmi di automonitoraggio e self management del consumo, chat e e-counselling con operatori professionali e forum o blog tra pari.

##### **SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Carcere; SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in; website di consulenza on line.

##### **NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Il counseling offerto a persone migranti ove necessario deve potersi avvalere della mediazione linguistico culturale.

---

**PRESTAZIONI****2. Accompagnamento / Sostegno alla cultura****DESCRIZIONE**

Nei servizi a bassa soglia e nella relazione d'aiuto a legame debole l'accompagnamento e il sostegno alla cura permette, sia di dare risposte a bisogni concreti e puntuali, sia di lavorare per sviluppare la motivazione a prendersi cura della propria salute fisica e psichica. In conformità ai modelli teorici di riferimento della RdD/LdR questo tipo di attività è finalizzata a favorire processi di empowerment e di advocacy

**SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

SerD; interventi di outreach; drop in

**NOTE E RACCOMANDAZIONI**

I servizi di RdD/LdR sono nati soprattutto per rispondere all'emergenza della diffusione di gravi patologie droga-correlate. Le prassi quotidiane di questi interventi hanno fatto emergere l'esigenza di lavorare nella direzione dell'accompagnamento e del sostegno alla cura. Questo tipo di approccio implica una maggiore complessità professionale e organizzativa ed è un'evoluzione concettuale e metodologica non ancora patrimonio implicito e condiviso. L'attività di accompagnamento e sostegno alla cura offerto a persone migranti deve potersi avvalere della mediazione culturale.

---

**PRESTAZIONI****3. Materiale informativo****DESCRIZIONE**

Flyer cartacei e/o virtuali da distribuire nei setting di uso e nei servizi o tramite web, esplicativi delle caratteristiche delle sostanze legali e illegali secondo un approccio scientifico, degli effetti desiderati e indesiderati, dei comportamenti utili a promuovere un uso consapevole e funzionale alla vita del consumatore, a ridurre rischi e danni potenzialmente correlati all'uso e alle diverse modalità di assunzione.

**SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Carcere; SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in; consulenze on line

**NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Il materiale offerto a persone migranti deve prevedere la traduzione nelle diverse lingue; le informazioni offerte devono considerare eventuali specificità di genere; per una maggiore adeguatezza delle informazioni e una migliore efficacia comunicativa, è raccomandato includere i destinatari nel processo di redazione dei messaggi e delle informazioni.

**PRESTAZIONI****4. Materiali per la riduzione del rischio nell'uso di sostanze psicoattive****DESCRIZIONE**

Distribuzione gratuita di materiali a scopo di promozione di modalità sicure di assunzione e di prevenzione dei rischi e dei danni potenziali legati all'assunzione di sostanze. In relazione ai diversi pattern e setting di uso, distribuzione di: materiale sterile per l'assunzione per via iniettiva (siringhe, fiale di vetro di acqua sterile, tamponi disinfettanti); materiale sterile per altre vie di assunzione (inalazione o fumo): cannucce monouso, lamina di alluminio idonea all'uso; altro materiale di profilassi: es- profilattici per la prevenzione delle IST; distribuzione di liquidi per prevenire la disidratazione; tutti gli altri presidi utili a prevenire rischi correlati a specifiche modalità / setting di uso.

**SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in; erogatori automatici sul territorio; eventuali altri servizi / attività sul territorio in contatto con i destinatari. Tra cui una particolare attenzione al Carcere.

**NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Ai fini di ampliare la rete di distribuzione di alcuni dei presidi citati, è auspicabile l'attivazione di altri attori del territorio, in ambito sanitario (farmacie, medici di base) e non sanitario (servizi sociali, dormitori, gestori di locali), adeguatamente informati e accompagnati da operatori della RdD/LdR, secondo l'approccio del lavoro di rete e dell'empowerment di comunità locale. Allo scopo di valutare l'adeguatezza dei materiali, è auspicabile il coinvolgimento dei destinatari, anche attraverso le associazioni d'interesse, e degli operatori del settore. In riferimento agli interventi nei luoghi del divertimento, è necessario che nell'organizzazione degli interventi si possa garantire, attraverso la sensibilizzazione degli organizzatori e delle amministrazioni locali, la fornitura gratuita di acqua, come strumento di tutela della salute.

**PRESTAZIONI****5. Drug checking****DESCRIZIONE**

Identificazione e analisi delle sostanze psicoattive - attraverso l'utilizzo di diverse metodiche e strumenti disponibili - all'interno dei contesti del consumo e nei servizi di RdD/LdR, e contestuale restituzione ai alle persone delle informazioni così acquisite, al fine di migliorare le loro conoscenze circa composizione ed effetti delle droghe presenti sul mercato, con attenzione particolare alle NSP, e accrescere la capacità di auto protezione e contenimento dei rischi potenziali. Il drug checking favorisce la relazione e l'attività

di counselling rivolto ai alle persone che usano sostanze nel rispetto degli standard di garanzia della privacy. Consente al tempo stesso di aumentare la conoscenza degli operatori circa i modelli di consumo e il loro monitoraggio, valorizza le competenze delle persone che usano sostanze e si interfaccia con il sistema di allerta nazionale e regionale SAR sulle pericolosità delle sostanze, in funzione della limitazione dei rischi e dei danni. Creazione di un albero diagnostico discriminatorio per le procedure di riconoscimento nei laboratori di secondo livello delle NPS.

#### **SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

SerD; interventi di outreach (contesti ed eventi del loisir, legali e illegali, tranne eventi a carattere popolare e tradizionale quali sagre ecc; tutte le modalità di intervento, con unità mobile o meno); drop in.

#### **NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Il drug checking è auspicabile per tutte le sostanze di cui non si conosca qualità e composizione a causa del loro statuto illegale, dunque sia per le sostanze “quali oppiacei e cocaina sia per quelle sintetiche e NPS. Per questa ragione, può essere effettuato sia in contesti informali e setting naturali di uso che presso i servizi.

È raccomandata l'implementazione di un servizio appositamente dedicato all'analisi, alla restituzione contestuale e al counselling, in tempi rapidi. Nei setting commerciali (locali, discoteche) e negli eventi organizzati, legali e illegali, la sua effettuazione è preceduta da accordi con gestori e organizzatori, al fine di garantire la massima accessibilità ed efficacia e disporre di un contesto relazionale adeguato e che garantisca l'anonimato.

---

#### **PRESTAZIONI**

### **6. Alcoltest**

---

#### **DESCRIZIONE**

L'utilizzo dell'etilometro permette di effettuare un efficace lavoro di aumento della consapevolezza e prevenzione rispetto al comportamento a rischio di guida in stato di ebbrezza; favorisce inoltre la relazione e la possibilità di effettuare counselling per la promozione di un consumo più consapevole di alcool.

---

#### **SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in.

---

#### **NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Oltre all'utilizzo di etilometri elettronici, possono essere utilizzati e distribuiti etiltest chimici monouso, specifici per neo patentati.

**PRESTAZIONI****7. Presidio socio sanitario nei setting naturali di uso e negli interventi di outreach****DESCRIZIONE**

Interventi / presidi che prevedono la presenza di personale infermieristico e/o medico con esperienza nel settore del consumo e delle dipendenze. Nell'ambito dei contesti di divertimento e del loisir per Presidio infermieristico-sanitario si intende un'area sanitaria attrezzata, mobile e adattabile ai diversi contesti, formali e informali. Presta assistenza sanitaria e primo soccorso attraverso triage, monitoraggio delle situazioni sanitarie e l'eventuale richiesta dell'intervento del soccorso avanzato qualora necessario.

**SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Interventi di outreach (tutti i contesti, tranne eventi a carattere popolare e tradizionale quali sagre ecc; tutte le modalità, con o senza unità mobile).

**PRESTAZIONI****8. Screening base Hiv, Hcv, Hbv\* da rivedere per questione vaccino****DESCRIZIONE**

Offerta di screening infettivologico Hiv, Hcv, Hbv e Lue anche attraverso test rapidi (HIV-HCV) in setting formali e informali e nei servizi, in forma consensuale, anonima e gratuita; effettuazione del test e restituzione degli esiti accompagnate da counselling mirato all'informazione, alla prevenzione e limitazione dei comportamenti a rischio, nonché eventuale accompagnamento alle Unità di malattie infettive e ai trattamenti.

**SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Carcere; SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in.

**PRESTAZIONI****9. Naloxone****DESCRIZIONE**

- Distribuzione gratuita di naloxone ai consumatori e alle loro reti prossime (familiari e amicali) per incentivare un'azione diffusa e una rete capillare per la prevenzione delle morti per overdose da oppiacei. Il quadro normativo italiano stabilisce che il naloxone sia un farmaco da banco, utilizzabile da tutti i cittadini anche privi di competenze sanitarie, date le sue caratteristiche farmacologiche che ne fanno un farmaco salvavita sicuro, privo di particolari rischi ed effetti indesiderati. La consegna del farmaco avviene nei servizi e nei contesti di intervento con la consulenza degli operatori professionali e/o pari, attraverso interventi di informazione e formazione – individuale e di gruppo- e consulenza individuale

mirata a un suo corretto utilizzo. La maggior efficacia e capillarità della distribuzione di naloxone implica la valorizzazione delle competenze delle persone che usano sostanze e l'attivazione delle loro reti e relazioni amicali, familiari e sociali.

- Disponibilità e l'accesso al farmaco nelle farmacie, come previsto dalla normativa vigente, e corretta informazione dei farmacisti nel merito, nonché loro sensibilizzazione alla promozione del farmaco e a fornire ai clienti una adeguata informazione sul suo utilizzo.

#### **SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Carcere; SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in.

#### **NOTE E RACCOMANDAZIONI**

L'Italia è uno dei pochi paesi nel mondo ad aver oltre vent'anni di esperienza nella distribuzione di naloxone a fini di RdD/LdR, sebbene in modo diseguale a livello regionale. Questa esperienza enfatizza il ruolo proattivo, di empowerment per la promozione della salute giocato dai consumatori, sia informalmente che attraverso esperienze organizzate di peer support. La facilitazione e promozione del peer support in questo ambito è da considerarsi una pratica professionale funzionale ed efficace, fortemente raccomandata. In ambito carcerario è necessario prevedere un sistema e un protocollo di pronto intervento per overdose e altri danni correlati al consumo, stipulato tra gli operatori interni (SerD, operatori sanitari, infermieri, agenti) che metta gli stessi operatori in grado di intervenire tempestivamente.

#### **PRESTAZIONI**

### **10. Empowerment e protagonismo delle persone che usano sostanze per l'auto e l'etero promozione della salute e del benessere**

#### **DESCRIZIONE**

Gli interventi di RdD/LdR hanno nelle competenze e nell'attivazione delle persone che usano sostanze un aspetto metodologico cruciale, in quanto assumono l'approccio proattivo di promozione della salute che si basa sul coinvolgimento attivo dei destinatari e dell'intera comunità sociale. Coerentemente, sotto il profilo delle prestazioni professionali, gli interventi e i servizi di RdD/LdR implicano:

- la conoscenza, il sostegno, il riconoscimento e il rafforzamento delle competenze, delle abilità e delle reti relazionali delle persone che usano sostanze, ai fini della promozione di stili di consumo più sicuri
- lo sviluppo e la facilitazione di percorsi di supporto tra pari tra consumatori, sia a livello informale (peer support e self empowerment individuale e di gruppo) che organizzato (formazione, sostegno e coinvolgimento di gruppi di peer support o di singoli peer educators nell'ambito degli stessi servizi / interventi).

#### **SERVIZI/CONTESTI D'INTERVENTO**

Carcere; SerD; interventi di outreach (tutti i contesti; tutte le modalità); drop in.

#### **NOTE E RACCOMANDAZIONI**

Nella RdD/LdR le competenze delle persone che usano sostanze sono valorizzate in diverse prospettive:

- conoscenza aggiornata dei modelli di consumo, della qualità delle sostanze sul mercato, del mercato stesso
- conoscenza e valorizzazione delle strategie di autoregolazione del consumo (individuali e gruppali) viste anche come risorsa da valorizzare negli interventi professionali
- consulenza nella produzione di materiali informativi
- sviluppo di una comunicazione orizzontale tra pari per la prevenzione, la limitazione dei rischi e la riduzione dei danni
- cooperazione solidale tra consumatori (peer support)
- collaborazione e interventi in sinergia con i servizi
- risorsa per la valutazione e il ri-orientamento di servizi e interventi
- attivazione per un rapporto positivo con il contesto sociale.

Bibliografia e sitografia disponibile on line sul sito [www.cnca.it](http://www.cnca.it) sezione progetti, progetto PAS.



# Revisione della letteratura su RdD e RdR

A cura di Antonella Camposeragna, ricercatrice e psicologa sociale

## Premessa

Quando si parla di “riduzione del danno” (RdD) generalmente ci si riferisce a politiche e programmi che mirano a ridurre i danni associati all’uso di droghe. Ciò che caratterizza tali programmi è il focus sulla prevenzione dei danni causati dall’uso di droga piuttosto che sulla prevenzione del consumo di droga in sé, perché nasce dal concetto pragmatico che non tutti i consumatori di droga vogliono smettere di usare sostanze, almeno in certi momenti della loro vita.

I principi su cui si basa la RdD sono spesso radicati negli ideali del pragmatismo, che considera gli obiettivi a breve termine come raggiungibili, e sul riconoscimento che le droghe dannose e comportamenti rischiosi esistono da quando esiste l’uomo e pertanto hanno fatto e sempre saranno parte della società [1].

Il principale stimolo allo sviluppo di politiche e programmi di riduzione del danno è dovuto al ruolo che l’uso di droghe per via iniettiva e la condivisione di aghi e siringhe hanno avuto nella diffusione dell’epidemia da HIV negli anni '80 e '90; dinnanzi a tale epidemia le politiche sulle droghe hanno infatti dovuto mutare la gerarchia delle priorità, mettendo al primo posto non più il favorire l’astinenza, bensì il ridurre il numero di siringhe/aghi condivisi. Nei fatti, in seguito al diffondersi dell’epidemia, molti paesi hanno avviato politiche e interventi atti a ridurre questi comportamenti, ritenendo che puntare sull’astinenza dell’uso di droghe non poteva essere un obiettivo raggiungibile a breve termine, e pertanto era da considerarsi un obiettivo con una bassa efficacia nell’immediato. Da allora, la RdD si configura come parte integrante della risposta politica al consumo di droghe in Europa, nonché come espressione dell’approccio mainstreaming di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d’azione europei, e quindi inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri.

E’ innegabile che negli ultimi decenni, in Europa, siano aumentate la gamma dell’offerta e l’efficacia degli interventi per le persone che usano droghe (PWUD), in particolare oppioidi, e per le persone ne fanno uso per via iniettiva. Nella maggior parte degli stati membri sono ormai routinari programmi di scambio siringhe (NSP), in associazione o meno con programmi di trattamento con terapie agoniste (OAT) [2] che hanno contribuito in modo determinante alla riduzione delle infezioni virali (HIV, HCV) e batteriche (TB),

overdose, ma soprattutto della mortalità tra le PWUD.

Il fatto che la RdD sia inserita nei LEA, implica che essa sia oramai considerata un intervento appropriato per il sistema sanitario nazionale. Il concetto di appropriatezza è una dimensione della qualità dell'assistenza e, data la sua complessità e multidimensionalità, sono molti i termini ad essa correlati, quali efficacia, efficienza, equità, necessità clinica, variabilità geografica della pratica clinica.

Questo breve documento vuole essere una sintesi delle prove di studi scientifici in merito all'efficacia della RdD. Si rimanda alla pagina dedicata al progetto PAS sul sito del Cnca: [www.cnca.it](http://www.cnca.it) per una revisione della letteratura disponibile più esaustiva.

## **Obiettivi**

L'obiettivo principale del presente documento è quello di presentare una panoramica della letteratura disponibile sulle evidenze di efficacia della riduzione del danno e della limitazione dei rischi, tenendo conto dei diversi indicatori di esito e dei target di riferimento.

I contesti in cui si sono presi in considerazione gli interventi sono stati quelli di comunità, ovvero interventi rivolti al territorio, e quelli in contesto carcerario; questi ultimi, data la peculiarità del contesto, sono un sotto capitolo a parte.

Gli esiti considerati sono stati:

- 1. La riduzione della mortalità**
- 2. La riduzione della trasmissione di infezioni**
- 3. L'aggancio con i consumatori di sostanze più a rischio di esclusione**

## **Materiali e Metodi**

Sono stati inclusi in primis revisioni sistematiche, in quanto sono uno strumento di sintesi di più studi. Le revisioni sistematiche infatti riassumono le prove disponibili sulla efficacia degli interventi sanitari attraverso l'analisi e sintesi dei risultati degli studi primari su un determinato intervento. Poiché come espresso in premessa il termine RdD è un termine ampio, per identificare le revisioni si è compiuta una ricerca bibliografica su data base bibliografici specifici; le fonti di ricerca sono state infatti la Cochrane Library <https://www.cochranelibrary.com/> e il portale delle evidenze di EMCDDA [http://www.emcdda.europa.eu/best-practice\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en).

## **Risultati**

### Interventi di RdD rivolti alla Riduzione della Mortalità tra PWUD

L'intervento che riporta il numero maggiore di evidenze sull'efficacia della riduzione della mortalità tra i consumatori di oppiacei è la somministrazione di metadone a mantenimento. La letteratura infatti considera il trattamento a mantenimento con metadone una misura di Riduzione del Danno più che un trattamento vero e proprio, perché l'obiettivo

non è la remissione dalla sostanza.

Due le revisioni sistematiche giungono alla conclusione che il trattamento con metadone a mantenimento riduca significativamente il rischio di mortalità tra i consumatori di oppiacei.

Nella prima revisione [3], 14 studi hanno analizzato l'occorrenza di mortalità per overdose, mentre quattro studi hanno riportato l'occorrenza di eventi di overdose non fatali. In totale gli studi hanno osservato 80.919 persone dipendenti da oppiacei, con un'età media di 29.3 anni. Tutti gli studi, eccetto uno, hanno mostrato un significativo eccesso del rischio di mortalità per le persone non in trattamento rispetto a quelle in trattamento metadonico, sia per tutte le cause di morte che per la morte per overdose. In particolare l'essere in trattamento metadonico (5 studi osservazionali, 43035 partecipanti, RR=0.37, IC95%: 0.29-0.48) ha un effetto protettivo, ovvero riduce il rischio di mortalità del 63% per qualsiasi causa, nelle persone in trattamento rispetto a coloro che non lo sono.

Nella revisione sistematica pubblicata sul bollettino dell'OMS [4], si riportano gli esiti della mortalità confrontando periodi di trattamento e periodi di astensione dallo stesso in 6 studi osservazionali; il rischio di mortalità era di 2.5 volte maggiore tra le persone che non erano al momento in trattamento (RR: 2.52, IC 95%: 1.50 - 4.00). Nella stessa revisione si confrontano i rischi di overdose tra coloro che sono in trattamento a mantenimento e coloro che sono in attesa di riceverlo o lo hanno interrotto o sono passati a un trattamento di disintossicazione in 5 studi osservazionali; il trattamento a mantenimento risulta avere un effetto protettivo dell'80% (RR 0.17, IC 95 %: 0.05- 0.63). L'efficacia della distribuzione di fiale di naloxone, il cosiddetto take home naloxone, nella riduzione del rischio di mortalità per overdose tra i consumatori di oppiacei è dimostrata in una revisione di EMCDDA del 2015 [5]. In una serie storica con 2912 soggetti, gli interventi di distribuzione del naloxone accompagnati da attività di addestramento e attività informative, hanno mostrato avere un effetto protettivo del 46% per la riduzione della mortalità per overdose da oppiacei (RR aggiustato: 0.54, IC 95% 0.39–0.76). In una pubblicazione del gruppo NEPTUNE britannico [6], che traccia linee guida sulla base di evidenze scientifiche, si raccomanda l'utilizzo del naloxone in caso di sospetta overdose anche per gli oppiodi sintetici (fentanyl e derivati), sia da parte delle unità di strada che dei reparti di emergenza ospedaliera.

### **Interventi di RdD rivolti alla Riduzione della Trasmissione di Infezioni**

In una revisione sistematica con meta-analisi [7], che ha incluso 28 studi per un totale di 11.070 persone che facevano uso di droghe per via iniettiva, è stato mostrato che il trattamento sostitutivo riduce il rischio di contrarre l'infezione da HCV del 50% (RR= 0.50, IC95 %: 0.40 - 0.63). Nella stessa revisione, è stato dimostrato come un'alta copertura di programmi di scambio siringhe, definita come il poter accedere regolar-

mente a programmi di scambio siringhe, possa ridurre del 76% il rischio di contrarre un'infezione da HCV (RR=0.24, IC95% 0.009-0.62). Questo effetto è stato mostrato dagli studi condotti in Europa, mentre per quelli condotti in Nord America (3 studi, 437 partecipanti, RR= 1.25, IC95% 0.63-2.46) i risultati non sono così evidenti. Gli autori concludono che queste differenze geografiche possano essere attribuite a differenze sostanziali tra paesi, quali offerta di programmi di scambio siringhe, e diversità di pattern di uso di droga. In una revisione sistematica [8] con meta-analisi, includente 12 studi osservazionali (uno di tipo longitudinale, 10 studi di coorte e uno caso controllo, con un totale di 12 023 individui che hanno usato droghe per via iniettiva, per un totale di 11.984 anni persona di follow up) ha mostrato l'efficacia dei programmi di scambio siringhe nel ridurre il rischio del 44% di nuove infezioni da HIV (RR=0.66, IC95% 0.43-1.01); selezionando i sei studi di qualità maggiore (ovvero con minor rischio di bias), la stima dell'effetto è aumentata, passando dal 44% al 58% (RR=0.42, IC95% 0.22-0.81). Gli autori concludono che i risultati cui sono giunti confermano l'efficacia dei programmi di scambio siringhe nella riduzione della trasmissione dell'infezione da HIV. Gli autori sottolineano che, pur essendo i programmi di scambio siringhe una pietra miliare per le politiche di riduzione del danno, le prove di efficacia mediante trial randomizzati (il cosiddetto gold standard delle evidenze) per ragioni etiche e pratiche non sono fattibili e si dubita che ulteriori studi potrebbero aggiungere maggiori evidenze. Tenuto conto del periodo di osservazione medio e considerato l'effetto stimato nella riduzione di nuove infezioni, è probabile che allungando i tempi di osservazione l'effetto aumenti nel tempo. Pertanto, suggeriscono gli autori, i programmi di scambio siringhe non solo andrebbero implementati, specialmente nelle aree con alti tassi di infezioni di HIV tra PWID, ma dovrebbero essere inclusi di routine come componente standardizzata dei programmi integrati per ridurre i comportamenti a rischio.

## Conclusioni

Scrivere di Riduzione del Danno e di Limitazione dei rischi, dopo oltre trent'anni di programmi sperimentali, ci consente di basarci su prove di efficacia di una grande parte degli interventi.

Gli interventi più consolidati e soprattutto quelli che sono stati messi a confronto con nessun intervento in trial controllati randomizzati, ovvero il gold standard delle evidenze, ci permettono di concludere che porre dei dubbi di efficacia sul trattamento metadonico a mantenimento oppure sui programmi di scambio siringhe sia una mera questione ideologica, vista la chiara efficacia di questi interventi nel ridurre i rischi di mortalità e di infezioni droga-correlate tra i consumatori di sostanze per via endovenosa. Se nella maggior parte dei paesi europei questi interventi sono di routine in diversi community setting, non lo sono altrettanto nei contesti ristretti, quali le carceri. In Italia ad esempio questa misura è inapplicata e anche i programmi di scambio siringhe nel territorio non

sono garantiti ovunque o comunque in tutte le regioni ove la prevalenza di consumatori per via iniettiva sia tale da imporre la presenza. Inoltre, data la rilevanza dei programmi di scambio siringhe nella riduzione di nuove infezioni e tenuto conto che negli studi considerati i tempi di osservazione sono stati piuttosto ristretti, è estremamente probabile che allungando i tempi di osservazione l'effetto aumenti nel tempo. Pertanto, i programmi di scambio siringhe non solo andrebbero implementati, specialmente nelle aree con alti tassi di incidenza di HIV tra PWID, ma dovrebbero essere anche un intervento di routine dei programmi integrati per ridurre i comportamenti a rischio. Oltre a ridurre i rischi di mortalità e di infezioni droga-correlate, gli interventi di RdD hanno mostrato l'efficacia nel miglioramento della salute generale dei consumatori di sostanze, in termini di accesso alle cure. Alcuni studi poi riportano, tra gli esiti, un miglioramento della qualità dell'ambiente che si riflette nella popolazione generale, in termini di minor presenza di siringhe usate sul territorio e situazioni di open drug scene.

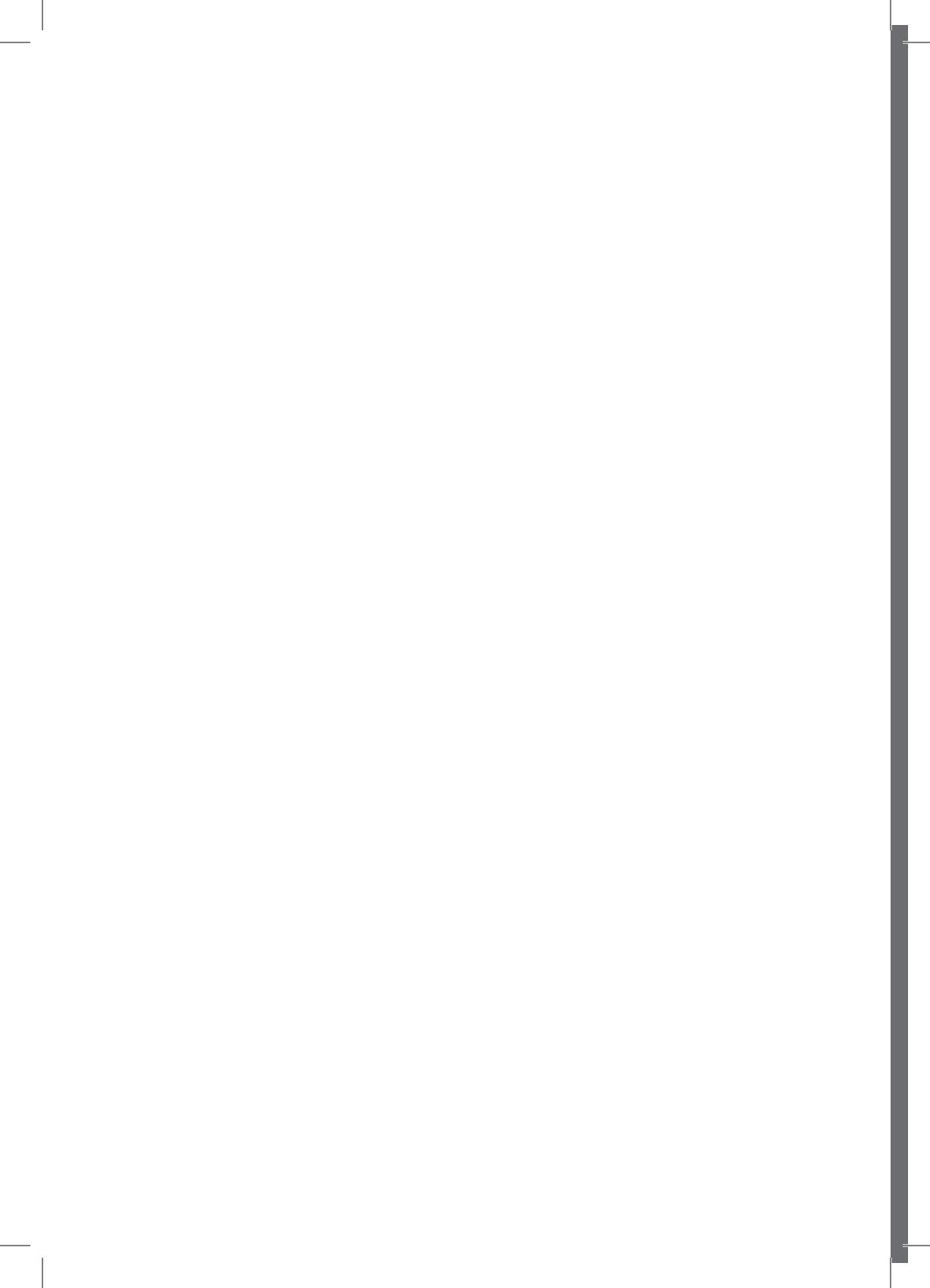
## Bibliografia

1. Ritter A, Cameron J. (2006). *A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs*. Drug Alcohol Rev. 25(6):611–24
2. Wiessing, L., Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C., Mračík, V. (2017). *Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study*. Harm reduction journal, 14(1), 19.
3. Bargagli A., Davoli M., Minozzi S., Vecchi S., Perucci C. (2007). *A Systematic Review of Observational Studies on Treatment of Opioid Dependence*. Geneva, Switzerland, background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of Opiod Dependence, 17-21 September
4. Mathers B.M., Degenhardt L., Bucello C., Lemon J., Wiessing L., Hickman M., (2013). *Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*. Bull World Health Organ.;91(2):102-23
5. EMCDDA (2015). *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
6. Abdulrahim, D. and Bowden-Jones, O., on behalf of the NEPTUNE group (2018). *The misuse of synthetic opioids: harms and clinical management of fentanyl, fentanyl*

*analogues and other novel synthetic opioids. Information for clinicians.* London: NEP-TUNE.

7. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, Jordan A, Degenhardt L, Hope V, Hutchinson S, Maher L, Palmateer N, Taylor A, Bruneau J, Hickman M. (2017). *Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD012021.

8. Esther J Aspinall, Dhanya Nambiar, David J Goldberg, Matthew Hickman, Amanda Weir, Eva Van Velzen, Norah Palmateer, Joseph S Doyle, Margaret E Hellard, Sharon J Hutchinson (2014). *Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.* International Journal of Epidemiology, Volume 43, Issue 1, 1 February 2014, Pages 235–248, <https://doi.org/10.1093/ije/dyt243>.



## ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE AL CNCA

Si riporta l'elenco dei gruppi associati al Cnca per regione.

Quelli che hanno partecipato al progetto PAS sono evidenziati col simbolo 

**ABRUZZO**

Associazione di volontariato

**Centro Solidarietà Incontro Ascolto****Prima Accoglienza**

Via dei Frentani, 81

66100 Chieti CH

0871 330473

[csvch@csvch.org](mailto:csvch@csvch.org)

[amministrazione@csvch.org](mailto:amministrazione@csvch.org)

<http://csiapa.org/>

Associazione

**Gli amici di Peppino**

C.da Senarica, 14

65010 Moscufo PE

333 9439085

[guglielmo.ferri@gmail.com](mailto:guglielmo.ferri@gmail.com)

Associazione di volontariato

**Soggiorno Proposta**

Contrada Villamagna, 4

66026 Ortona CH

085 9196464

[sanpietro@soggiornoproposta.org](mailto:sanpietro@soggiornoproposta.org)

[amministrazione@soggiornoproposta.org](mailto:amministrazione@soggiornoproposta.org)

[www.soggiornoproposta.org](http://www.soggiornoproposta.org)

**BASILICATA**

Associazione di promozione sociale

**ARCo - Associazione Ricerca & Comunità di Promozione Sociale**

Via Pietro Sivilia 29

75010 Miglionico MT

329 8535798

[arcoricerca.comunita@gmail.com](mailto:arcoricerca.comunita@gmail.com)

[www.arcoricerca.comunita.altervista.org](http://www.arcoricerca.comunita.altervista.org)

Cooperativa Sociale

**Il Giardino di Alice**

Vico II Vignali delle Corti, 25

85017 Tolve PZ

0971 737299

Associazione

**Insieme**

V.le del Basento, 102

85100 Potenza PZ

0971 601056

[Insieme.onlus@tiscali.it](mailto:Insieme.onlus@tiscali.it)

[potenzacittasociale@gmail.com](mailto:potenzacittasociale@gmail.com)

[amministrazione@insiemeassociazioneonlus.it](mailto:amministrazione@insiemeassociazioneonlus.it)

[www.insiemeassociazioneonlus.it](http://www.insiemeassociazioneonlus.it)

Cooperativa Sociale

**Iskra**

Via Pasquale Festa Campanile, 23

85050 Marsicovetere PZ

0975 22731

[labor sala@libero.it](mailto:labor sala@libero.it)

[www.coopiskra.org](http://www.coopiskra.org)

Cooperativa Sociale

**L'Aquilone Insieme**

Via della Meccanica, 20

85100 Potenza PZ

0971 1800833

[aquilone.insieme@tiscali.it](mailto:aquilone.insieme@tiscali.it)

[www.laquiloneinsieme.it](http://www.laquiloneinsieme.it)

Cooperativa Sociale

**La Città del Sole**

via Mario Pagano trav. II dx snc

85050 Brienza PZ

0975 381031

[lacittadelsolecoopsociale@arubapec.it](mailto:lacittadelsolecoopsociale@arubapec.it)

Cooperativa Sociale e.t.s

### **LiberaMente**

Strada Provinciale 38 km2 loc. Fonti snc  
85010 San Chirico Nuovo PZ  
3305 12863  
[info@comunitaliberamente.it](mailto:info@comunitaliberamente.it)  
[www.comunitaliberamente.it](http://www.comunitaliberamente.it)



Cooperativa Sociale

### **Il Delta**

Via A. Reillo, 5  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 463504  
[ildelta@ildelta.eu](mailto:ildelta@ildelta.eu)

Cooperativa Sociale

### **Social Servizi**

Via Mario Pagano snc  
85050 Brienza PZ  
0975 381752  
[ferrignoros@gmail.com](mailto:ferrignoros@gmail.com)

Cooperativa Sociale

### **In Rete**

Via Giolitti, 10  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 448923  
[info@inretearl.it](mailto:info@inretearl.it)  
[amministrazione@inretearl.it](mailto:amministrazione@inretearl.it)  
[www.inretelelab.it](http://www.inretelelab.it)  
[www.inretearl.it](http://www.inretearl.it)

## **CALABRIA**

Cooperativa Sociale

### **Calabria 7**

Via Garibaldini, 42  
89135 Reggio Calabria RC  
0965 601210  
[calabria7.scs@virgilio.it](mailto:calabria7.scs@virgilio.it)

Cooperativa Sociale

### **L'Ulivo**

Via Crisosa, 15  
87020 Tortora CS  
0985 764079  
[segreteria@coopulivo.it](mailto:segreteria@coopulivo.it)  
[www.coopulivo.it](http://www.coopulivo.it)

Cooperativa Sociale

### **Ciarapanì**

Via Antonio Reillo, 5  
88046 Lamezia Terme RC  
0968 436904  
[ciarapani@c-progettosal.it](mailto:ciarapani@c-progettosal.it)

Associazione

### **La Strada**

Via Coschi, loc. Gigliotti  
88046 Lamezia Terme CZ  
333 3613900  
[associazionelastrada1987@gmail.com](mailto:associazionelastrada1987@gmail.com)

Associazione

di promozione sociale

### **Comunità Progetto Sud**

Via Conforti 61/A  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 23297  
[cps@c-progettosal.it](mailto:cps@c-progettosal.it)  
[isabella.saraceni@comunitaprogettosal.it](mailto:isabella.saraceni@comunitaprogettosal.it)  
[www.comunitaprogettosal.it](http://www.comunitaprogettosal.it)



Cooperativa Sociale

### **Le Agricole**

Via dei Bizantini, 97  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 463499  
[amministrazione@dpitalia.org](mailto:amministrazione@dpitalia.org)  
[a.bavaro@c-progettosal.it](mailto:a.bavaro@c-progettosal.it)  
[cooperativaleagricole@gmail.com](mailto:cooperativaleagricole@gmail.com)

Associazione di volontariato  
**Mago Merlino**  
Via dei Bizantini, 290  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 462144  
assmagomerlino@libero.it  
info@magomerlino.org  
www.magomerlino.org  
Cooperativa Sociale

### **Marzo 78**

Via Caserta Crocevia, 25/b  
89100 Reggio Calabria RC  
0965 811712  
marzo1978@libero.it  
www.marzo78.it

Cooperativa Sociale  
**Noemi**

Via Giovanni Paolo II, 220  
88900 Crotone KR  
0962 961994  
gattomario74kr@gmail.com  
noemiamministrazione@gmail.com  
www.centronoemi.org

Cooperativa Sociale  
**Rossano Solidale**  
Via Adige, 14  
87067 Rossano CS  
0983 510100  
rossanosolidale@gmail.com  
www.cooperativarossanosolidale.it

Cooperativa Sociale  
**Strade di Casa**  
Vico Sartorio Clausi, 9  
87100 Cosenza CS  
0984 1903780  
segreteria@stradedicasa.it  
www.stradedicasa.it

Associazione di volontariato  
**Walking Together**  
Via Conforti, snc  
88046 Lamezia Terme CZ  
0968 26910  
mondowt@alice.it  
gilagamba@virgilio.it  
www.pietrobitto.it/gossace

## **CAMPANIA**

Cooperativa Sociale  
**Bambù**  
Viale del Progresso, 6  
80040 San Sebastiano al Vesuvio NA  
081 7732516  
segreteria@bamboonus.it  
www.bamboonus.it

Ente morale  
**Comunità di Capodarco Teverola**  
Via Dietro Corte  
81030 Teverola CE  
081 8149357  
tev.arco@libero.it  
www.comunitadicapodarco.it/capodarco-in-italia/comunita-di-capodarco-di-teverola/

Cooperativa Sociale  
**Dedalus**  
Piazza Enrico De Nicola, 46 - ex Lanificio,  
1 piano scala A  
80139 Napoli NA  
081 7877333  
info@coopdedalus.it  
www.coopdedalus.it

Cooperativa Sociale  
**Il Grillo Parlante**  
Calata Trinità Maggiore, 53

80134 Napoli NA  
081 7371845  
[info@ilgrilloparlanteonlus.it](mailto:info@ilgrilloparlanteonlus.it)  
[www.ilgrilloparlanteonlus.it](http://www.ilgrilloparlanteonlus.it)

Cooperativa Sociale  
**Il Millepiedi**

Via Botteghelle, 139  
80147 Napoli NA  
081 5842078  
[millepiedi94@inwind.it](mailto:millepiedi94@inwind.it)  
[www.ilmillepiedi.org](http://www.ilmillepiedi.org)



Associazione  
**Il Pioppo**

Via Masseria Allocca, 1  
80049 Somma Vesuviana NA  
081 5317102  
[il\\_pioppo@libero.it](mailto:il_pioppo@libero.it)  
[ufficiopersonalemedsoc@gmail.com](mailto:ufficiopersonalemedsoc@gmail.com)  
[presidenzaipioppo@gmail.com](mailto:presidenzaipioppo@gmail.com)  
[www.cittasociale.eu](http://www.cittasociale.eu)



Cooperativa Sociale  
**Irene '95**

C.so Campano, 94  
80030 Marigliano NA  
081 8416349  
[irene95onlus@tin.it](mailto:irene95onlus@tin.it)  
[www.irene95.it](http://www.irene95.it)

Cooperativa Sociale  
**L'Orsa Maggiore**  
Viale Traiano, 92  
80126 Napoli NA  
081 7281705  
[info@orsamaggiore.net](mailto:info@orsamaggiore.net)  
[amministrazione@orsamaggiore.net](mailto:amministrazione@orsamaggiore.net)  
[www.orsamaggiore.net](http://www.orsamaggiore.net)

Cooperativa Sociale  
**La Locomotiva**  
Istituto La Palma, Salita Maur, 21  
80136 Napoli NA  
081 7434213  
[info@lalocomotivaonlus.org](mailto:info@lalocomotivaonlus.org)  
[www.lalocomotivaonlus.org](http://www.lalocomotivaonlus.org)

Associazione  
**Maria Fanelli**  
Via Alcide De Gasperi, 327  
80053 Castellammare di Stabia NA  
081 5391756  
[info@mariafanelli.it](mailto:info@mariafanelli.it)  
[www.mariafanelli.it](http://www.mariafanelli.it)

Cooperativa Sociale  
**Progetto Uomo**  
Via Romolo e Remo, 56  
80126 Napoli NA  
081 728306  
[amministrazione@progettouomo.org](mailto:amministrazione@progettouomo.org)  
[info@progettouomo.org](mailto:info@progettouomo.org)  
[www.progettouomo.org](http://www.progettouomo.org)

Associazione  
**Quartieri Spagnoli**  
Vico Trinità degli Spagnoli, 26  
80132 Napoli NA  
081 411845  
[quartierispagnoli@libero.it](mailto:quartierispagnoli@libero.it)  
[www.associazionequartierispagnoli.it](http://www.associazionequartierispagnoli.it)

Cooperativa Sociale  
**Un Fiore per la Vita**  
Via Giovanni Linguiti, 54  
81031 Aversa CE  
081 8149433  
[segreteria@unfioreperlavita.it](mailto:segreteria@unfioreperlavita.it)  
[www.fattoriafuoridizucca.it](http://www.fattoriafuoridizucca.it)  
[www.unfioreperlavita.it](http://www.unfioreperlavita.it)

**EMILIA-ROMAGNA**

Cooperativa Sociale  
**Cento Fiori**

Via Portogallo, 10  
47922 Rimini RN  
0541 743030  
info@coopcentofiori.it  
www.coopcentofiori.it



Cooperativa Sociale  
**Centro Sociale  
Papa Giovanni XXIII°**

Via Madre Teresa di Calcutta, 1/E  
42124 Reggio Emilia RE  
0522 532036  
amministrazione@libera-mente.org  
www.libera-mente.org



Cooperativa Sociale  
**Centro Studi Analisi Psicologia  
e Sociologia Applicate Due**

Via Marsala, 30  
40126 Bologna BO  
051 230449  
info@csapsa.it  
www.csapsa.it

Associazione di volontariato  
**Comunità di Servizio  
e Accoglienza Betania**  
Strada Lazzaretto, 26  
43123 Marore di Parma PR  
0521 481771  
betania.associazione@gmail.com  
amministrazionecombetania@yahoo.it  
www.comunitabetania.com

Cooperativa Sociale  
**Dai Crocicchi**

Via Masini, 72  
40069 Zola Predosa BO  
051 6414627 / 340 9632246  
info@daicrocicchi.coop  
s.salucci@daicrocicchi.coop  
amministrazione@daicrocicchi.coop  
www.daicrocicchi.coop

Cooperativa Sociale  
**Il Millepiedi**  
V. Tempio Malatestiano, 3  
47921 Rimini RN  
0541 709157  
info@cooperativailmillepiedi.org  
www.ilmillepiedi.it

Cooperativa Sociale  
**Il Sorriso**  
Via Torre, 9  
40025 Fontanelice BO  
0542 92330  
info@ilsorriso-imola.it  
amministrazione@ilsorriso-imola.it  
www.ilsorriso-imola.it

Cooperativa Sociale  
**La Locomotiva**  
Via Pio Donati, 17  
41043 Corlo di Formigine MO  
059 574820  
amministrazione@la-locomotiva.org  
www.la-locomotiva.org

Cooperativa Sociale  
**La Quercia**  
Via Crognolo, 16  
42027 Canossa RE  
0522 876433  
amministrazione@coopquercia.it  
www.coopquercia.it



Cooperativa Sociale  
**La Speranza**  
Via Mirò, 3  
42122 Reggio Emilia RE  
0522 922270  
coopsoclasperanza@gmail.com

Cooperativa Sociale  
**La Vigna**  
Via Zatti 9/G  
42122 Reggio Emilia RE  
0522 268386  
info@cooplavigna.it  
l.dosi@cooplavigna.it  
www.cooplavigna.it

Associazione di volontariato  
**LAG, Libera Associazione Genitori**  
Via Borgo Campiglio, 2  
41058 Vignola MO  
059 762222  
amministrazione@lagvignola.it

Cooperativa Sociale  
**Libera-Mente**  
Via Madre Teresa di Calcutta, 1/E  
42124 Reggio Emilia RE  
0522 532036  
coop@libera-mente.org  
www.libera-mente.org

Cooperativa Sociale  
**Open Group**  
Via Milazzo, 30  
40121 Bologna BO  
051 841206  
rupemaschile@opengroup.eu  
amministrazione@opengroup.eu  
www.opengroup.eu

Cooperativa Sociale  
**Nefesh**  
Via degli Oratori, 18  
42048 San Faustino di Rubiera RE  
0522 629601  
coop@nefesh.it  
www.nefesh.it

Ente morale  
**Opera Padre Marella**  
Via dei Ciliegi, 6  
40068 S. Lazzaro di Savena;BO  
051 6255070  
amministrazione@operapadremarella.it  
elena@operapadremarella.it  
www.operapadremarella.it

## FRIULI VENEZIA GIULIA

Cooperativa Sociale  
**Aracon**  
Via Sagrado, 3  
33100 Udine UD  
0432 548804  
segreteria@aracon.it  
www.aracon.it

Associazione di volontariato  
**Arcobaleno**  
Via San Michele, 58  
34170 Gorizia GO  
0481 22012  
comunita.arcobaleno@gmail.com

Associazione di promozione sociale  
**Associazione Femminile Controvento**  
Via Sagrado, 3  
33100 Udine UD  
0432 548804  
donne.controvento@gmail.com  
www.aracon.it

Cooperativa Sociale  
**Comunità di Rinascita**  
Via G.Bonanni, 15  
33028 Tolmezzo UD  
0433 40461  
amministrazione@comunitadirinascita.it  
web.tiscali.it/comunitadirinascita

Associazione di volontariato  
**Comunità di San Martino al Campo**  
Via Carlo Gregorutti, 2  
34138 Trieste TS  
040 774186  
info@smartinocampo.it  
amm@smartinocampo.it  
www.smartinocampo.it

Associazione di volontariato  
**Il Nocce**  
Via Vittorio Veneto, 45  
33072 Casarsa della Delizia PN  
0434 870062  
info@ilnoce.it  
www.ilnoce.it

Cooperativa Sociale  
**La Quercia**  
C.so Italia, 10  
34121 Trieste TS  
040 368302  
info@cooperativalaquercia.it  
amministrazione@cooperativalaquercia.it  
www.cooperativalaquercia.it

## LAZIO

Cooperativa Sociale  
**Acquario 85**

Via Ettore Ferrari, 104  
00148 Roma RM  
06 6591008  
acquabuc@tiscali.it

Associazione  
**Agenzia servizi per l'innovazione sociale**  
Via Casal de' Pazzi, 121  
00156 Roma RM  
345 5811156  
asisonlus@gmail.com

Cooperativa Sociale  
**Agricoltura Capodarco**  
Via del Grottino, snc  
00046 Grottaferrata RM  
06 9413492  
segreteria@agriculturacapodarco.it  
amministrazione@agriculturacapodarco.it  
www.agriculturacapodarco.it

Associazione  
**Associazione Internazionale Noi Ragazzi del Mondo**  
Via del Grottino, snc  
00046 Grottaferrata RM  
06 71289053  
fondatore@capodarco.it

Cooperativa Sociale  
**Be Free**  
Viale Glorioso, 14  
00153 Roma RM  
06 64760799  
befree.segreteria@gmail.com  
www.befreecooperativa.org

Ente morale  
**Capodarco di Roma**  
Via Lungro, 3  
00178 Roma RM  
06 7186733  
giannalollis@capodarco.it  
www.capodarco.it

Cooperativa Sociale  
**Ermes**  
Via Statilio Ottato, 33  
00175 Roma RM  
06 76988239  
info@ermescooperativa.it  
www.ermescooperativa.org

Cooperativa Sociale  
**Eureka I°**  
Viale di Valle Aurelia, 105  
00167 Roma RM  
06 39721014  
eureka@eurekaprimo.net  
www.eurekaprimo.it

Cooperativa Sociale  
**FOLIAS, Formazione Orientamento Lavoro Informazione Animazione Servizi**  
Via Salaria, 108 scala B  
00015 Monterotondo RM  
06 90085620  
presidenza@folios.it  
www.folias.it

Cooperativa Sociale  
**Il Cammino**  
Via Augusto Vanzetti, 4  
00149 Roma RM  
06 5566483

ilcammino@mclink.it  
www.ilcammino.org

Cooperativa Sociale  
**Il Pungiglione**  
Via Tommaso Cellottini, 20  
00015 Monterotondo RM  
06 90622518  
info@ilpungiglione.it  
segreteria@ilpungiglione.it  
www.ilpungiglione.it

Cooperativa Sociale  
**Il Trattore**  
Via del Casaleotto, 400  
00151 Roma RM  
06 65742168  
info@iltrattore.it  
amministrazione@iltrattore.it  
www.iltrattore.it

Associazione di promozione sociale **PaS**  
**La Tenda**  
Via del Frantoio, 58  
00159 Roma RM  
06 40501128 / 342 6131343  
latendacts@gmail.com  
amministrazione.latenda@gmail.com  
www.la-tenda-onlus.it

Cooperativa Sociale  
**Magliana '80**  
Via Vaiano, 23  
00146 Roma RM  
06 55284515 / 06 5500765  
info@magliana80.it  
mag.80@tiscali.it  
amministrazione@magliana80.it  
www.magliana80.it

Consorzio  
**Parsec**

Viale Jonio 331  
00141 Roma RM  
06 86209991  
amministrazione@cooperativaparsec.it  
www.parsec-consortium.it

Cooperativa sociale  
**Pixi**  
Via Ancona 18/A  
00055 Ladispoli RM  
339 6374336  
coccoalessia1@gmail.com

Impresa Sociale  
**Ulis**

Via Ignazio Pettinengo, 72  
00159 Roma RM  
info@ulis.coop  
www.ulis.coop

## LIGURIA

Associazione di promozione sociale

**La Piuma**

Via Forlì, 6/3  
16127 Genova GE  
338 1150760  
info@lapiumaonlus.org  
www.lapiumaonlus.org

Associazione di promozione sociale  
**San Benedetto al Porto**

Via Milano 58/B  
16126 Genova GE  
010 2464543  
comunita@sbenedetto.net  
www.sanbenedetto.org



## LOMBARDIA

Cooperativa Sociale  
**Aeper**

Via Pietro Rovelli, 28/L  
24125 Bergamo BG  
035/243190  
giovannitosi@aeper.it  
cooperativa@aeper.it  
www.aeper.it

Fondazione  
**Arche**

Via Stresa, 6  
20125 Milano MI  
02/603603  
info@arche.it  
giuseppe@arche.it  
www.arche.it



Cooperativa Sociale  
**Arimo**

Via dei Platani, 46  
27010 Carpignago di Giussago PV  
0382 924814  
info@arimo.org  
www.arimo.org



Cooperativa Sociale  
**Bessimo**

Via Casello, 11  
25062 Concesio BS  
030 2751455  
info@bessimo.it  
amministrazione@bessimo.it  
www.bessimo.it



Cooperativa Sociale  
**Comin**  
Via Fonseca Pimentel, 9  
20127 Milano MI  
02 26140116  
info@coopcomin.it  
eloisa@coopcomin.it  
www.coopcomin.org

Cooperativa Sociale  
**Cascina Paradiso Fa**  
Via Cascina Paradiso, 18  
24050 Bariano BG  
0363 960613  
info@cascinaparadisofa.it  
www.consortiofa.it

Associazione di volontariato  
**Centro Ambrosiano di Aiuto alla Vita**  
Via Tonezza, 3  
20147 Milano MI  
02 48701502  
segreteria@cavambrosiano.it  
www.cavambrosiano.it

Associazione  
**Centro Ambrosiano di Solidarietà**  
Via Marotta, 8  
20134 Milano MI  
02 21597302  
segreteria@ceasmarotta.it  
amministrazione@ceasmarotta.it  
claudia.polli@ceasmarotta.it  
www.ceasmarotta.it

Cooperativa Sociale  
**Comunità del Giambellino**  
Via Gentile Bellini, 6  
20146 Milano MI

02 425619  
giambellino@giambellino.org  
www.giambellino.org

Cooperativa Sociale  
**Comunità Famigliari**  
Via Colle Eghezzone, 5  
26900 Lodi LO  
0377 802745  
casafamigliaargine@libero.it  
www.comunitafamigliari.it

Associazione di volontariato  
**Comunità il Gabbiano**  
Via Malpensata snc  
23823 Colico LC  
0341 930074  
serviziociali@gabbianoonlus.it  
segreteria@gabbianoonlus.it  
daniele.redondi@gabbianoonlus.it  
www.gabbianoonlus.it

Associazione  
**Comunità Nuova**  
Via Luigi Mengoni, 3  
20152 Milano MI  
02 48301938  
amministrazione@comunitanuova.it  
www.comunitanuova.it

Cooperativa Sociale  
**Contina**  
Cascina Contina, snc  
20088 Rosate MI  
02 90849494  
direzione@contina.it  
amministrazione@contina.it  
www.contina.it



Cooperativa Sociale  
**Cosper**  
 Via Geremia Bonomelli, 81  
 26100 Cremona CR  
 0372 415633  
[amministrazione@cosper.coop](mailto:amministrazione@cosper.coop)  
[info@cosper.coop](mailto:info@cosper.coop)  
[www.cosper.coop](http://www.cosper.coop)

Cooperativa Sociale  
**Diapason**  
 Via Doberdò, 22  
 20126 Milano MI  
 02 26000270  
[coopdiapason@coopdiapason.it](mailto:coopdiapason@coopdiapason.it)  
[amm@coopdiapason.it](mailto:amm@coopdiapason.it)  
[www.coopdiapason.it](http://www.coopdiapason.it)

Cooperativa sociale  
**Famiglia Nuova**  
 Via Agostino da Lodi, 11  
 26900 Lodi LO  
 0371 413610  
[info@famnuova.com](mailto:info@famnuova.com)  
[www.famiglianuova.com](http://www.famiglianuova.com)

Cooperativa Sociale  
**Fili Intrecciati Fa**  
 Via Spirano, 34/36  
 24053 Brignano Gera D'Adda BG  
 0363 382353  
[info@filintrecciatifa.it](mailto:info@filintrecciatifa.it)  
[www.coopafa.it](http://www.coopafa.it)

Cooperativa Sociale  
**Generazioni Fa**  
 Via Privata Lorenzi, 9  
 24126 Bergamo BG  
 035 218772 / 0363 382353

[segreteria@cooperativagenerazioni.org](mailto:segreteria@cooperativagenerazioni.org)  
[www.cooperativagenerazioni.org](http://www.cooperativagenerazioni.org)

Associazione di promozione sociale  
**I Tetragonauti**  
 Via Doberdò, 22  
 20126 Milano MI  
 347 7272770  
[info@itetragonauti.it](mailto:info@itetragonauti.it)  
[gabrielegaudenzi@itetragonauti.it](mailto:gabrielegaudenzi@itetragonauti.it)  
[www.itetragonauti.it](http://www.itetragonauti.it)

Cooperativa Sociale  
**Il Calabrone**  
  
 Viale Duca degli Abruzzi, 10  
 25124 Brescia BS  
 030 2000035  
[cooperativa@ilcalabrone.org](mailto:cooperativa@ilcalabrone.org)  
[amministrazione@ilcalabrone.org](mailto:amministrazione@ilcalabrone.org)  
[www.ilcalabrone.org](http://www.ilcalabrone.org)

Cooperativa Sociale  
**Il Cantiere**  
 Via Torquato Tasso, 10  
 24021 Albino BG  
 035 773170  
[info@ilcantiere.org](mailto:info@ilcantiere.org)  
[www.cantiere.coop](http://www.cantiere.coop)

Ente ecclesiastico  
**Istituto dei Figli di Maria Immacolata - Opera Pavoniana**  
 Via L. Pavoni, 9  
 25128 Brescia BS  
 030 300263/4  
[caspavoni.brescia@pavoniani.it](mailto:caspavoni.brescia@pavoniani.it)  
[amministrazione.brescia@pavoniani.it](mailto:amministrazione.brescia@pavoniani.it)  
[www.pavoniani.it](http://www.pavoniani.it)

Ente ecclesiastico

**Istituto Pavoniano Artigianelli**

Via Magenta, 4

20900 Monza MB

039 8397411

c.monza@pavoniani.it

amministrazione.monza@pavoniani.it

[www.artigianellimonza.it](http://www.artigianellimonza.it)

Associazione di volontariato

**La Cascina**

Via Fra' Cristoforo, 6

20142 Milano MI

02 8467488

[lacascinaonlus@virgilio.it](mailto:lacascinaonlus@virgilio.it)

[lacascinaonlus@gmail.com](mailto:lacascinaonlus@gmail.com)

<http://lacascinaonlus.altervista.org>

Cooperativa Sociale

**La Cordata**

Via Zumbini, 6

20143 Milano MI

02 36556600

[info@lacordata.it](mailto:info@lacordata.it)

[amministrazione@lacordata.it](mailto:amministrazione@lacordata.it)

[www.lacordata.it](http://www.lacordata.it)

Cooperativa Sociale

**La Grande Casa**

Via Petrarca, 146

20099 Sesto S.Giovanni MI

02 24124601

[lagrandecasa@lagrandecasa.it](mailto:lagrandecasa@lagrandecasa.it)

[amministrazione@lagrandecasa.it](mailto:amministrazione@lagrandecasa.it)

[www.lagrandecasa.it](http://www.lagrandecasa.it)

Cooperativa Sociale

**La Sorgente**

Via Brescia, 20

25018 Montichiari BS

388 4070343

[amministrazione@coop-lasorgente.com](mailto:amministrazione@coop-lasorgente.com)

[paologuglielmi@coop-lasorgente.com](mailto:paologuglielmi@coop-lasorgente.com)

[www.coop-lasorgente.com](http://www.coop-lasorgente.com)

Cooperativa Sociale

**Lotta Contro l'Emarginazione**



Via Lacerra, 124

20099 Sesto S.Giovanni MI

02 2400836

[segreteria@cooplotta.org](mailto:segreteria@cooplotta.org)

[www.cooplotta.org](http://www.cooplotta.org)

Associazione di promozione sociale

**Micaela**

Via San Carlo, 7

20010 Arluno MI

02 90377333

[com.irene@libero.it](mailto:com.irene@libero.it)

[www.micaelaonlus.it](http://www.micaelaonlus.it)

Cooperativa Sociale

**Nivalis**

Via Stresa, 8

20125 Milano MI

02 87198774

[info@nivalis.eu](mailto:info@nivalis.eu)

[www.nivalis.eu](http://www.nivalis.eu)

Cooperativa Sociale

**Novo Millennio**

Via Montecassino, 8

20900 Monza MB

039 322177

[info@novomillennio.it](mailto:info@novomillennio.it)

[www.novomillennio.it](http://www.novomillennio.it)

## Rete di Imprese Sociali

**Passepartout**

Via Zumbini, 6  
20126 Milano MI  
m.avalli@fuoriluoghi.it  
silvia.bartellini@lacordata.it  
<https://it-it.facebook.com/Passepartout-Rete-di-Imprese-Sociali-149945288816562/>

## Cooperativa Sociale

**Porta Aperta**

Via Randaccio, 114  
46037 Roncoferraro MN  
0376 668555  
info@portaaperta.it  
[www.portaaperta.it](http://www.portaaperta.it)

## Fondazione

**Progetto Arca**

Via degli Artigianelli, 6  
20159 Milano MI  
02 66715266  
info@progettoarca.org  
[www.progettoarca.org](http://www.progettoarca.org)

## Associazione

**Progetto N**

Via Fulvio Testi, 302  
20126 Milano MI  
02 66105030  
info@progettoenne.org  
[www.progetton.it](http://www.progetton.it)

## Associazione di volontariato

**Solidarietà Educativa**

Strada Chiaviche, 112  
46020 Pegognaga MN  
0376 559138  
sol.ed@libero.it

## Fondazione

**Somaschi**

Piazza XXV Aprile, 2  
20121 Milano MI  
02 63471422  
[fondazione@fondazionesomaschi.it](mailto:fondazione@fondazionesomaschi.it)  
[amministrazione@fondazionesomaschi.it](mailto:amministrazione@fondazionesomaschi.it)  
[www.somaschi.it](http://www.somaschi.it)



## Cooperativa Sociale

**Tuttinsieme**

Via Dalmine, 6  
20152 Milano MI  
02 48920605  
[segreteria@cooptuttinsieme.it](mailto:segreteria@cooptuttinsieme.it)  
[letizia.capitanio@cooptuttinsieme.it](mailto:letizia.capitanio@cooptuttinsieme.it)  
[marco.lampugnani@cooptuttinsieme.it](mailto:marco.lampugnani@cooptuttinsieme.it)  
[giorgiopuzzini@cooptuttinsieme.it](mailto:giorgiopuzzini@cooptuttinsieme.it)  
[www.cooptuttinsieme.it](http://www.cooptuttinsieme.it)

**MARCHE**

## Cooperativa Sociale

**Ama Aquilone**

Contrada Collecchio, 19  
63082 Castel di Lama AP  
0736/811370  
[info@ama-aquilone.it](mailto:info@ama-aquilone.it)  
[amministrazione@ama-aquilone.it](mailto:amministrazione@ama-aquilone.it)  
[www.ama.coop](http://www.ama.coop)

## Associazione

**Capodarco di Fermo**

Via Vallescura, 47  
63900 Capodarco di Fermo FM  
0734 683927  
[info@comunitadicapodarco.it](mailto:info@comunitadicapodarco.it)  
[www.comunitadicapodarco.it](http://www.comunitadicapodarco.it)

Cooperativa sociale

**Casa della Gioventù**

Via Corinaldese, 52

60019 Senigallia AN

071 7928455

nicoletta.bani@casadellagioventu.it

info@casadellagioventu.it

www.casadellagioventu.it

Cooperativa Sociale

**Centro Papa Giovanni XXIII**

Via Madre Teresa di Calcutta, 1/E

60131 Ancona AN

071 2140199

info@centropapagiovanni.it

www.centropapagiovanni.it

Associazione di volontariato

**Free Woman**

Via Matas, 30

60121 Ancona AN

071 2072045

info@freewoman.it

www.freewoman.it

Associazione di promozione sociale

**Gruppo di Lavoro  
su Alcolismo,  
Tossicomania,  
adolescenti in Difficoltà**

Via Arnaldo Lucentini, 14

62029 Tolentino MC

0733 960845

glatad@glatad.org

www.glatad.org

Cooperativa Sociale

**I Talenti**

Via Don A. Buratelli 23

61032 Fano PU

0721 154 1993

amministrazione@italenti.info

www.mercatonesolidale.info

Associazione

**La Speranza**

Via Lungo Chienti, 2822

63019 Sant'Elpidio a Mare FM

0734 860128

lasperanza.onlus@tiscali.it

www.lasperanzaonlus.com

Cooperativa Sociale

**On The Road**



Contrada San Giovanni, 2

63074 San Benedetto del Tronto AP

0861 796666

info@ontheroad.coop

www.ontheroad.coop

Associazione

**Percheno**

Via Terenzi, 11

61122 Pesaro PU

335 7587473

secciaroli.marcello@alice.it



Cooperativa Sociale

**Polo9**



Piazza della Repubblica, 1/D

60121 Ancona AN

071 2802615 / 071 2800688

info@polo9.org

risorseeconomiche@polo9.org

www.polo9.org

Cooperativa Sociale  
**Terra**  
 Bivio Borzaga Loc. Zaccagna snc  
 61033 Fermignano PU  
 340 5719885  
 marchionnidanilo@libero.it  
 www.cooperativaterra.it

Cooperativa Sociale  
**Vivere Verde**  
 Via Corvi, 18  
 60019 Senigallia AN  
 071 65001  
 info@vivereverdeonlus.it  
 www.vivereverdeonlus.it

Associazione di promozione sociale  
**Yukers**  
 Via Bambozzi, 5  
 60027 Osimo AN  
 393 9097217  
 chiara@yukers.it  
 info@yukers.it  
 www.yukers.it

## MOLISE

Associazione  
**Dalla parte degli ultimi**  
 Via SS.Cosma e Damiano, 1  
 86100 Campobasso CB  
 0874 98238  
 dallapartedegliultimi@gmail.com  
 http://dallapartedegliultimi.altervista.org

Associazione di volontariato  
**Famiglie Contro l'Emarginazione  
e la Drogà**

Via delle Acacie, 4  
 86039 Termoli CB  
 0875 751885  
 adelellis@clio.it  
 studiodelellis@virgilio.it

## PIEMONTE

Consorzio  
**Abele Lavoro**  
 Corso Trapani, 95  
 10141 Torino TO  
 011 3841565  
 georges.tabacchi@csabelelavoro.it  
 info@csabelelavoro.it  
 www.csabelelavoro.it

Cooperativa Sociale  
**Alice**  
  
 Corso Michele Coppino, 48  
 12051 Alba CN  
 0173/440054  
 direzione@coopalice.net  
 amministrazione@coopalice.net  
 www.coopalice.net

Associazione di promozione sociale  
**Aliseo**  
 Corso Trapani, 95/A  
 10141 Torino TO  
 011/3391969  
 aliseo@gruppoabele.org  
 www.associazionealiseo.org

Associazione di volontariato  
**Associazione Italiana Zingari Oggi**  
 Via Foligno, 2  
 10149 Torino TO

011 7496016 / 348 8257600  
amministrazione@aizo.org  
staff@aizo.org  
www.aizo.it

Associazione  
**Fermata d'autobus**  
Corso Vittorio Emanuele, 30  
10080 Oglianico Canavese TO  
0124 348427  
fda@fermatadautobus.net  
davide\_elos@yahoo.it  
fdacontabilitamc@libero.it  
www.fermatadautobus.net

Associazione di volontariato  
**Gruppo Abele**  
Corso Trapani, 95/A  
10141 Torino TO  
011 3841011  
segreteria@gruppoabele.org  
www.gruppoabele.org

Associazione  
**Gruppo Abele di Verbania**  
Largo Invalidi del Lavoro, 3  
28921 Verbania VB  
0323 550308 / 0323 402038  
sede@gruppoabelediverbania.org  
www.gruppoabelediverbania.org

Cooperativa Sociale  
**Il Ginepro**  
Fraz. Madonna di Como, 1  
12051 Alba CN  
0173 286971/89  
coop.ginepro@coopginepro.org  
www.comunitavernazza.com



Associazione di promozione sociale  
**Mastropietro & C**  
Via Marconi, 1  
10082 Cuorgne' TO  
0124 629240  
assomastro@libero.it  
http://assmastropietro.altervista.org

Cooperativa Sociale  
**P.G. Frassati**  
Strada della Pellerina 22/7  
10146 Torino TO  
011 710114  
segreteria@coopfrassati.com  
www.coopfrassati.com

Cooperativa Sociale  
**Paradigma**  
Corso Stati Uniti 11/A  
10128 Torino TO  
011 5631562  
segreteria@cooperativaparadigma.it  
www.cooperativaparadigma.it

Cooperativa Sociale  
**Terra Mia**  
Strada Carpice, 17  
10024 Moncalieri TO  
011 646072  
sonia@terrariaonlus.com  
www.terrariaonlus.org

## PUGLIA

Cooperativa Sociale  
**Arcobaleno**  
Via della Repubblica 82/C  
71121 Foggia FG  
0881 770866  
arcobaleno.coop.soc@gmail.com  
www.arcobalenofoggia.it

Cooperativa Sociale

**Atuttotenda**

Via Catalana, 1  
73020 Melpignano LE  
338 1843544  
casa.raab@libero.it

Cooperativa Sociale

**CAPS Centro Aiuto Psico Sociale**

Via Vincenzo Ricchioni, 1  
70123 Bari BA  
080 5370000  
segreteria@coopcaps.it  
amministrazione@coopcaps.it  
www.coopcaps.it



Cooperativa Sociale

**Comunità Oasi 2 San Francesco**

Via Pedaggio S.Chiara, 57/bis  
76125 Trani BT  
0883 582384  
segreteria@oasi2.it  
direzione@oasi2.it  
amministrazione@oasi2.it  
www.oasi2.it

Associazione di volontariato

**Comunità Sulla Strada di Emmaus**

Strada Statale per Manfredonia Km.8,  
Loc. Torre Guiducci  
71100 Foggia FG  
0881 542827  
segreteria@emmausfoggia.org  
amministrazione@emmausfoggia.org  
www.emmausfoggia.org

Cooperativa Sociale

**Il Sogno di Don Bosco**

Corso Alcide De Gasperi, 449/A

70125 Bari BA

080 5013147

info@ilsognodidonbosco.it  
volpe@ilsognodidonbosco.it  
www.ilsognodidonbosco.it

Cooperativa Sociale

**Itaca**

Via Torino, 30  
70014 Conversano BA  
080 4958985  
cooperativa.itaca@libero.it  
segreteria@itacacoop.org  
amministrazione@itacacoop.org  
www.itacacoop.org

Associazione

**Micaela**

Via Valenzano, 29  
70010 Adelfia BA  
080 4591797  
micaela@micaelaonlus.it  
amministrazionepuglia@micaelaonlus.it  
www.micaelaonlus.it

Cooperativa Sociale

**Solidarietà e Rinnovamento**

Via Tor Pisana, 98  
72100 Brindisi BR  
0831 518460  
solerin@tiscali.it  
solerin.segreteria@tiscali.it

Cooperativa Sociale

**Teseo**

Strada Provinciale per Monopoli, 29/a  
70014 Conversano BA  
080 4086322  
coop.teseo@libero.it

comunitateseo@gmail.com  
www.coopteseo.it

Cooperativa Sociale  
**Zip-H**  
Via Strada privata laterale  
Piazza Ferdinando II di Borbone, 18  
70032 Bitonto BA  
080 3756461  
coop.ziph@personabile.org  
www.personabile.org

## SARDEGNA

Associazione di volontariato  
**Cooperazione e Confronto**  
Loc. Sant’Otta, snc  
09040 Serdiana CA  
070 743923  
comunitalacollina@tiscali.it  
amministrazione@comunitalacollina.org

Associazione di volontariato  
**Oltre le Sbarre**  
c/o Comunità La Collina - Loc. S’Otta  
09040 Serdiana CA  
070 743923 / 070 841863 (lst. minorile)  
oltrelesbarre@gmail.com

Cooperativa Sociale  
**Vela Blu**  
Via Dexart, 18  
09126 Cagliari CA  
349 2807038  
info@velablu.net  
www.velablu.net

## SICILIA

Cooperativa Sociale  
**A.R.A.**  
Contrada Abate Vitale snc  
95033 Biancavilla CT  
348 0958529  
coopsocialeara@gmail.com  
www.cooperativasocialeara.org

Associazione di volontariato  
**Casa di Maria**  
Contrada Padre Vitale snc  
95033 Biancavilla CT  
333 1113891 / 333 6822307  
info@casadimaria.org  
www.casadimaria.org

Associazione  
**Casa Memoria Felicia**  
**e Peppino Impastato**  
Corso Umberto I, 220  
90045 Cinisi PA  
091 866 6233 / 366 7369149  
info@casamemoria.it  
casamemoriaimpastato@gmail.com  
www.casamemoria.it

Cooperativa Sociale  
**Cenacolo Cristo Re**  
Via S. Placido, 1  
95033 Biancavilla CT  
095 688026 / 095 686330  
milenaaiello@cenacolocristore.it  
comunita@cenacolocristore.it  
sentierosperanza@cenacolocristore.it  
www.centroriabilitativocalaciura.it



Ente morale  
**Centro di Accoglienza Padre Nostro**  
 Via Brancaccio, 210  
 90124 Palermo PA  
 091 6301150  
 info@centropadrenostro.it  
 www.centropadrenostro.it

Cooperativa Sociale  
**Energ-Etica**  
 Via Siracusa, 19  
 90141 Palermo PA  
 328 1627438  
 claudiacard@alice.it

Ente morale  
**Istituto San Giuseppe**  
 Via Monreale, 15  
 95123 Catania CT  
 095 351594 / 340 3257161  
 istsangiusseppct@servedivinaprovidenza.it  
 sr.rosalia@servedivinaprovidenza.it  
 www.servedivinaprovidenza.it

Cooperativa Sociale  
**Lelat 2000, Lega Lotta Aids e Tossicodipendenze**  
 Via Oratorio della Pace, 21  
 98121 Messina ME  
 090 686811 / 335 6641331  
 coop.lelat2000@libero.it

Associazione di volontariato  
**Lelat, Lega Lotta Aids e Tossicodipendenze**  
 Via Gaetano Alessi, snc  
 Rione Mangialupi  
 98124 Messina ME  
 090 686811  
 lelatme@libero.it



Cooperativa Sociale  
**Marianella Garcia**  
 Via Milano, 2  
 95045 Misterbianco CT  
 095 0935668  
 segreteria@marianellagarcia.it  
 info@marianellagarcia.it  
 amministrazione@marianellagarcia.it  
 www.marianellagarcia.it

Associazione  
**Osservatorio Mediterraneo**  
 Via Caronda, 37  
 95024 Acireale CT  
 095 7631805  
 osservatori@virgilio.it  
 www.osservatorio-mediterraneo.org

Cooperativa Sociale  
**Prospettiva**  
 Via di San Luca Evangelista, 6  
 95123 Catania CT  
 095 393987  
 info@prospettiva.org  
 www.coop-prospettiva.it

Cooperativa Sociale  
**Prospettiva Futuro**  
 Via Brigadiere Distefano, 9  
 95123 Catania CT  
 095 393987  
 prospettivafuturo@tin.it

Associazione di promozione sociale  
**Rete Fattorie Sociali Sicilia**  
 Via Caronda, 39  
 95024 Acireale CT  
 095 7631805  
 fattoriesocialisicilia@gmail.com  
 www.fattoriesocialisicilia.it

Associazione di volontariato  
**Santa Maria della Strada**  
Via Comunale, 1 Galati S.Anna  
98134 Messina ME  
090 6409387  
s.mariadellastrada@libero.it  
www.santamariadellastrada.it



presidenza@bhalobasa.it  
www.bhalobasa.it

Associazione  
**Talità Kum**  
Viale Moncada, 2  
95121 Catania CT  
095 571473 / 338 7346580  
info@talitakumcatania.org  
http://talitakumcatania.org

## **TOSCANA**

Cooperativa Sociale  
**Arnera**  
Via Brigate Partigiane, 2  
56025 Pontedera PI  
0587 52562  
info@arnera.org  
i.barghigliani@arnera.org  
www.arnera.org



Associazione di volontariato  
**Associazione P24 Livorno**  
Via delle Travi, 20  
57100 Livorno LI  
0586 211924  
elenaciucci1@virgilio.it

Associazione  
**Bhalobasa**  
Via Gramsci, 23  
56030 Perignano PI  
0587 616143

Cooperativa Sociale  
**CAT**  
Via Scipio Slataper, 2  
50134 Firenze FI  
055 4222390  
segreteria@coopcat.it  
amministrazione@coopcat.it  
www.coopcat.it



Impresa Sociale  
**CEIS, Centro Italiano  
di Solidarietà di Livorno**  
Via della Chiesa di Salviano, 10  
57124 Livorno LI  
0586 862955  
info@ceislivorno.it  
www.ceislivorno.it



Associazione di volontariato  
**Centro Italiano di Solidarietà  
Gruppo Giovani e comunità**  
Via S. Giustina, 59  
55100 Lucca LU  
0583 587113  
info@ceislucca.it  
s.ghilarducci@ceislucca.it  
www.ceislucca.it



Associazione di promozione sociale  
**Dentro l'orizzonte giovanile**  
Corso Italia, 25  
52100 Arezzo AR  
335 6230035  
associazionedog@libero.it

Cooperativa Sociale  
**Il Cammino**  
Via Repubblica, 35  
56035 Lavaiano di Lari PI  
0587 618461  
lamilcammino@interfree.it  
www.cooperativailcammino.it

Associazione di volontariato  
**Il Sestante**  
Via Maggi, 20  
57125 Livorno LI  
0586 862955  
damianabarbato@gmail.com  
www.ilsestantesolidarietalivorno.it

Cooperativa Sociale  
**Il Simbolo**  
Via Provinciale Calcesana, 1  
56100 San Giuliano Terme PI  
050 541035  
segreteria@ilsimbolo.it  
www.ilsimbolo.it

Cooperativa Sociale  
**L'Albero e la Rua**  
Via Cavour, 2  
52016 Rassina AR  
0575 590787 / 339 5938084  
info@lalberoelarua.org  
chiara.cestelli@lalberoelarua.org  
www.lalberoelarua.org

Cooperativa Sociale  
**La Fonte**  
Via della Casina, 2  
50129 Sesto Fiorentino FI  
055 402334  
info@lafontecercina.org

teocercina@yahoo.it  
amministrazione@lafontecercina.org  
www.lafontecercina.org

Fondazione  
**Opera S. Rita**  
Piazza S. Rocco 3  
59100 Prato PO  
0574 21245 / 0574 37722  
p.perazzo@operasantarita.it  
l.rossetti@operasantarita.it  
info@operasantarita.it  
www.operasantarita.it

Cooperativa Sociale  
**Pane e Rose**  
Viale Vittorio Veneto 9  
59100 Prato PO  
0574 611501  
segreteria@panerosecoop.it  
lara.toccafondi@panerosecoop.it  
marco.paolicchi@panerosecoop.it  
www.panerosecoop.it

Associazione di promozione sociale  
**Progetto Arcobaleno**  
Via del Leone, 9  
50124 Firenze FI  
055 288150  
arcobaleno@progettoarcobaleno.it  
www.progettoarcobaleno.it

Cooperativa Sociale  
**San Benedetto**  
Via dell'Industria, 9  
57122 Livorno LI  
0586 888101  
info@coopsanbenedetto.org  
amministrazione@coopsanbenedetto.org  
www.coopsanbenedetto.org

## **TRENTINO ALTO ADIGE**

Associazione di promozione sociale

### **A.T.A.S. Associazione Trentina Accoglienza Stranieri**

Via Lunelli, 4  
38121 Trento TN  
342 5049899 / 0461 263330  
info@atas.tn.it  
anna.lorusso@atas.tn.it  
www.atas.tn.it

Cooperativa Sociale

### **Arcobaleno**

Via S.Nazzaro, 47  
38066 Riva del Garda TN  
0464 713346 / 348 7631953  
cdossi@arcobalenocoop.net  
info@arcobalenocoop.org  
lbommassar@arcobalenocoop.net  
www.arcobalenocoop.org

Cooperativa Sociale

### **Arianna**

Via S. Francesco, 10  
38122 Trento TN  
0461 235990  
ariannascs@arianna.coop  
amministrazione@arianna.coop  
www.arianna.coop

Associazione di volontariato

### **Associazione Provinciale di Aiuto Sociale**

Vicolo S.M. Maddalena, 11  
38122 Trento TN  
0461 239200  
info@apastrento.it  
www.apastrento.it

Associazione di volontariato

### **Auto Mutuo Aiuto**

Via Torquato Taramelli, 17  
38122 Trento TN  
0461 239640  
ama.trento@tin.it  
www.automutuoaiuto.it

Associazione di promozione sociale

### **Carpe Diem**

Via Bolzano, 15  
38014 Canova di Gardolo TN  
347 7577125  
aps.carpediem2003@gmail.com

Associazione

### **Centro Astalli Trento**

Via alle Laste, 22  
38100 Trento TN  
0461 1725867  
segreteria.astallitn@vsi.it  
amministrazione@centroastallitrento.it  
www.centroastallitrento.it

Cooperativa Sociale

### **Eliodoro**

Via Venezia, 47  
38066 Riva del Garda TN  
0464 520116  
eliodoro@eliodoro.it  
direzione@eliodoro.it  
www.eliodoro.it

Cooperativa sociale

### **FAI, Famiglia anziani infanzia**

Via Gramsci, 48/a  
38123 Trento TN  
0461 911509  
info@faicoop.com  
www.faicoop.com

Cooperativa Sociale

**La Rete**

Via Taramelli, 8/10

38122 Trento TN

0461 987269

mail@cooplarete.org

www.cooplarete.org

Cooperativa Sociale

**Progetto 92**

Via dei Solteri, 76

38121 Trento TN

0461 823165

segreteria@progetto92.net

amministrazione@progetto92.net

www.progetto92.it

Cooperativa Sociale

**Punto D'Incontro**

Via Travai, 1

38122 Trento TN

0461 984237

amministrazione@puntodincontro.trento.it

www.puntodincontro.trento.it

Cooperativa Sociale

**Samuele**

Via delle Laste, 22

38121 Trento TN

0461 230888

info@coopsamuele.it

amministrazione@coopsamuele.it

www.coopsamuele.it

Cooperativa Sociale

**Villa S.Ignazio**

Via alle Laste, 22

38121 Trento TN

0461 238720

coop@vsi.it

www.coop.vsi.it

Cooperativa Sociale

**Villaggio del fanciullo SOS**

Via H. Gmeiner, 25

38122 Trento TN

0461 384100 / Fax 0461 1738847

info@sostrento.it

www.sostrento.it



Associazione di volontariato

**Volontari in Strada**

Via alle Laste, 22

38121 Trento TN

349 2937696

volontaridistrada@gmail.com

www.fondazione.vsi.it

Associazione di volontariato

**Volontarius**

Via Giuseppe Di Vittorio, 33

39100 Bolzano BZ

0471 402338

associazione@volontarius.it

amministrazione@volontarius.it

www.volontarius.it

**UMBRIA**

Cooperativa Sociale

**Borgo Rete**

Strada Ospedalone S. Francesco, 5

06135 Perugia PG

075 5997905

segreteria@consorzioabn.it

comunicazione@borgorete.it

www.borgorete.it



Cooperativa Sociale

**Cipss**

Via della Doga, 53/57

05036 Narni scalo TR

0744 750977

cipss@cipss.org;www.cipss.org

Associazione

**Comunità Capodarco di Perugia**

Strada Comunale Prepo, 202

06129 Perugia PG

075 5051056

capodarco\_perugia@libero.it

Cooperativa Sociale

**Comunità La Tenda**

Via Sportella Marini, 41

06034 Foligno PG

0742 359034

info@comunitalatenda.com

amministrazione@comunitalatenda.com

www.comunitalatenda.com

Cooperativa Sociale

**Helios**

Via Donato Bramante, 3/D

05100 Terni TR

0744 306845

info@coop socialehelios.it

amministrazione@coop socialehelios.it

Cooperativa Sociale

**La Locomotiva**

Via della Rosa, 3

06034 Foligno PG

0742 357582

lalocomotiva@libero.it

info@lalocomotiva.it

www.lalocomotiva.it



**VENETO**

Cooperativa Sociale

**Adelante**

Strada Cartigliana, 200

36061 Bassano del Grappa VI

0424 566788

presidenza.adelante@progettozatterablu.it

amministrazione@adelanteonlus.it

amministrazione.adelante@progettozatterablu.it

www.adelanteonlus.it

Cooperativa Sociale

**Altre Strade**

Via Domenico Turazza, 48 int. 30

35128 Padova PD

049/8774660

info@altrestrade.it

amministrazione.altrestrade@gmail.com;

amministrazione@altrestrade.it

www.altrestrade.it

Cooperativa Sociale

**Aretè**

Via Batorcolo, 46

37045 S.Pietro di Legnago VR

0442 620390 / 347 2835045

info@cooparete.org

www.cooparete.org

Associazione di volontariato

**Casa di Pronta Accoglienza Sichem**

Via Beata Giovanna, 80/A

36061 Bassano del Grappa VI

0424 529041

casasichem@libero.it

Associazione

**Comunità Bertoldi Associazione Pavoniana la Famiglia**

Via Luppia Alberi, 3

35044 Montagnana PD

0429 81658

casabertoldi.montagnana@pavoniani.it

[www.pavoniani.it](http://www.pavoniani.it)

Cooperativa Sociale

**Comunità dei Giovani**



Via Ponte Rofilo, 3

37121 Verona VR

045 918168

[segreteria@cdgvr.it](mailto:segreteria@cdgvr.it)

[amministrazione@cdgvr.it](mailto:amministrazione@cdgvr.it)

[www.cfgvr.it](http://www.cfgvr.it)

Associazione di promozione sociale

**Comunità Educativa per Minori Don Bosco**

Loc. Villa Albarè, 4

37010 Albarè di Costermano VR

045 6201034 / 328 4948176

[coordinatore@donboscodab.it](mailto:coordinatore@donboscodab.it)

[info@donboscodab.it](mailto:info@donboscodab.it)

[www.donboscodab.it](http://www.donboscodab.it)

Cooperativa Sociale

**Cosmo**

Via dell'Oreficeria, 30/P

36100 Vicenza VI

0444 1788017

[cosmo@cosmosociale.it](mailto:cosmo@cosmosociale.it)

[www.cosmosociale.it](http://www.cosmosociale.it)

Associazione

**Famiglia Aperta sul Mondo**

Via San Domenico, 139

36012 Asiago VI

0424 462368

[famigliaaperta@tiscali.it](mailto:famigliaaperta@tiscali.it)

Associazione di volontariato

**Famiglie in Rete**

Via Ortigara, 20

37069 Villafranca VR

045 7903168

[associazioneretefamiglie@gmail.com](mailto:associazioneretefamiglie@gmail.com)

<http://famiglieinrete.altervista.org>

Associazione di volontariato

**Il Sogno di Lele**

Viale Regina Margherita, 42

36078 Valdagno VI

0445 404873

[info@ilsognodilele.eu](mailto:info@ilsognodilele.eu)

[www.ilsognodilele.eu](http://www.ilsognodilele.eu)

Cooperativa Sociale

**Insieme**

Via Dalla Scola, 255

36100 Vicenza VI

0444 511562

[info@insiemesociale.it](mailto:info@insiemesociale.it)

[amministrazione@insiemesociale.it](mailto:amministrazione@insiemesociale.it)

[www.insiemesociale.it](http://www.insiemesociale.it)

Cooperativa Sociale

**Job Mosaico**

Via Aviano, 7/9

36030 Caldognو VI

0444 1788017

[jobmosaico@libero.it](mailto:jobmosaico@libero.it)

<http://jobmosaico.wordpress.com>

Associazione di promozione sociale

**Joseph**

Via Pieve, 6  
36075 Montecchio Maggiore VI  
0444 696079  
[casa.joseph@teletu.it](mailto:casa.joseph@teletu.it)  
[www.casa.joseph.it](http://www.casa.joseph.it)

Cooperativa Sociale  
**Kirikù**  
Via Silvio Pellico, 38 int. 1  
31044 Montebelluna TV  
0423 665457  
[info@kirikuonlus.it](mailto:info@kirikuonlus.it)  
[amministrazione@kirikuonlus.it](mailto:amministrazione@kirikuonlus.it)  
[www.kirikuonlus.it](http://www.kirikuonlus.it)

Cooperativa Sociale  
**L'Albero**  
Via Pirandello 35  
37138 Verona VR  
045 8205820  
[direzione@coopalbero.it](mailto:direzione@coopalbero.it)  
[amministrazione@coopalbero.it](mailto:amministrazione@coopalbero.it)  
[www.coopalbero.it](http://www.coopalbero.it)

Fondazione  
**La Grande Casa**  
Via Case Bianche, 16  
35013 Cittadella PD  
049 9401846  
[fond@retemaranatha.it](mailto:fond@retemaranatha.it)  
[www.retemaranatha.it](http://www.retemaranatha.it)

Associazione di volontariato  
**Maranatha**  
Via Ca' Nave, 63  
35013 Cittadella PD  
049 5975329  
[ass@retemaranatha.it](mailto:ass@retemaranatha.it)  
[www.retemaranatha.it](http://www.retemaranatha.it)

Cooperativa Sociale  
**Margherita**  
P.zza Marconi, 4/b  
36066 Sandrigo VI  
0444 750606  
[info@cooperativamargherita.org](mailto:info@cooperativamargherita.org)  
[debora.parisotto@cooperativamargherita.org](mailto:debora.parisotto@cooperativamargherita.org)  
[www.cooperativamargherita.org](http://www.cooperativamargherita.org)

Associazione di volontariato  
**Mario Tommasi**  
Via Cappello 79  
35027 Noventa Padovana PD  
049 625066  
[assmariotommasi@libero.it](mailto:assmariotommasi@libero.it)  
[www.mariotommasi.org](http://www.mariotommasi.org)

Associazione  
**Muraless**  
Rione Duomo, 740  
30015 Chioggia VE  
[info@muraless.org](mailto:info@muraless.org)  
[www.muraless.org](http://www.muraless.org)

Fondazione  
**Opera Casa Famiglia**  
Via Nino Bixio, 4  
35131 Padova PD  
049 8751554  
[segreteria@operacasafamiglia.it](mailto:segreteria@operacasafamiglia.it)  
[www.operacasafamiglia.it](http://www.operacasafamiglia.it)

Cooperativa Sociale  
**Portaperta**  
Via delle Fosse, 24 C  
32032 Feltre BL  
0439 310667  
[casa.aladino@portaperta.it](mailto:casa.aladino@portaperta.it)  
[amministrazione.belluno@portaperta.it](mailto:amministrazione.belluno@portaperta.it)  
[www.portaperta.it](http://www.portaperta.it)

Associazione di volontariato

**Portaverta**

Via Forlanini, 62

45100 Rovigo RO

0425 22583

portaverta@libero.it

[www.portaverta.it](http://www.portaverta.it)

Cooperativa Sociale

**Porto Alegre**

Via della Tecnica, 10

45100 Rovigo RO

0425 404323

porto.alegre@libero.it

[amministrazione@portoalegrerovigo.com](mailto:amministrazione@portoalegrerovigo.com)

<https://portoalegrerovigo.com>

Cooperativa Sociale

**Primavera Nuova**

Via Lago di Tovel, 16

36015 Schio VI

0445 575656

info@primaveranuova.it

[www.primaveranuova.it](http://www.primaveranuova.it)

Associazione di volontariato

**Progetto Miriam**

Via G. Correr, 1/ter

35133 Padova PD

049 8876245

[francescaneconipoveri@gmail.com](mailto:francescaneconipoveri@gmail.com)

[www.progettomiriam.it](http://www.progettomiriam.it)

Associazione

**Progetto sulla Soglia**

Via Dalla Scola, 255

36100 Vicenza VI

0444 301065

info@progettossullasoglia.it

[www.progettossullasoglia.it](http://www.progettossullasoglia.it)

Cooperativa Sociale

**Progetto Zattera Blù**

Via Divisione Julia, 42

36030 Calvene VI

0445 325393

[segreteria@progettozatterablu.it](mailto:segreteria@progettozatterablu.it)

[www.progettozatterablu.it](http://www.progettozatterablu.it)

Associazione di volontariato

**Questacitta**

Via Schiavonetti, 8

36061 Bassano del Grappa VI

0424 521483

[spaziodonna@hotmail.it](mailto:spaziodonna@hotmail.it)

Cooperativa Sociale

**Radicà**

Via Divisione Julia, 42

36030 Calvene VI

0445 860780

[amministrazione.radica@progettozatterablu.it](mailto:amministrazione.radica@progettozatterablu.it)

[www.radicaonlus.it](http://www.radicaonlus.it)

Cooperativa Sociale

**REM**

Calle Seminario, 740

30015 Chioggia VE

[segreteria@cooperativarem.com](mailto:segreteria@cooperativarem.com)

[carlomaria.naccari@cooperativarem.com](mailto:carlomaria.naccari@cooperativarem.com)

Associazione di volontariato

**Rete Famiglie Aperte**

Vicolo Cieco Retrone, 28

36100 Vicenza VI

0444 324299

[rete@progettossullasoglia.it](mailto:rete@progettossullasoglia.it)

[www.retefamiglieaperte.it](http://www.retefamiglieaperte.it)

Cooperativa Sociale  
**Samarcanda**  
Via Lago di Tovel, 16  
36015 Schio VI  
0445 500048  
amministrazione@samarcandaonlus.it  
www.samarcandaonlus.it

Cooperativa Sociale  
**Tangram**  
Via B. Dalla Scola, 255  
36100 Vicenza VI  
0444 301065  
presidente@tangramsociale.it  
amministrazione@tangramsociale.it  
www.tangramsociale.it

Cooperativa Sociale  
**Titoli Minori**  
Calle Seminario, 740  
30015 Chioggia VE  
041 400729  
info@titoliminori.com  
amministrazione@titoliminori.com  
www.titoliminori.com

Cooperativa Sociale  
**Una casa per l'uomo**  
Via Silvio Pellico, 38 - int. 3  
31044 Montebelluna TV  
0423 615252  
info@unacasaperluomo.it  
amministrazione@unacasaperluomo.it  
www.unacasaperluomo.it

Cooperativa Sociale  
**Verlata**  
Via Alcide De Gasperi, 6  
36030 Villaverla VI

0445 856212  
verlata@verlata.it  
amministrazione@verlata.it  
szanivan@verlata.it  
www.verlata.it

Cooperativa Sociale  
**Verlata Lavoro**  
Via Alcide De Gasperi, 6  
36030 Villaverla VI  
0445 856212  
gbarichello@verlata.it

## ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE AD ARCIGAY

Si riporta l'elenco dei gruppi associati ad Arcigay per regione.

Quelli che hanno partecipato al progetto PAS sono evidenziati col simbolo



## ABRUZZO

Associazione  
**Arcigay Chieti - Sylvia Rivera**

Viale Maiella, 72  
Chieti CH  
chieti@arcigay.it  
<http://arcigaychieti.wordpress.com>



Associazione  
**Arcigay Massimo Consoli L'Aquila**

Via Gaetano Belisari, 6  
67100 L'Aquila  
laquila@arcigay.it  
<http://arcigaymassimoconsolialq.wordpress.com>



Associazione  
**Mazi**

Via Francesco Tedesco, 8  
65126 Pescara PE  
mazi.pescara@arcigay.it  
mazipescara.wordpress.com



Associazione  
**Arcigay Teramo**

Via Nazionale Adriatica, 79/b  
Cologna Spiaggia, TE  
teramo@arcigay.it  
<http://arcigayteramo.wordpress.com>



## BASILICATA

Associazione  
**Arcigay Basilicata Marco Bisceglia**

Via Sabbioneta, 19  
Potenza PZ  
arcigay.basilicata2014@gmail.com  
<http://arcigaybasilicata.blogspot.it>



## CALABRIA

Associazione  
**Arcigay EOS Cosenza**

Corso Bernardino Telesio, 98  
87100 Cosenza CS  
cosenza@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay Ligea Lamezia Terme**

Piazza Mazzini  
Lamezia Terme CZ  
ligea.lameziaterme@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay IDM I Due Mari  
Reggio Calabria**

Via Emilio Cuzzocrea, 11  
Reggio Calabria RC  
reggiocalabria@arcigay.it



## CAMPANIA

Associazione  
**Arcigay Campania**

Vico S. Gerônimo, 23  
80134 Napoli NA  
081 552 88 15  
campania@arcigay.it



Associazione  
**Rain Arcigay Caserta**

Via Giuseppe Verdi, 15  
Caserta CE  
823 1607485  
direttivo@rainarcigaycaserta.it  
[www.rainarcigaycaserta.it](http://www.rainarcigaycaserta.it)



Associazione  
**Arcigay Antinoo Napoli**  
Vico San Geronimo, 17  
Napoli NA  
081 5528815  
349 7584462  
napoli@arcigay.it  
www.arcigaynapoli.org



Associazione  
**Vesuviamo**  
Cercola NA  
333 8233879  
vesuviamo.napoli@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay Marcella di Folco Salerno**  
Piazza Vittorio Veneto, 2  
Salerno SA  
info@arcigaysalerno.it  
www.arcigaysalerno.it



## EMILIA ROMAGNA

Associazione  
**Cassero LGBT Center**  
Via Don Giovanni Minzoni  
Bologna BO  
051 09 57 200  
info@cassero.it  
www.cassero.it



associazione  
**Arcigay Ferrara**  
Via Ripagrande, 12  
Ferrara FE  
320 0134477  
ferrara@arcigay.it  
https://arcigay.it/ferrara



Associazione  
**Arcigay Modena Matthew Shepard**  
Viale IV Novembre, 40/A  
Modena MO  
059 8750811  
modena@arcigay.it  
www.arcigaymodena.org



Associazione  
**Arcigay Piacenza Lambda**  
Piazza del Borgo, 35  
Piacenza, PC  
piacenza@arcigay.it  
http://piacenzagay.blogspot.com



associazione  
**Arcigay Ravenna Dan Arevalos**  
Via Giosuè Carducci, 16  
48121 Ravenna RA  
ravenna@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay Reggio Emilia Gioconda**  
Viale Bernardino Ramazzini, 72  
Reggio Emilia RE  
reggioemilia@arcigay.it  
https://arcigayreggioemilia.it



Associazione  
**Arcigay Rimini Alan Turing**  
Via Ludovico de Varthema, 26  
47922 Rimini RN  
rimini@arcigay.it  
www.arcigay.rimini.it



## FRIULI VENEZIA GIULIA

Associazione

### Arcigay Arcobaleno Trieste Gorizia

Via Pondares, 8

Trieste 34131 TS

trieste@arcigay.it

www.arcigaytrieste.it



Associazione

### Arcigay Friuli Nuovi Passi

Udine UD

udine@arcigay.it

www.arcigayfriuli.it



## LAZIO

Associazione

### Castelli Romani

Castelli Romani

castelliromani@arcigay.it



Associazione

### SEIcomeSEI

Latina, LT

seicomesei.aps@libero.it



Associazione

### Arcigay Roma Gruppo Ora

Via Nicola Zabaglia, 14

Roma 00153 RM

664 501102

roma@arcigay.it

www.arcigayroma.it



Associazione

### Divine Ostia

Viale Capitan Consalvo, 2



Lido di Ostia, RM

345 7823320

divine2017@libero.it

## LIGURIA

Associazione

### Arcigay Genova - Approdo

### Lilia Mulas APS

Via Al Molo Giano

Genova GE

347 0011818

presidenza@arcigaygenova.it

www.arcigaygenova.it



Associazione

### M.I.A. Arcigay Imperia

Via Morardo, 11

Sanremo IM

328 0281459

info@arcigayimperia.org

www.arcigayimperia.it



Associazione

### Arcigay Savona Apertamente

Savona SV

3402855344

apertamentesavona@gmail.com



## LOMBARDIA

Associazione

### Arcigay Bergamo Cives

Via Borgo Palazzo, 130

Bergamo BG

320 5777517

info@arcigaybergamo.it

www.arcigaybergamo.it



Associazione  
**Arcigay Brescia Orlando**  
 Via Valerio Paitone, 42  
 25122 Brescia BS  
 brescia@arcigay.it  
[www.arcigaybrescia.it](http://www.arcigaybrescia.it)



Associazione  
**Arcigay Como**  
 Como CO  
[como@arcigay.it](mailto:como@arcigay.it)



Associazione  
**Arcigay Cremona La Rocca**  
 Via Cesare Speciano, 4  
 Cremona CR  
[cremona@arcigay.it](mailto:cremona@arcigay.it)  
<http://www.arcigaycremona.it>



Associazione  
**Arcigay La Salamandra Mantova**  
 Via Fratelli Bandiera, 10  
 46100 Mantova MN  
[mantova@arcigay.it](mailto:mantova@arcigay.it)  
[www.arcigaymantova.it](http://www.arcigaymantova.it)



Associazione  
**Centro d'Iniziativa Gay**  
 Via Bezzeca, 3  
 Milano MI  
 02 54122225  
[milano@arcigay.it](mailto:milano@arcigay.it)  
[www.arcigaymilano.org](http://www.arcigaymilano.org)



Associazione  
**Arcigay Pavia Coming-Aut**  
 Pavia PV  
[pavia@arcigay.it](mailto:pavia@arcigay.it)  
[www.coming-aut.it](http://www.coming-aut.it)



Associazione  
**Arcigay Varese**  
 Via Bernardino Luini, 15  
 Varese, VA  
 327 8887771  
 (attivo ven 20:30-22:30)  
[varese@arcigay.it](mailto:varese@arcigay.it)  
[www.arcigayvarese.it](http://www.arcigayvarese.it)



## MARCHE

Associazione  
**Comunitas APS**  
 Via di Passo Varano, 228  
 60131 Ancona AN  
[ancona@arcigay.it](mailto:ancona@arcigay.it)  
<https://ancona.arcigay.it>



Associazione  
**Arcigay Agorà**  
 Via del Mirafiore, 4  
 Pesaro PU  
 389 9725980  
[pesaro@arcigay.it](mailto:pesaro@arcigay.it)  
[www.arcigayagora.it](http://www.arcigayagora.it)



## MOLISE

Associazione  
**Arcigay Molise**  
**Lambda Identità Libere**  
 Corso Giuseppe Garibaldi  
 Isernia, IS  
[arcigaymolise@gmail.com](mailto:arcigaymolise@gmail.com)  
<http://arcigaymolise.wordpress.com>



## PIEMONTE

Associazione  
**Love is Love**

Via Roero, 49 Asti AT  
loveislove.asti@gmail.com  
<https://loveisloveasti.wordpress.com>



Associazione  
**Arcigay Granda Queer Cuneo**

Corsso Vittorio Emanuele II, 33 Cuneo CN  
cuneo@arcigay.it  
[www.grandaqueer.it](http://www.grandaqueer.it)



Associazione  
**Arcigay Torino Ottavio Mai**

Via Bernardino Lanino, 3/a  
Torino TO  
011 7650051  
torino@arcigay.it  
[www.arcigaytorino.it](http://www.arcigaytorino.it)



Associazione  
**Arcigay Nuovi Colori ONLUS**

Via Vittorio Veneto, 135  
28922 Pallanza VB  
329 3377638  
info@arcigaynuovicolori.it  
[www.arcigaynuovicolori.it](http://www.arcigaynuovicolori.it)



Associazione  
**Arcigay Rainbow Vercelli - Valsesia**

Vercelli VC  
vercelli@arcigay.it  
[www.rainbowvalsesia.wordpress.com](http://www.rainbowvalsesia.wordpress.com)



## PUGLIA

Associazione  
**Arcigay Bari**  
**L'arcobaleno del Levante**

Piazza San Pietro, 22  
Bari BA  
bari@arcigay.it  
[www.arcigay.it/bari](http://www.arcigay.it/bari)



Associazione  
**Arcigay Bat Le Mine Vaganti**

Via Umberto I  
273 Trani, BA  
bat@arcigay.it  
[www.arcigaybat.it](http://www.arcigaybat.it)



Associazione  
**Arcigay Foggia Le Bigotte**

Foggia, FG  
foggia@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay Salento La Terra di Oz**

Corte dei Chiaramonte, 2  
73100 Lecce LE  
lecce@arcigay.it  
<http://www.arcigaysalento.it>



Associazione  
**Strambopoli**

Taranto, TA  
strambopoli.taranto@arcigay.it



Associazione  
**Arcigay Taranto**

Taranto, TA  
taranto@arcigay.it



Associazione  
**Taras Arcobaleno Taranto**

Taranto, TA

[tarasarcobaleno.taranto@arcigay.it](mailto:tarasarcobaleno.taranto@arcigay.it)  
<https://tarasarcobaleno.arcigay.it>



Via Brenta, 65  
96100 Siracusa, SR  
[siracusa@arcigay.it](mailto:siracusa@arcigay.it)

## SICILIA

Associazione  
**Arcigay Catania Pegaso LGBT**

Via Acquicella Porto, 13  
Catania, CT  
[catania@arcigay.it](mailto:catania@arcigay.it)  
[www.arcigaycatania.com](http://www.arcigaycatania.com)



Associazione  
**Arcigay Makwan**

Messina  
Via Placida, 57/59  
Messina, ME  
[messina@arcigay.it](mailto:messina@arcigay.it)



Associazione  
**Arcigay Palermo**

Via della Rosa alla Gioiamia, 2/4  
Palermo, PA  
344 0123880  
(solo sms, whatsapp, telegram)  
[palermo@arcigay.it](mailto:palermo@arcigay.it)  
<http://arcigaypalermo.wordpress.com>



Associazione  
**Arcigay Ragusa**

Ragusa, RG,  
[ragusa@arcigay.it](mailto:ragusa@arcigay.it)



Associazione  
**Arcigay Siracusa**



## TOSCANA

Associazione  
**Arcigay Arezzo Chimera Arcobaleno**

Via G. Garibaldi, 135  
Arezzo, AR  
342 6456231  
[arezzo@arcigay.it](mailto:arezzo@arcigay.it)  
[www.chimerarcobaleno.org](http://www.chimerarcobaleno.org)



Associazione  
**L.E.D. Libertà e Diritti**

Via Bikonacki  
57128 Livorno LI  
342 0397464  
[livorno@arcigay.it](mailto:livorno@arcigay.it)  
[www.arcigaylivorno.it](http://www.arcigaylivorno.it)



Associazione  
**Pinkriot Arcigay Pisa**

Via Enrico Fermi, 7  
Pisa, PI  
[pisa@arcigay.it](mailto:pisa@arcigay.it)  
[www.pinkriot.arcigaypisa.it](http://www.pinkriot.arcigaypisa.it)



Associazione  
**Arcigay Pistoia La Fenice**

Pistoia, PT  
392 712 8188  
[pistoia@arcigay.it](mailto:pistoia@arcigay.it)  
[www.arcigaypistoia.it](http://www.arcigaypistoia.it)



Associazione

**Movimento Pansessuale Arcigay PA<sub>S</sub>**  
**Siena**

Via di Città, 101  
Siena, SI  
siena@arcigay.it  
www.movimentopansessuale.it

PRINCIPI  
ATTIVI  
DI SALUTE

**TRENTINO ALTO ADIGE**

Associazione

**Centaurus Arcigay  
dell'Alto Adige Südtirol**

Via Galileo Galilei, 4a  
Bolzano, BZ  
0471 976342  
info@centaurus.org  
www.centaurus.org



Associazione

**Arcigay del Trentino**

Via del Torrione, 6  
Trento TN  
trento@arcigay.it  
www.arcigaydeltrentino.it



**VALLE D'AOSTA**

Associazione

**Arcigay Valle d'Aosta Queer VdA**

Aosta AO  
aosta@arcigay.it



**VENETO**

Associazione

**Arcigay Tralaltro Padova**



Corso Giuseppe Garibaldi, 41

Padova, PD  
392 1867057  
padova@arcigay.it  
www.tralaltro.it

Associazione

**Arcigay Rovigo Politropia**

CORSO DEL POPOLO, 183  
45100 Rovigo, RO  
393 0374909  
rovigo@arcigay.it  
www.politropia.org



Associazione

**Pianeta Milk - Verona  
Lgbt\* Center Arcigay/Arci**

VIA SCUDERLANDO, 137  
37135 Verona VR  
045 973003  
(Mar-Gio 21-23)  
verona@arcigay.it  
www.arcigayverona.org



Associazione

**Arcigay Vicenza 15 Giugno**

Contrà Barche, 55  
36100 Vicenza VI  
347 9650953  
vicenza@arcigay.it  
www.arcigayvicenza.com



## ELENCO ORGANIZZAZIONI ASSOCIATE A CICA

Si riporta l'elenco dei gruppi associati a Cica per regione.

Quelli che hanno partecipato al progetto PAS sono evidenziati col simbolo



## ABRUZZO

Fondazione  
**Il Samaritano**

Piazza Santo Spirito, 5  
65121 Pescara PE  
0854 516847  
fondazionecaritas@libero.it



80078 Pozzuoli Napoli NA  
0815 870210  
casasistoriariosforza@libero.it

## CALABRIA

Associazione  
**Casa Don Italo Calabrò**

via Vallone Mariannazzo snc  
89125 Reggio Calabria RC  
0965 890768  
direzione.amministrativa@piccolaopera.org

Fondazione  
**Castellace**  
P.zza Orfanotrofio, 3  
89014 Reggio Calabria RC  
096 686250  
nino.casella@tiscali.it;

## CAMPANIA

Cooperativa sociale  
**Masseria Raucci**  
via Botteghelle di Portici, 139  
80147 Napoli NA  
0817 590916  
millepiedi94@inwind.it

Ente religioso  
**Riario Sforza**  
via Carlo Rosini 12/A



## EMILA ROMAGNA

Associazione  
**Don Venturini**  
Stradone Farnese, 96  
29100 Piacenza PC  
0523 338710  
ricerca@laricerca.net

Associazione  
**Casa Flora**  
via Urceo detto Codro 1/1  
42123 Reggio Emilia RE  
0522 451800  
amministrazione@solidarieta.re.it

Coopertiva sociale  
**CA Casa San Lazzaro**  
**Appartamenti**  
**Casa San Lazzaro**  
viale Gramsci, 10  
41100 Modena MO  
059 315331  
info@gruppoceis.org



Coopertiva sociale  
**Casa Marella**  
via Scipione del Ferro, 4  
41100 Bologna BO  
051 266706  
a.suffritti@grceis.org



**LAZIO**

Coopertiva sociale

**Villa del Pino**

via G.Cerbara, 20  
00147 Roma RO  
06 51604253  
info@centroperlaautonomia.it

Cooperativa

**Il Varco****Don Orione****Villa Glori**

via del Mandrione 291  
00181 Roma RO  
06 76960324  
amministrazione@caritasroma.it

Associazione

**Paraclito**

via san Rocco, 2  
03010 Trivigliano FR  
0775 520236/520191  
indialogo@libero.it

**LIGURIA**

Cooperativa

**La Tartaruga**

via Asilo Garbarino, 9b  
16126 Genova GE  
010 254601  
ceisge@ceisge.org

Fondazione

**La Palma; Il Mandorlo**

via P.Bozzano 12  
16143 Genova GE

0105 299528

segreteria@fondazioneauxilium.it

**LOMBARDIA**

Cooperativa sociale

**Quintosole**

via G. Bellini 6  
20146 Milano MI  
02 425619  
segreteria@giambellino.org

Associazione

**MariaTuroldo**

località Cascina Castagna 4  
26854 Pieve Fissiraga LO  
037 198106  
pieve@gabbianoonlus.it



Cooperativa sociale

**Casa della Speranza**

via S.Antonio del fuoco, 11  
26100 Cremona CR  
037 221562  
serviziaccoglienza@tiscali.it

Cooperativa sociale

**Meschi**

via Mascari, 1  
23900 Lecco LC  
0341350838  
info@larcobaleno.coop;si



Cooperativa sociale

**A77**

Via Felice Lacerra 124  
20099 Sesto San Giovanni MI  
02 2400836  
segreteria@cooplotta.org



Cooperativa sociale  
**Centro Gabrieli**  
via San Bernardino 4  
20122 Milano MI  
02 89919444  
cooperativa@filodiarriannacoop.it



Cooperativa  
**Iris**  
via Leopardi, 10  
20088 Rosate MI  
02 90849494  
amministrazione@contina.it



Fondazione  
**La Sorgente**  
**Alta Integrazione sanitaria**  
**La Sorgente**  
**Bassa Integrazione sanitaria**  
Piazza XXV Aprile, 2  
20154 Milano MI  
02 6592847  
amministrazione@fondazionesomaschi.it

Fondazione  
**Don Bepo**  
piazza Duomo, 5  
24129 Bergamo BG  
035278207  
fondazioneangelocustode@curia.bergamo.it

Associazione  
**Raphael**  
**San Michele**  
Strada dei Terragli  
24060 Chiuduno BG  
035838054  
info@comunitaemmaus.it



Associazione  
**Maddalena Grassi**  
**Alta Integrazione sanitaria;**  
**Maddalena Grassi**  
**Bassa Integrazione sanitaria**  
via Carlo Poerio, 14  
20129 Milano MI  
02 29522002  
fond.maddalenagrassi@tiscalinet.it

Cooperativa  
**Cascina San Camillo**  
via San Camillo De Lellis, 4  
20049 Concorezzo MB  
0396 041054  
esserci.coop.soc@tiscali.it

Associazione  
**La Robinia; Le Ginestre**  
Corso Garibaldi, 75  
20121 Milano MI  
02 29000109  
aiselonlus@gmail.com

Fondazione  
**Nuova Genesi**  
**Alta Integrazione sanitaria**  
**Nuova Genesi**  
**Bassa Integrazione sanitaria**  
via Moretto, 33  
25122 Brescia BS  
0303772581

Cooperativa  
**San Genesio**  
via G.B. Piazzetta, 2  
20139 Milano MI  
02 55213838  
info@lastrada.it

Cooperativa sociale  
**I Tulipani**  
 via Agostino da Lodi, 11  
 26900 Lodi LO  
 0371 413710  
[info@famnuova.com](mailto:info@famnuova.com)



Cooperativa  
**San Riccardo Pampuri**  
 viale Giulio Cesare 285  
 28100 Novara NO  
 0321455995  
[info@laterrapromessa2.it](mailto:info@laterrapromessa2.it)

## PIEMONTE

Ente morale  
**Cà nostra**  
**Carla Maria**  
**Casa dell'Emanuele**  
 strada Zea 1  
 10040 Leini TO  
 0119973883  
[canostra@fidesonlus.org](mailto:canostra@fidesonlus.org)

Associazione  
**Shalom**  
 via alla Chiesa, 3  
 28060 Ponzana di Casalino NO  
 0321 877994  
[casashalom@libero.it](mailto:casashalom@libero.it)

Associazione  
**Cascina Tario**  
**Alloggi invisibili**  
 C.so Trapani, 95  
 10100 Torino TO  
 0113 859500  
[segreteria@gruppoabele.org](mailto:segreteria@gruppoabele.org)



Cooperativa  
**Casa Giobbe**  
 via Moncalieri, 79  
 10095 Grugliasco TO  
 0113 098761  
[casa@associazionegiobbe.it](mailto:casa@associazionegiobbe.it)



## MARCHE

Associazione  
**Il Focolare**  
**Progetto Noè**  
 Via Frazione Varano, 204  
 60131 Ancona AN  
 0712861309  
[direzione@ocfmarche.it](mailto:direzione@ocfmarche.it)

Associazione  
**S.G.Moscati**  
 via Del Seminario, 12  
 61100 Pesaro PU  
 072 135504  
[ceispesaro@libero.it](mailto:ceispesaro@libero.it)



## PUGLIA

Fondazione  
**Raggio di Sole**  
 piazza Mons. Aurelio Marena, 34  
 70032 Bitonto BA  
 0803 715025  
[fondazione@santimedici.org](mailto:fondazione@santimedici.org)



## SARDEGNA

Associazione  
**S.Antonio Abate**  
via s.Giovanni, 281  
09127 Cagliari CA  
070663358  
associazione@mondoxsardegna.it

## TOSCANA

Associazione  
**Monsignor Agresti**  
via Santa Giustina 59  
55100 Lucca LU  
0583 587113  
info@ceislucca.it



Fondazione  
**Casa Vittoria**  
**Casa Elios**  
**Gruppi appartamenti Vladimiro**  
via dei Pucci 2  
50122 Firenze FI  
055 267701  
segreteria@caritasfirenze.it



## VENETO

Associazione  
**Casa Speranza**  
via G. Sterni 81  
36100 Vicenza VI  
0444 512663  
associazionesperanza@inwind.it

Stampato su carta riciclata