

# Indagine sui dei servizi di RdD/LdR in Italia

*A cura di Antonella Camposeragna*

Roma, aprile 2019

## SOMMARIO

Premessa .....	3
Obiettivi .....	4
Materiali e Metodi.....	5
Risultati.....	7
Il campione .....	7
Caratteristiche dell'Utenza dei Servizi.....	16
Le Prestazioni Erogate .....	18
Confronto con annualità precedenti .....	23
Bisogni Formativi .....	27
Discussione .....	31
ALLEGATO .....	33

## 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 disuguaglianze 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. Non essendoci linee di indirizzo, ne consegue che non esistono indicatori condivisi, per cui non è ad oggi previsto un sistema omogeneo a livello nazionale di raccolta dati; anche nelle stesse regioni in cui è stata definita una normativa (regionale), non sempre ad essa corrisponde un sistema di monitoraggio centralizzato di tutti i servizi ivi attivi. D'altro canto, non in tutte le Regioni la RdD è di esclusiva competenza del Sistema Sanitario Regionale, così come i finanziamenti (e quindi i committenti), che risultano essere i più diversi. Il risultato è che per molte prestazioni, pur essendo effettuate, ne risulta sconosciuto il volume, così come i dati relativi alla popolazione beneficiaria, che risultano frammentati e sovente disomogenei, anche all'interno della stessa Regione.

Oltre a ciò si riscontra una diffusa disattenzione alla raccolta dei dati da parte degli enti titolari dei servizi, che non diffondono i dati di attività, che, seppure raccolti e tabellati, rimangono spesso confinati in report che adempiono alla mera funzione di rendicontazione tecnico-finanziaria delle attività, senza mettere in modo stimolante i servizi a confronto tra loro e/o a confronto nel tempo. In altri casi, invece i dati dei servizi di RdS/LdR devono rispondere a sistemi informativi progettati sui servizi di trattamento, i cui indicatori di esito non sono affatto sovrapponibili a quelli della RdD almeno sul breve periodo.

Il risultato di queste carenze di questa disattenzione al monitoraggio, è una povertà di dati che si traduce in una relativa invisibilità delle attività e delle prestazioni e soprattutto in una assai limitata possibilità di valutazione di processo e ancor più di esito.

Il deficit italiano 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.

---

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

<sup>2</sup> 1. 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>

## 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 caratteristiche principali per definire i livelli essenziali di assistenza
5. Individuazione dei bisogni formativi del personale operante nella RdD e LdR

## MATERIALI E METODI

In base agli obiettivi dell'indagine è stato costruito un questionario on line, mediante la piattaforma Survey Monkey<sup>®</sup>, riportato in allegato, 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'indirizzo 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; tale documento prevede le seguenti categorie:

**Unità mobile in contesti di consumo e spaccio:** 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.

**Drop in:** 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 ricreazionali 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.

**Unità mobile per grandi eventi:** 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. Questo tipo di servizi riguarda eventi che per dimensione, numero di partecipanti e provenienza degli stessi deve avere caratteristiche perlomeno regionali.

**Unità mobile nei luoghi del divertimento giovanile:** 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.

A queste quattro tipologie sono state aggiunte:

---

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

**Unità mobile in altri contesti di divertimento** (es. cruising, saune): rivolta prevalentemente a uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM), in contesti particolari, e che sovente utilizzano sostanze stupefacenti per aumentare le prestazioni sessuali (chemsex).

**Interventi di prevenzione IST:** ovvero interventi specifici rivolti a varie popolazioni per prevenire le infezioni sessualmente trasmesse, ma che non rientrano in quelli precedentemente descritti.

**Altro:** interventi che pur seguendo l'approccio proattivo e pragmatico della RdD non rientrano nelle categorie precedenti.

Il periodo di osservazione è 1 gennaio-31 dicembre 2017.

## RISULTATI

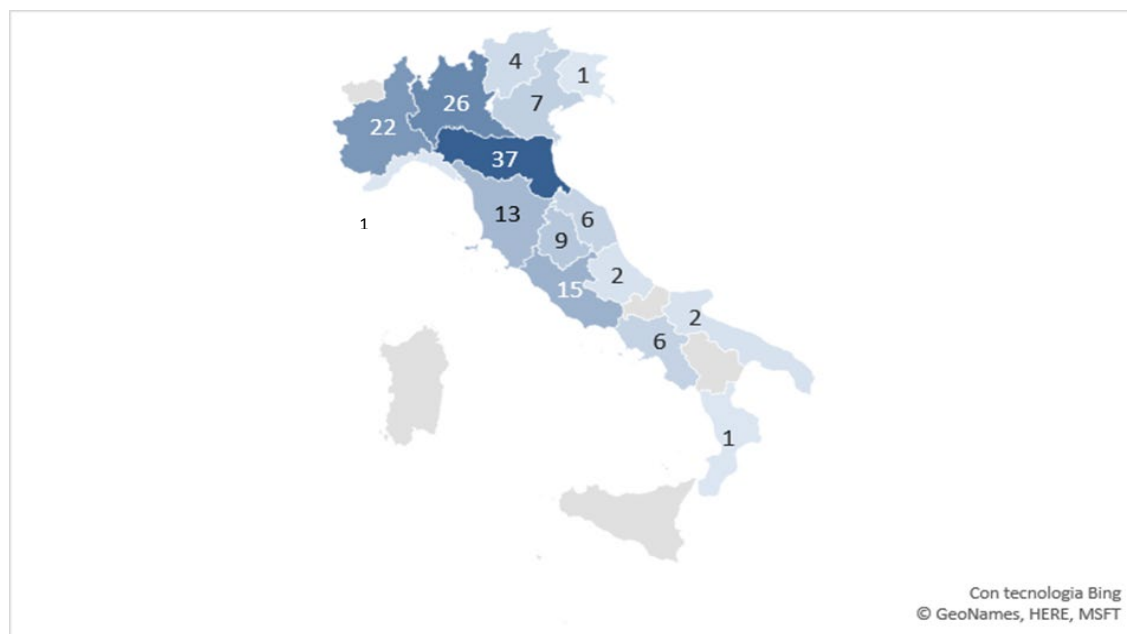
### IL CAMPIONE

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

**Tab.1 Distribuzione rispondenti per regione**

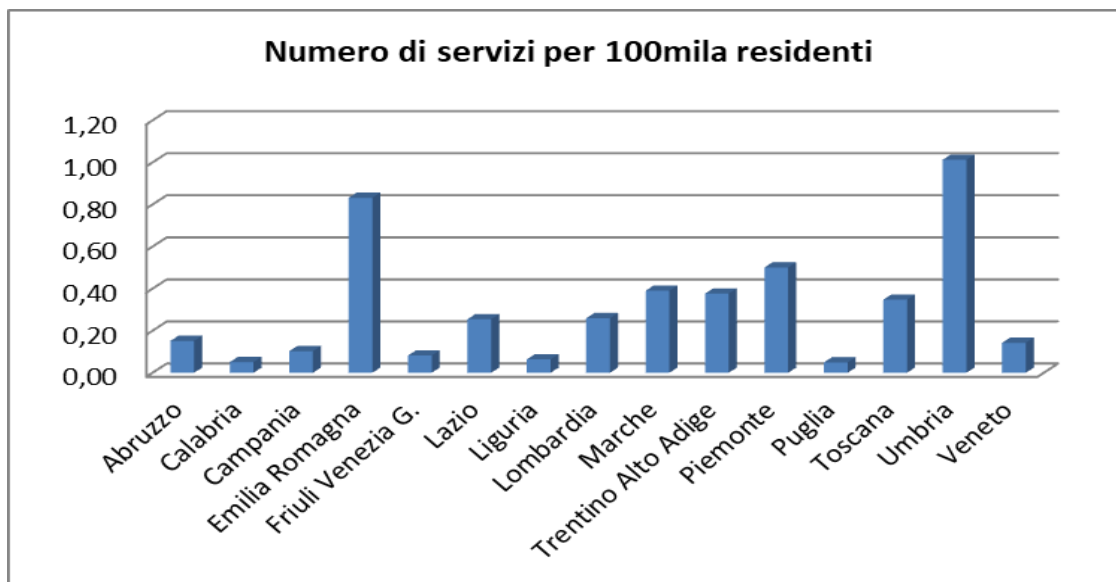
Regione	N	%
Abruzzo	2	1,3
Calabria	1	0,7
Campania	6	3,9
Emilia Romagna	37	24,3
Friuli Venezia Giulia	1	0,7
Lazio	15	9,9
Liguria	1	0,7
Lombardia	26	17,1
Marche	6	3,9
P.A. Bolzano	4	2,6
Piemonte	22	14,5
Puglia	2	1,3
Toscana	13	8,6
Umbria	9	5,9
Veneto	7	4,6
<b>Totale</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Questa concentrazione di servizi al Nord e al Centro non ci consente di procedere con analisi specifiche per aree territoriali, 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.



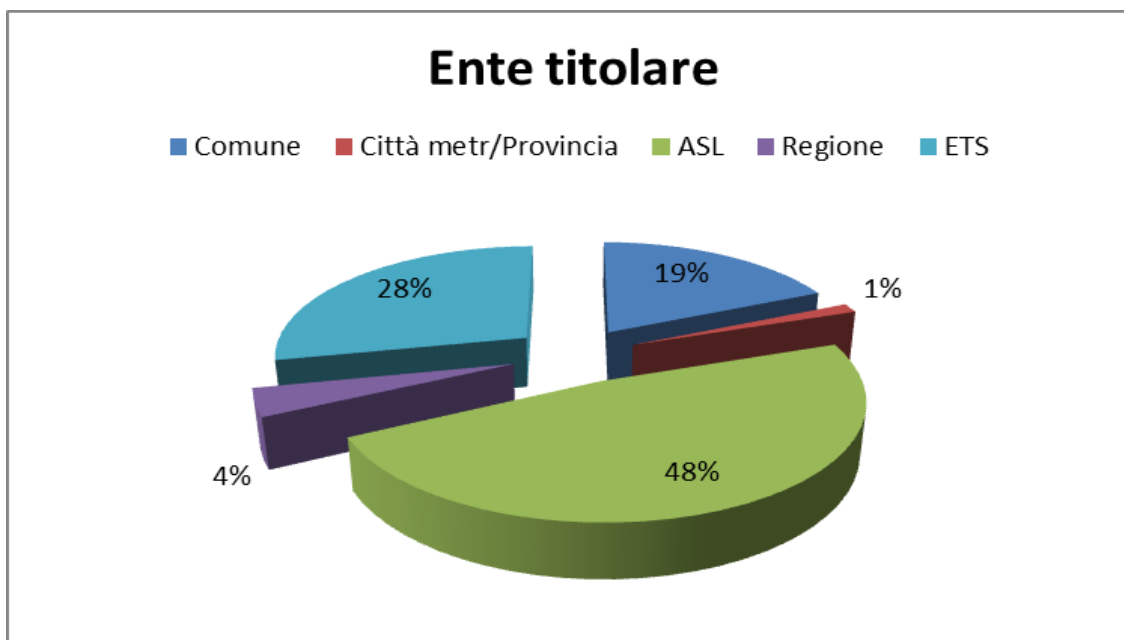
**Fig.1 Distribuzione del campione**

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.

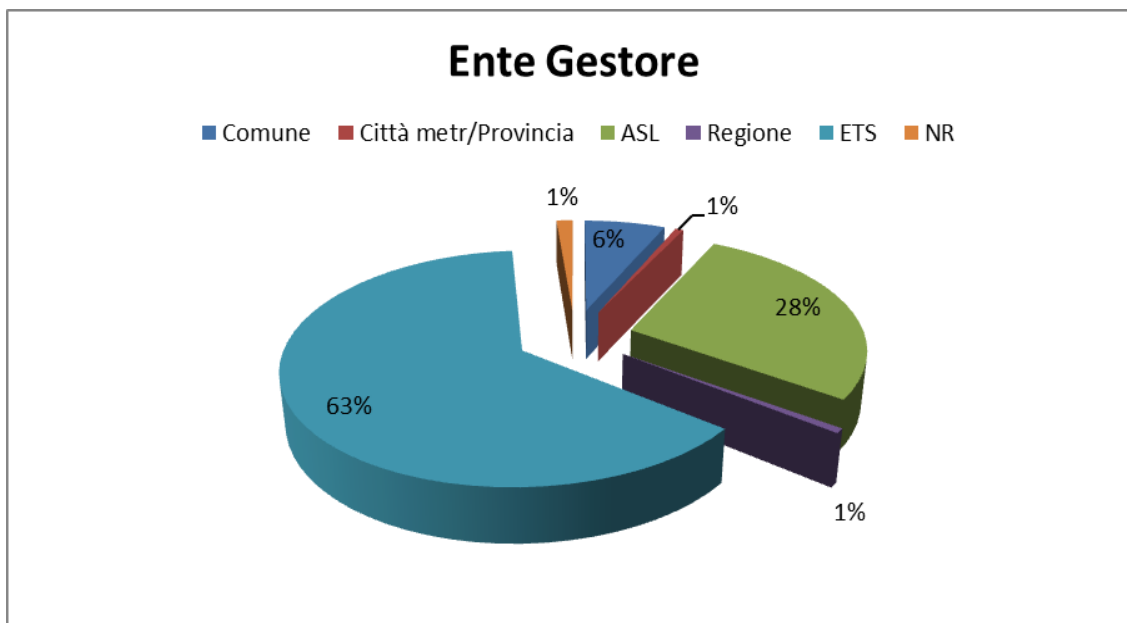


**Fig.2 Rapporto numero di servizi di R&D/LdR rispetto alla popolazione residente per 100mila**

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%).

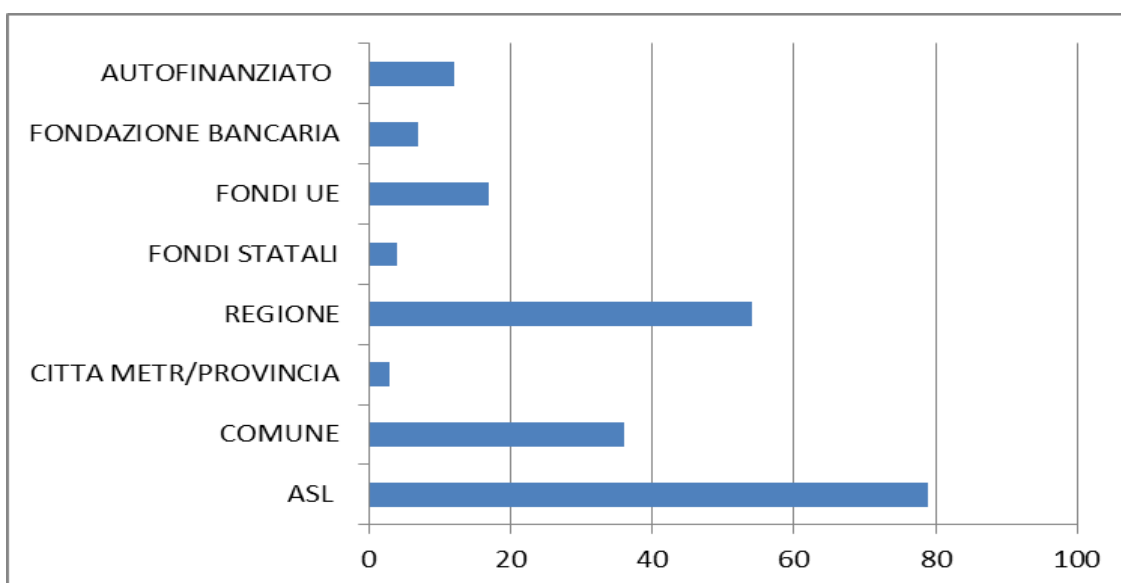


**Fig.3 Distribuzione per natura dell'ente titolare (ETS= ente del terzo settore)(N=152)**



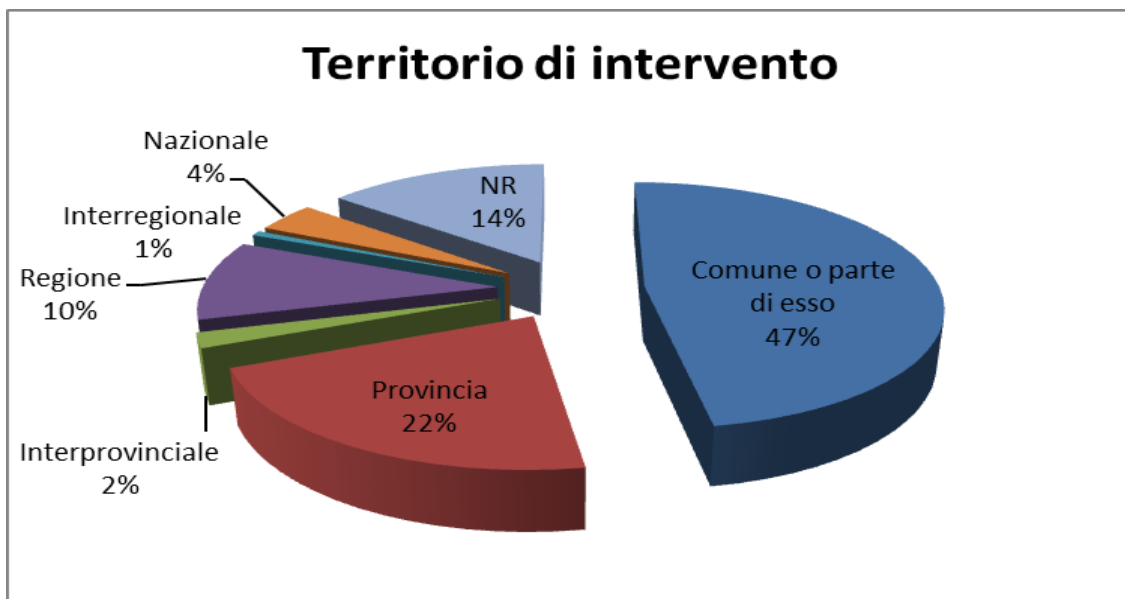
**Fig.4 Distribuzione per natura dell'ente gestore (ETS= ente del terzo settore, NR= Non Riferito)(N=152)**

La fonte di finanziamento, che in molti casi è plurima, vede comunque una prevalenza da parte del servizio sanitario nazionale (ASL), seguito dalle Regioni, per le quali non sappiamo se sia la Direzione Sanitaria o Sociale a prevedere il finanziamento di questi servizi.



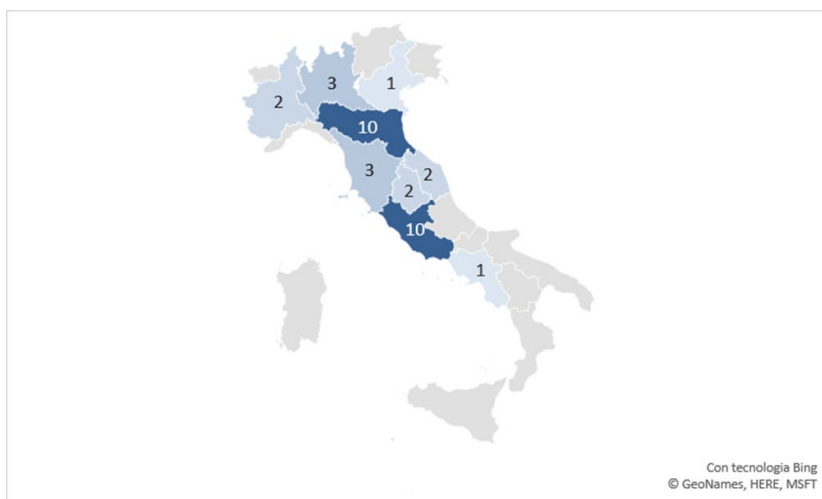
**Fig.5 Distribuzione per natura dell'ente finanziatore**

Il territorio di intervento dei servizi è prevalentemente a base comunale (o parte di esso), nel 47% dei casi. Il 24% dei servizi ha un respiro provinciale, ma il dato mancante a questa domanda supera il 10% (n=20), per cui questa variabile non risulta essere trattabile. Nella metà dei casi si tratta di servizi attivi nella regione Emilia Romagna e forse in questo caso le categorie previste non erano esaustive del territorio interessato degli interventi.



**Fig.6 Distribuzione per ambito territoriale di intervento (N=152)**

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).



**Fig.7 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 8, risultano essere i servizi più diffusi a livello nazionale, con una presenza in quasi tutte le regioni rispondenti.



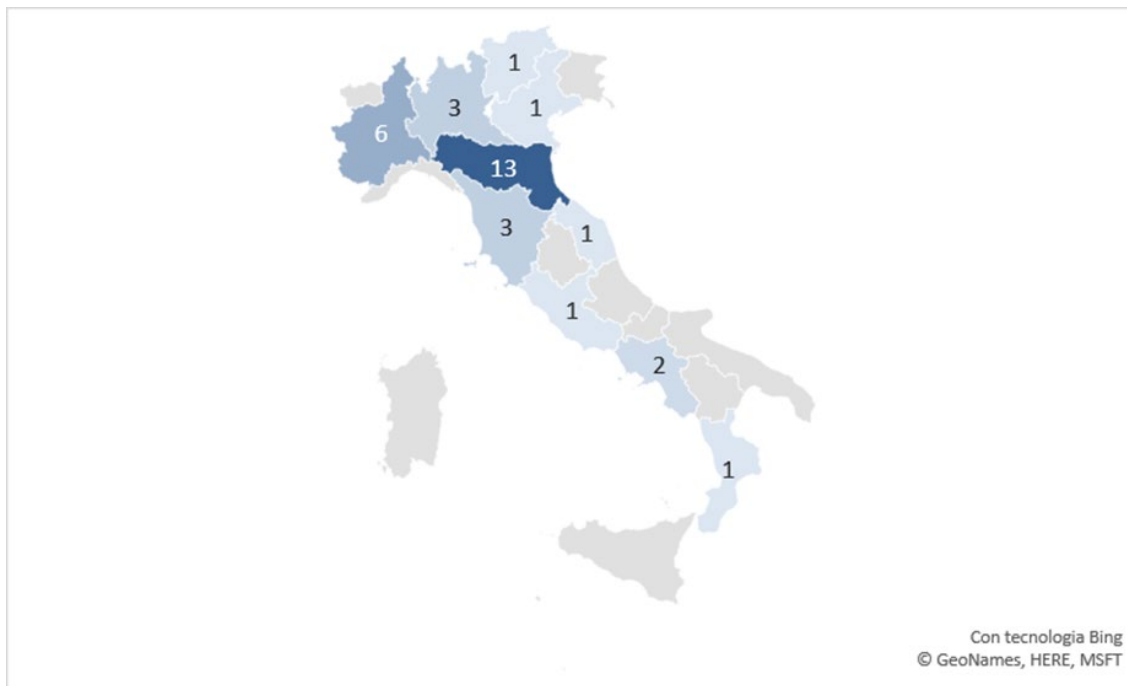
**Fig.8 Distribuzione per regione dei servizi Drop in (N=39)**

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 una per 7 diverse regioni, con una concentrazione geografica limitata al Nord Ovest, Emilia Romagna e al Centro Italia.



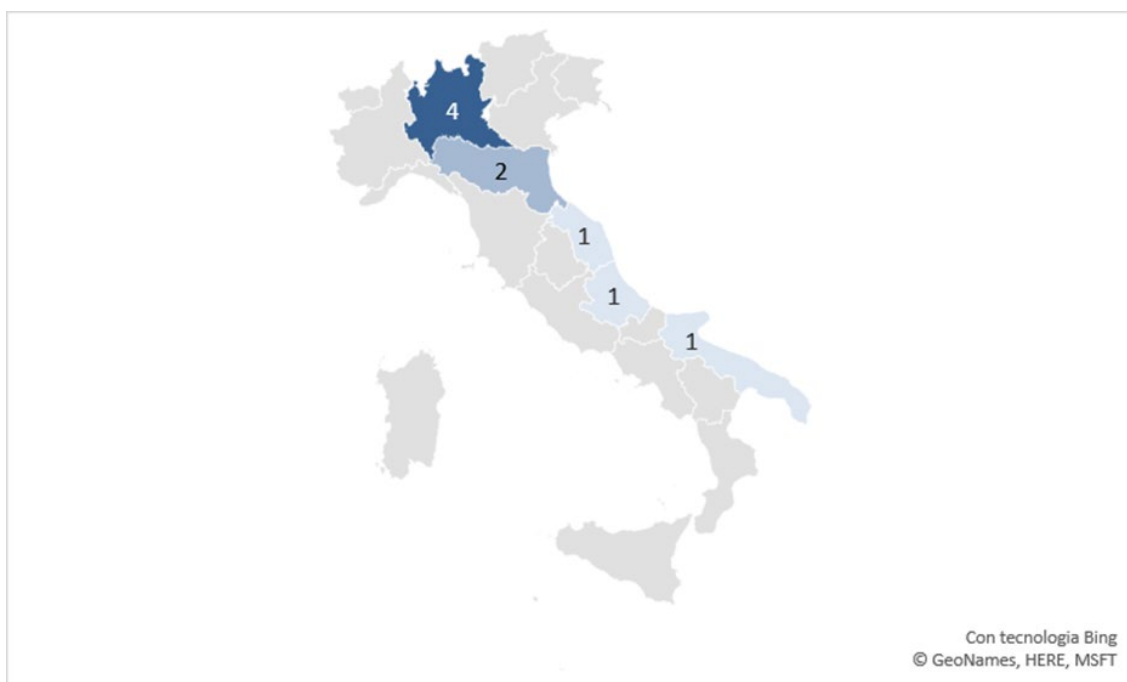
**Fig.9 Distribuzione per regione delle Unità mobili LdR nei grandi eventi (N=7)**

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.



**Fig.9 Distribuzione per regione delle Unità mobili LdR nei contesti del divertimento (N=32)**

Gli interventi di prevenzione IST sono principalmente svolti dagli Enti afferenti al CICA, con una maggiore concentrazione in Lombardia.

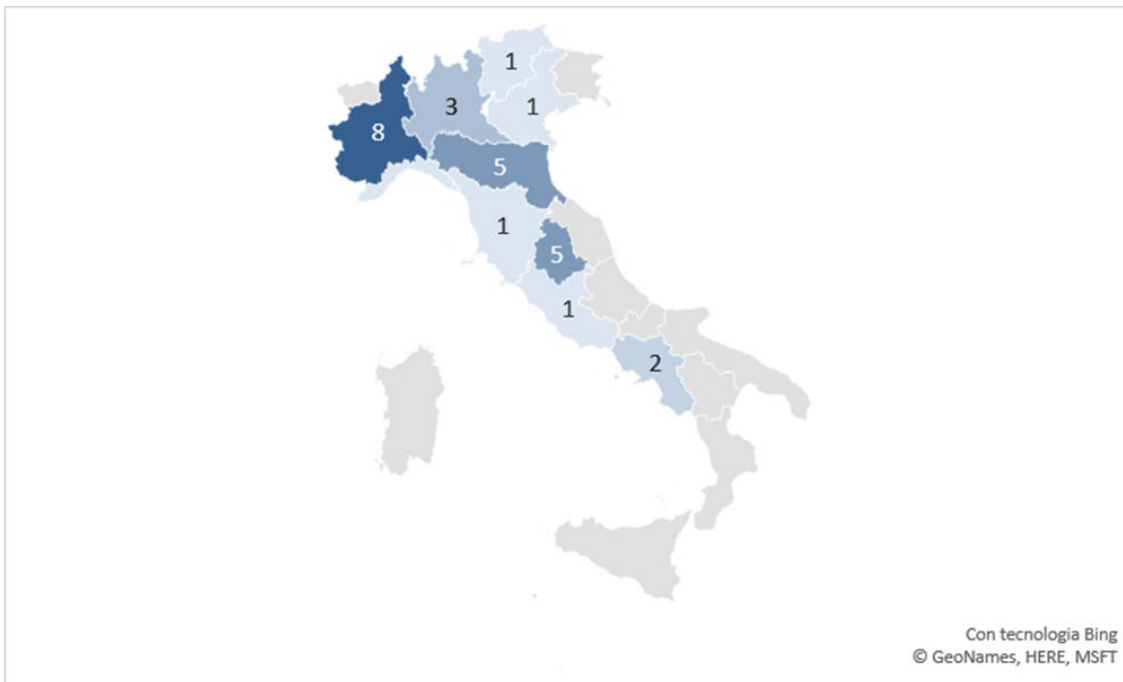


**Fig.10 Distribuzione per regione di interventi specifici per la prevenzione di Infezioni sessualmente trasmesse (N=9)**

Solo un servizio a Milano ha dichiarato di svolgere interventi specifici di Unità mobile in altri contesti di divertimento (es. cruising, saune). 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. Si riporta pertanto un breve schema per regione. 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. In particolare in Piemonte, dove sono collocati 8 di questi servizi non riconducibili alle categorie di cui sopra, segnaliamo la diffusa presenza di un servizio di **“interventi di RdD presso sale d'attesa SerD”**, che non ha eguali in altre Regioni. I dati in nostro possesso non ci permettono di descrivere in maniera appropriata tale servizio, che risulta essere attivo da circa 10 anni e che nelle quattro sedi ha registrato oltre 17.000 contatti in un anno. Altri servizi sono i cosiddetti ricoveri notturni per persone consumatrici, che svolgono una funzione prevalentemente di tipo socio-assistenziale, seppur utilizzando l'approccio non giudicante della RdD.

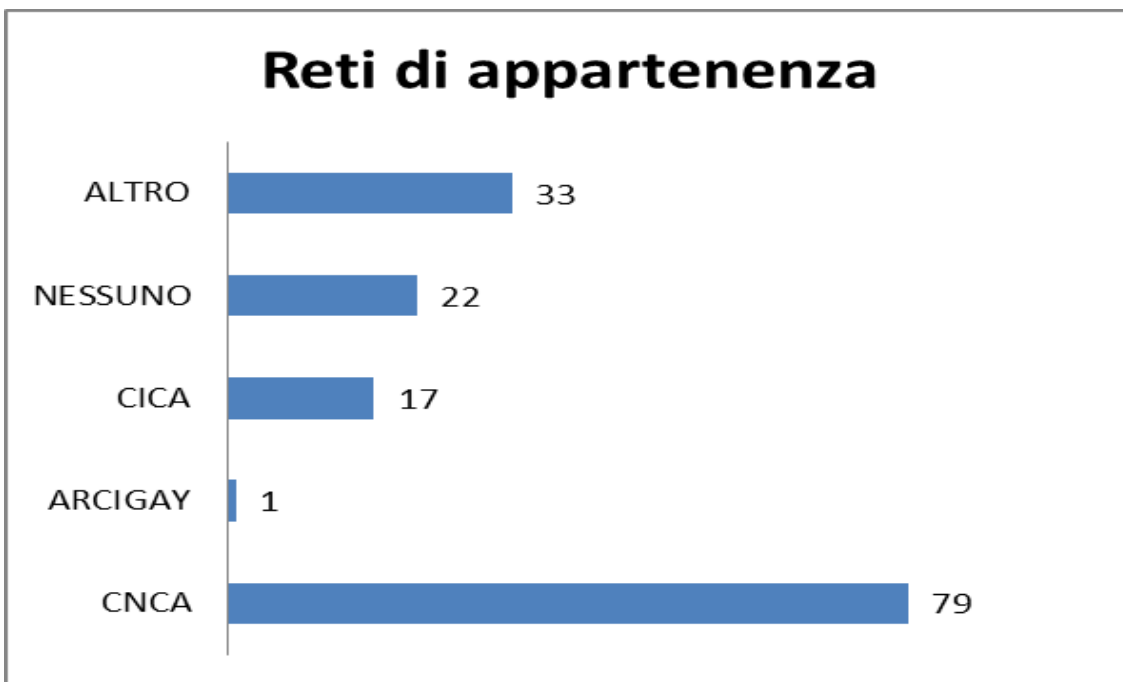
**Tab.2 Descrizione per regione di altri servizi specifici e pertanto non rientranti nelle categorie individuate**

<b>Regione</b>	<b>N servizi</b>	<b>Descrizione</b>
Campania	1	centro diurno - area penale
	1	servizio di riduzione danni e supporto all'autoregolazione per persone che consumano cocaina
Emilia Romagna	2	Accoglienza notturna di persone alcol-tossicodipendenti
	1	Servizio presso il pronto soccorso
	1	Ricerca in tema di prevenzione rischi sostanze in ambiente digitale
	1	Atelier ricreativo bassa soglia
Lazio	1	Unità mobile emergenza metadone
Liguria	1	Casa alloggio per persone con HIV
Lombardia	1	centro diurno con una soglia mediobassa
	1	Unità mobile non specificata
	1	Intervento nelle scuole
Marche	1	Servizio bassa soglia
Trentino Alto Adige	1	lavoro su strada degli operatori e interventi specifici riferiti al disagio giovanile
Piemonte	1	Casa alloggio per persone con HIV
	1	Gruppo di autopromozione
	1	servizio a bassa soglia specifico per donne tossicodipendenti in fase attiva di consumo di sostanze psicotrope
	4	interventi di RdD presso sale d'attesa SerD
	1	servizio di emergenza notturna per persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive
Toscana	1	Centro Diurno Intermedio
Umbria	1	Casa alloggio per persone con HIV
	1	Dormitorio per persone con dipendenza da sostanze
	1	progetti individuali con utenti in carico al Ser.D.
	1	Servizio di RdD, con focus su prevenzione IST in carcere
	1	Servizio di accompagnamento territoriale



**Fig.11 Distribuzione per regione di “altri servizi” (N=28)**

I servizi rispondenti afferiscono quasi tutti ad una rete, ed in particolare 5 servizi afferiscono sia al CNCA che al CICA. La distribuzione risulta la seguente, dove nella voce “altro” sono indicate reti anche informali tra cui ITARDD. E’ tuttavia rilevante che 22 servizi hanno riferito di non essere affiliati ad alcuna rete.



**Fig.12 Distribuzione per rete di appartenenza del rispondente (N=152)**

I servizi vantano una lunga storia: la maggior parte è attiva da oltre 11 anni e solo 4 (3.4%) sono stati avviati da meno di un anno. Tale dato, tuttavia ha registrato una percentuale non residuale (12.5%) di dato mancante.



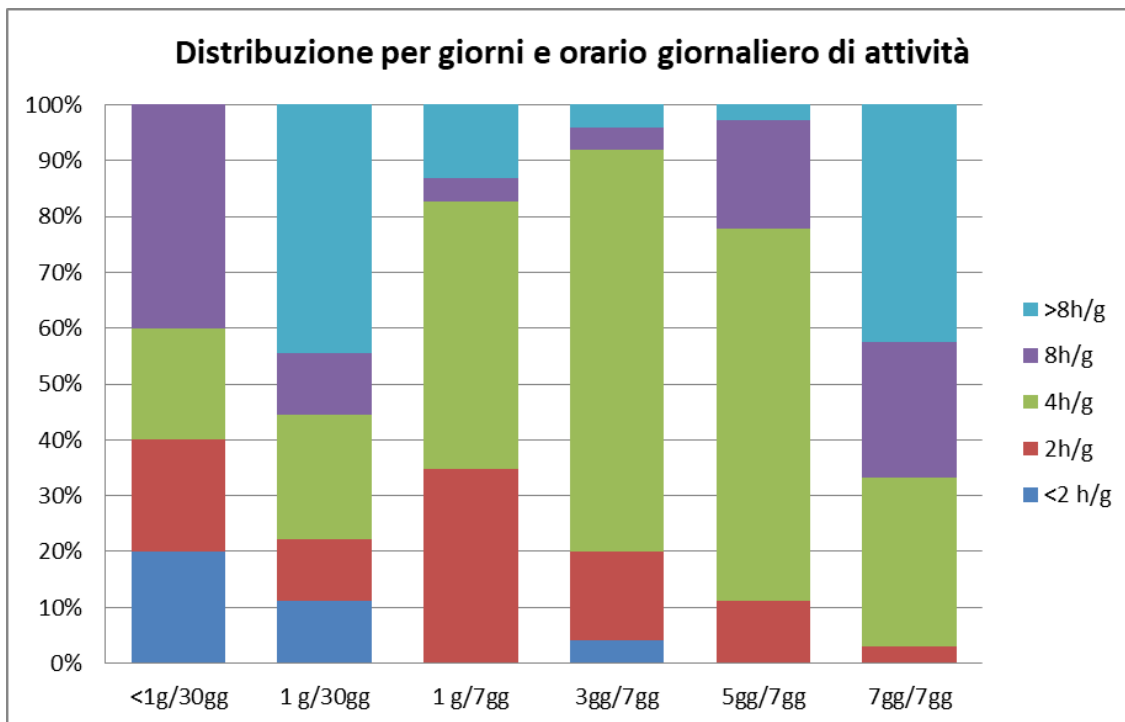
**Fig.13 Anni di attività dei servizi (N=133, 19 servizi non hanno fornito il dato)**

Le attività di RdD/LdR sono prevalentemente a carattere settimanale (5 gg alla settimana) con circa 4 ore di servizio al giorno. Nella tabella 3 sono riportati i giorni di apertura: i servizi che hanno un funzionamento sporadico, ovvero 1 giorno o meno al mese, sono meno del 10%, mentre i servizi continuativi (almeno 3 giorni alla settimana) rappresentano oltre il 50% del campione. Anche per questa variabile, la percentuale di dato mancante è rilevante (13.8%).

Vi sono tuttavia vari servizi a frequenza quotidiana che si caratterizzano per un orario di servizio maggiore di 8 ore: si tratta di case alloggio o dormitori. Le attività sporadiche, ovvero quelle che hanno una frequenza mensile o meno, sono attività di prevenzione IST o sportelli in carcere. La figura mostra come la maggior parte dei servizi sia attivo da 7 a 3 giorni alla settimana, con un'apertura di almeno 4 ore al giorno; nella figura è riportata la distribuzione percentuale per consentire una confrontabilità tra i giorni di apertura, escludendo i servizi per i quali tale dato non è stato riferito.

**Tab.3 Distribuzione per giorni di attività (N=152)**

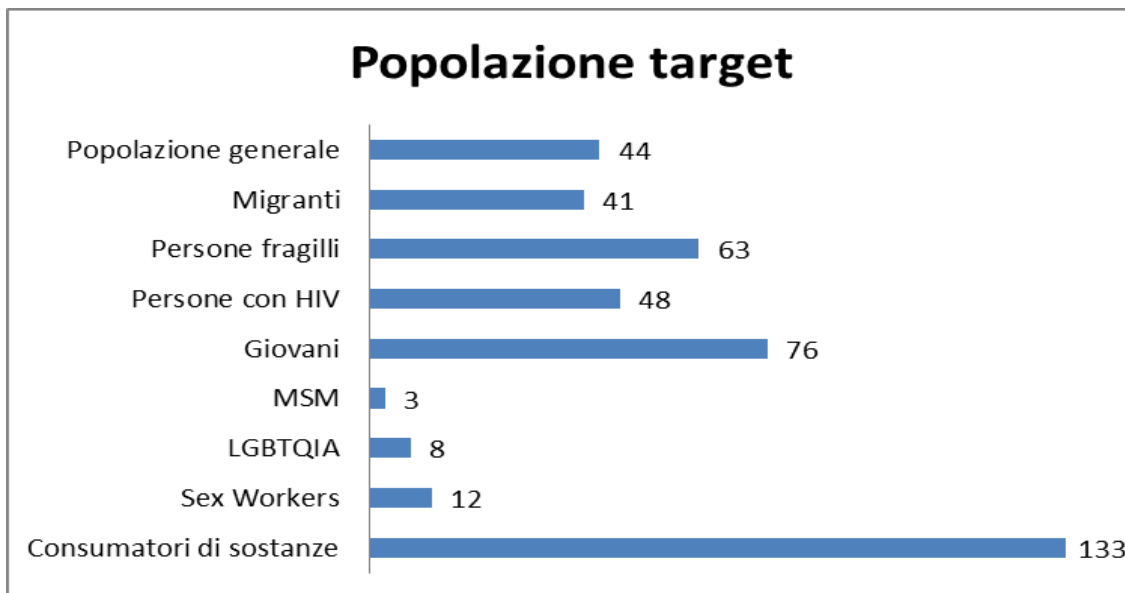
Giorni di attività	N	%
Meno di 1g al mese	5	3,3
1 g al mese	9	5,9
1 g alla settimana	23	15,1
3gg alla settimana	25	16,4
5gg alla settimana	36	23,7
7gg alla settimana	33	21,7
NR	21	13,8
<b>Totale</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>



**Fig.13 Orari di attività dei servizi (N=131)**

#### 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.



**Fig.14 Distribuzione per popolazione target, multiresposta (N=152)**

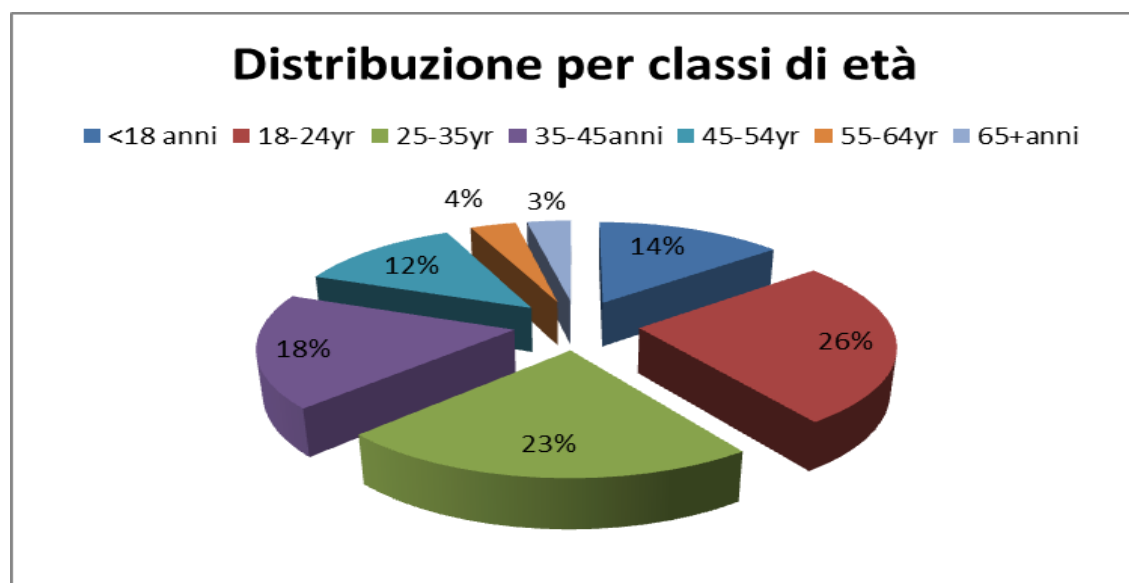
In particolare per quanto riguarda le persone che usano droghe sono state così suddivise:

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
Totale	133	100,0

**Tab. 4 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.

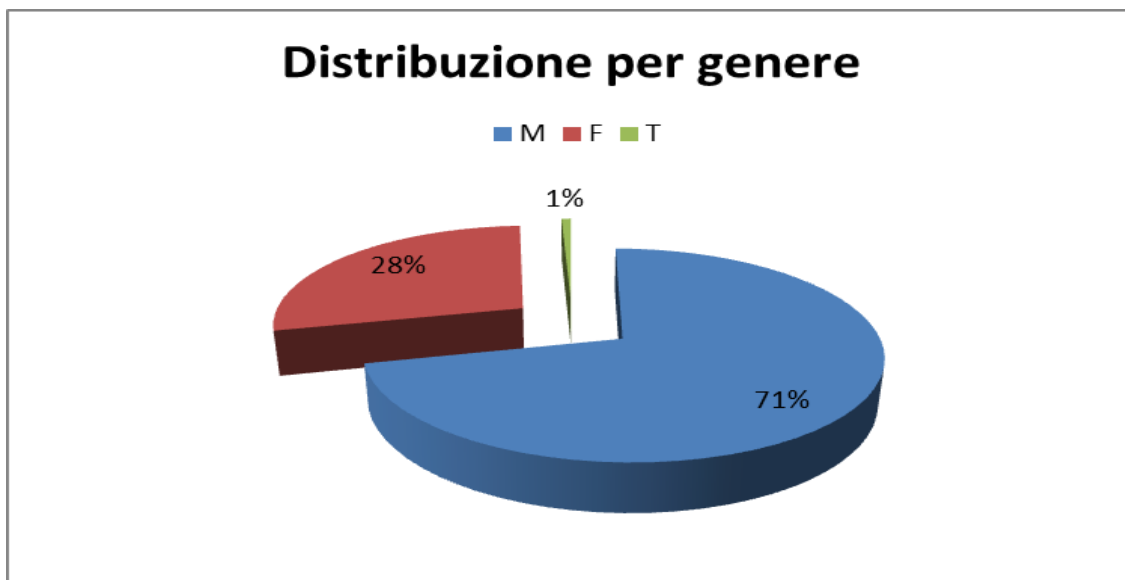
I dati sulle persone, ovvero singoli individui, risultano molto più frammentati essendo stati forniti da 116 servizi; ciò implica che tali dati non sono raccolti da circa un quarto (24%) del campione. Le persone entrate in contatto con i servizi sono in totale 33.284 con un numero medio per servizio 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:



**Fig.15 Distribuzione per classi di età delle persone contattate (N=29.623, dato fornito da 114 servizi su 152 rispondenti)**

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. Questo dato è stato fornito da tutti i servizi che hanno registrato il numero di individui, così come il dato sulla nazionalità.



**Fig.16** *Distribuzione per genere delle persone contattate (N=33.284, dato fornito da 116 servizi su 152 rispondenti)*

La maggior parte degli individui che usufruiscono dei servizi di RdD/LdR sono italiani, per cui il rapporto italiani/stranieri è 3:1.



**Fig.17** *Distribuzione per nazionalità delle persone contattate (N=33.284, dato fornito da 116 servizi su 152 rispondenti)*

#### 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.5), 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

**Tab.5 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	Offerta da n servizi		Rilevata da servizi		Totale	
	N	% tot	N	% eroganti	Somma	nr medio
1. Ascolto, filtro e orientamento eventualmente ad altre strutture	115	<b>75,7</b>	64	55,7	65.280	1.020
2. Trattamento farmacologico sostitutivo**	14	9,2	3	21,4	103.494	34.498
3. Prestazioni mediche	41	27,0	23	56,1	118.993	5.174
4. Distribuzione siringhe/ago e altro materiale per uso sostanze per via iniettiva	50	32,9	36	72,0	504.549	14.015
5. Raccolta di siringhe/ago usati	46	30,3	33	71,7	230.020	6.970
6. Distribuzione profilattici	72	47,4	51	70,8	70.876	1.390
7. Distribuzione farmaci che non necessitano di prescrizione	24	15,8	10	41,7	3.323	332
8. Distribuzione di naloxone (narcan)	53	34,9	41	<b>77,4</b>	3.157	77
9. Somministrazione etilometri	44	28,9	26	59,1	16.801	646
10. Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell'assunzione sostanze per via polmonare	34	22,4	29	<b>85,3</b>	17.300	597
11. Distribuzione materiale informativo ed informazione su danni droga o alcol correlati	68	44,7	37	54,4	59.177	1.599
12. Counselling	102	67,1	59	57,8	43.519	738
13. Informazione/Consulenza legale droghe	18	11,8	11	61,1	1.463	133
14. Mediazione linguistica	16	10,5	5	31,3	576	115
15. Servizio mensa/pasti	28	18,4	16	57,1	89.412	5.588
16. Servizio doccia	36	23,7	20	55,6	32.700	1.635
17. Ricovero notturno	11	7,2	5	45,5	8.184	1.637
18. Lavanderia	36	23,7	15	41,7	7.363	491
19. Mediazione sociale	30	19,7	15	50,0	1.917	128
20. Invio servizi sanitari	89	58,6	45	50,6	6.484	144
21. Invio servizi sociali	84	55,3	39	46,4	3.528	90
22. Accompagnamenti	78	51,3	41	52,6	5.752	140
23. Test rapidi per HIV	18	11,8	12	66,7	4.203	350
24. Test rapidi per HCV	17	11,2	9	52,9	4.303	478
25. Corsi di peer support	22	14,5	13	59,1	1.257	97

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

Per ciò che riguarda il volume delle prestazioni erogate nell'anno, la prestazione numericamente più consistente riguarda la Distribuzione siringhe/ago, con un volume complessivo di oltre 500mila unità e un valore medio, ovvero la somma totale rapportata ai servizi che hanno fornito il dato, pari a circa 14mila unità. Anche la loro raccolta, una volta usati, e la "Distribuzione profilattici", sono le prestazioni che

riportano i volumi maggiori, oltre ad essere anche quelle che caratterizzano e risultano esser le pratiche con con maggiori evidenza di efficacia nella RdD. Altre prestazioni per le quale il volume totale è cospicuo sono quelle di tipo medico, erogate da oltre un quarto dei servizi censiti, e quelle più assistenzialistiche, quali l'offerta di pasti, che risulta essere erogata dal 18% del campione.

Un'altra prestazione che risulta avere un volume rilevante è quella di somministrazione di farmaci sostituitivi, che però risente di un servizio romano, il cui obiettivo è quello di essere unità di emergenza per persone che necessitano di metadone ma per qualche motivo non possono recarsi al SerD di residenza, che ha riferito oltre 100mila erogazioni in un anno. Tale servizio pertanto crea un bias nella misura del numero medio. I servizi che forniscono tale prestazione sono tuttavia in numero residuale (9.2%) e di questi solo 3 di 14 hanno riferito il numero totale di somministrazioni.

L'offerta di *ascolto, filtro e orientamento* è la prestazione che viene fornita dai 3/4 dei servizi, anche se il numero medio per servizio è pari a circa 1000 prestazioni annue.

Le prestazioni di distribuzione di kit per l'assunzione di sostanze per via polmonare e quella di naloxone (take home naloxone) sono rispettivamente offerte dal 22% e dal 35% dei servizi; queste risultano essere le prestazione maggiormente monitorate, in quanto il dato è stato fornito nel primo caso da 29 servizi su 34, e nel secondo da 41 su 53 servizi, con una rispondenza del 85% e del 77%. Il numero totale di kit è di 17.300 mentre quelle di fiale distribuite ammonta a 3.157.

Un elemento critico emerso dalla nostra mappatura è la difficoltà a registrare i dati. Come si evince dalla tabella, il volume di alcune prestazioni è rilevato da meno della metà dei servizi che dichiarano di erogare quelle stesse prestazioni. Questo aspetto denota ancora una fatica nei sistemi di monitoraggio dei servizi di RdD, che sicuramente dipende dal fatto che non sia stato ancora messo a regime un sistema informativo, non solo nazionale, ma talvolta anche a livello regionale.

Per ciò che riguarda le prestazioni ritenute erogabili dai servizi di RdD/LdR, nell'ordine sono state indicate quelle mediche, l'ascolto, filtro e orientamento ad altre strutture, il counselling. Il counselling, erogabile per 116 servizi (76.3%) e ritenuto indispensabile per i tre quarti (74%) di questi servizi. Le prestazioni mediche, con le quali si intendono piccole medicazioni e similari, pur essendo ritenute erogabili dalla totalità dei servizi rispondenti, risultano essere ritenute indispensabili da una parte residuale di servizi (11%).

Diversamente il trattamento farmacologico sostitutivo è ritenuta una prestazione erogabile da una minima porzione di servizi (N=21, 13.8%), anche perché sono necessari protocolli specifici con SerD per la definizione e la somministrazione del farmaco, che necessita di protocolli di carico e scarico, in quanto sostanza stupefacente. Tuttavia la metà dei servizi che ritiene la prestazione erogabile la considera anche indispensabile (Tab. 6)

**Tab.6 Prestazioni ritenute erogabili e prestazioni indispensabili. Nella colonna N è indicato il numero di rispondenti che hanno indicato quella prestazione come erogabile e nella colonna % la proporzione di questa risposta rispetto al totale (N=152) Le Prestazioni ritenute indispensabili. Nella colonna n è indicato il numero di rispondenti che hanno indicato quella prestazione come indispensabili per il proprio servizio e nella colonna % la proporzione di questa risposta rispetto al totale e a chi la ha indicato come erogabile**

Prestazione	Erogabile		Indispensabile	
	N	% tot	n	% erogabili
1. Ascolto, filtro e orientamento eventualmente ad altre strutture	124	<b>81,6</b>	82	66,1
2. Trattamento farmacologico sostitutivo	21	13,8	10	47,6
3. Prestazioni mediche	152	<b>100,0</b>	17	11,2
4. Distribuzione siringhe/ago e altro materiale per uso sostanze per via iniettiva	62	40,8	59	<b>95,2</b>
5. Raccolta di siringhe/ago usati	59	38,8	51	<b>86,4</b>
6. Distribuzione profilattici	85	55,9	75	<b>88,2</b>
7. Distribuzione farmaci che non necessitano di prescrizione	38	25,0	10	26,3
8. Distribuzione di naloxone (narcan)	74	48,7	47	63,5
9. Somministrazione etilometri	62	40,8	32	51,6
10. Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell'assunzione sostanze per via polmonare	54	35,5	29	53,7
11. Distribuzione materiale informativo ed informazione su danni droga o alcol correlati	80	52,6	76	<b>95,0</b>
12. Counselling	116	<b>76,3</b>	86	74,1
13. Informazione/Consulenza legale droghe	33	21,7	15	45,5
14. Mediazione linguistica	82	53,9	28	34,1
15. Servizio mensa/pasti	34	22,4	23	67,6
16. Servizio doccia	43	28,3	32	<b>74,4</b>
17. Ricovero notturno	17	11,2	11	64,7
18. Lavanderia	42	27,6	24	57,1
19. Mediazione sociale	53	34,9	19	35,8
20. Invio servizi sanitari	110	72,4	56	50,9
21. Invio servizi sociali	106	69,7	54	50,9
22. Accompagnamenti	96	63,2	39	40,6
23. Test rapidi per HIV	43	28,3	13	30,2
24. Test rapidi per HCV	41	27,0	9	22,0
25. Corsi di peer support	40	26,3	20	50,0

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/ago 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.

L'unica prestazione residuale risulta essere, come sopra accennato, quella delle prestazioni mediche, almeno fino a quando in Italia avremo un servizio sanitario universalistico.

Ci stupisce che i test rapidi per HIV e HCV, che pur si coniugano con l'efficacia di prestazioni ed interventi di riduzione del danno, non siano ritenuti indispensabili dalla totalità dei servizi che li offrono, bensì dal 30% di essi (proporzione che scende al 22% per il test dell'HCV). Ipotizziamo che motivo di ciò siano i costi ancora alti che hanno tali presidi, nonché una persistente scarsa informazione sull'affidabilità degli stessi e

la necessità di definire un protocollo con un centro clinico, in caso di test reattivo. Tuttavia riteniamo che debbano essere fatti maggiori sforzi, sia da parte degli enti gestori che dei titolari, per implementare questo tipo di attività.

Sottolineiamo che, limitatamente ai servizi che offrono anche accoglienza, inclusi i drop in, le prestazioni fondamentali sono il **servizio doccia**, seguito dai **pasti**. Certamente queste prestazioni non sono squisitamente sanitarie, anche se il loro venirne meno può compromettere gravemente la salute delle persone, per le indubbie conseguenze negative di una scarsa igiene e della malnutrizione.

Il ricovero notturno, ritenuto erogabile da una parte residuale di rispondenti (n=17, 11%), anche per la necessità e la difficoltà di avere a disposizione una struttura adeguata e conforme alla normativa vigente, è però ritenuto indispensabile da circa i due terzi dei servizi che lo ritengono erogabile.

## 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 peridi di osservazione si riferiscono alle annualità precedenti la pubblicazione.

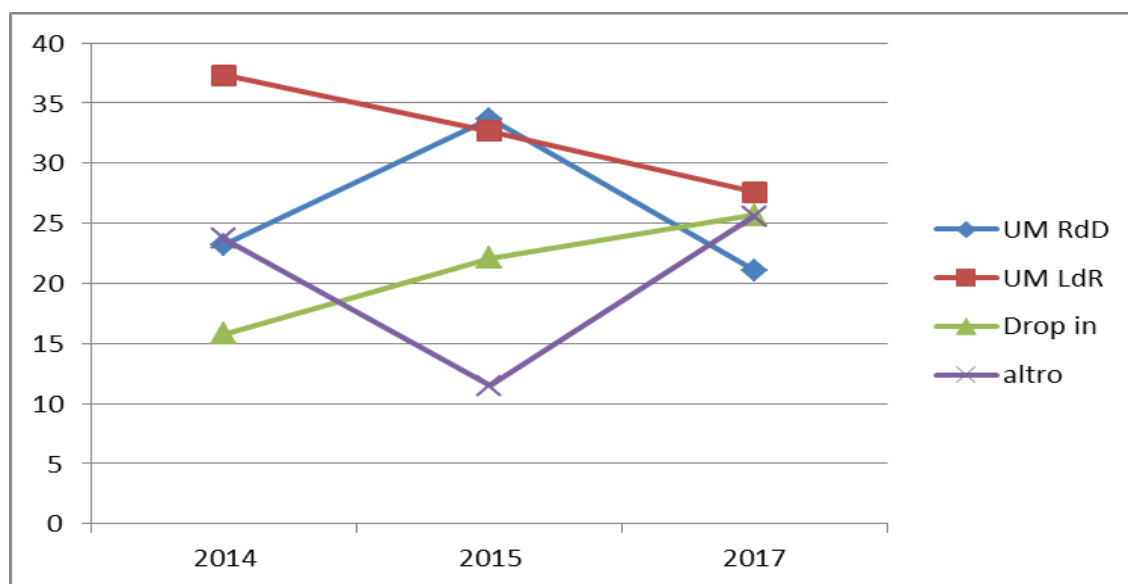
Nel 2015 i servizi censiti erano 115, 104 nel 2016 e in questo report, che però ha visto il supporto di altre organizzazioni, quali CICA e Arcigay, sono 152. Essendo incluse anche attività diverse, quali ad esempio gli interventi di prevenzione per IST, nella rilevazione di quest'anno è sensibilmente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

**Tab.7 Confronti tra il numero di servizi censiti nelle 3 rilevazioni e confronto percentuale tra le proporzioni di servizi**

Come riportato nella tabella e ancora più chiaramente nel grafico sottostante si assiste ad una progressiva diminuzione di servizi rispondenti in qualità di unità mobili nei contesti del divertimento (UM LdR) di, un aumento progressivo dei Drop in e una fase altalenante per le unità mobili in contesti di consumo (UM RdD); in particolare sembrano essersi modificate le numerosità delle unità mobili presenti nella regione Campania, nelle Marche e in Lombardia, mentre sono aumentate in Emilia Romagna.

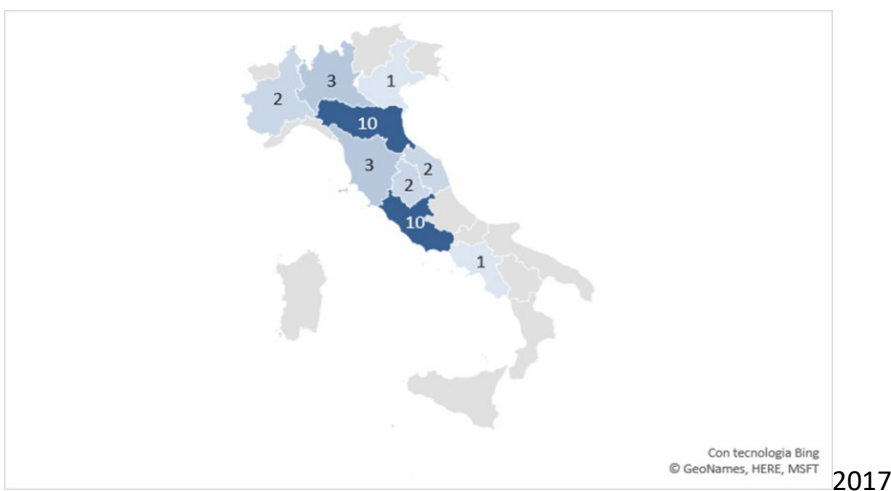
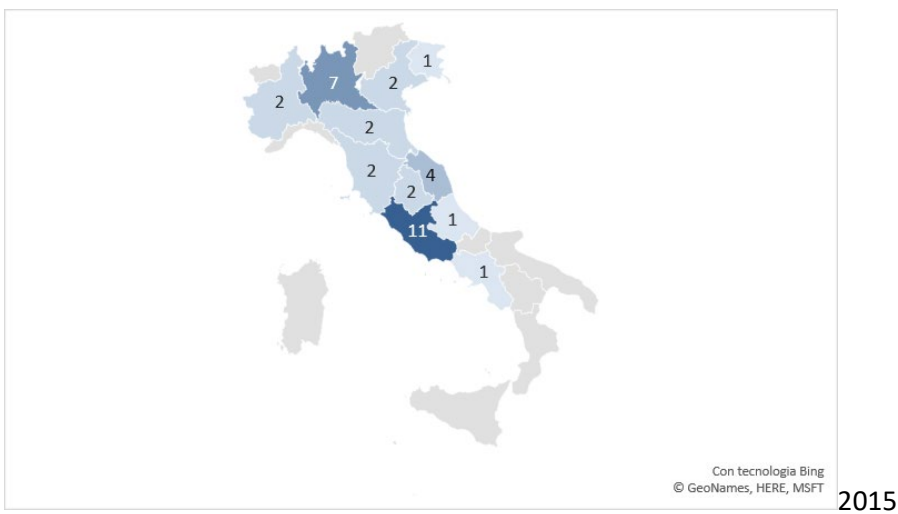
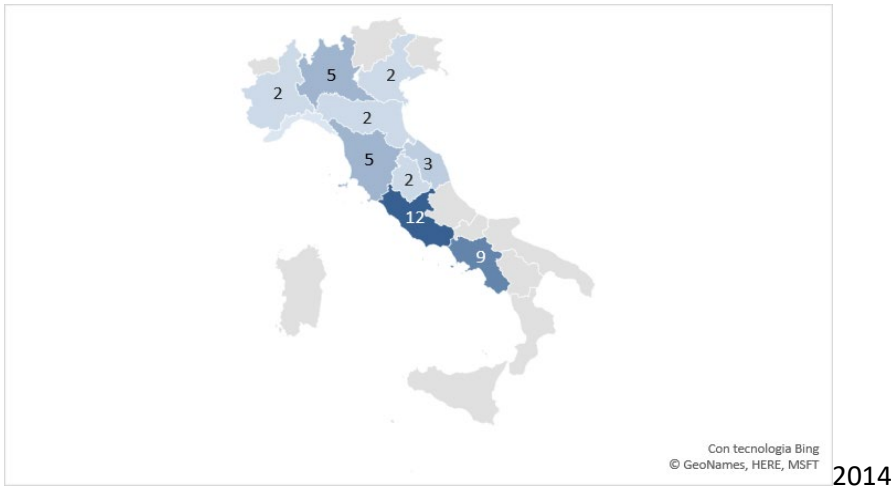


**Fig. 18 confronto percentuale tra le proporzioni di servizi**

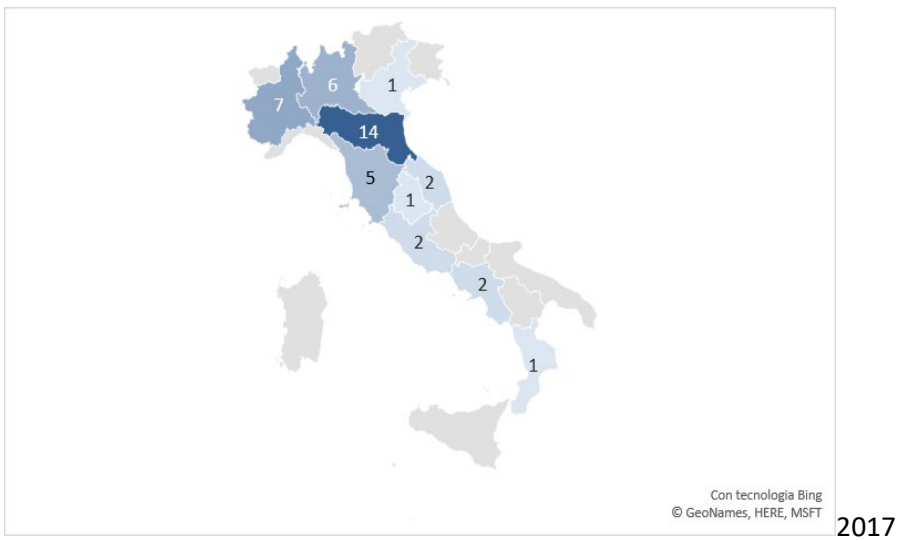
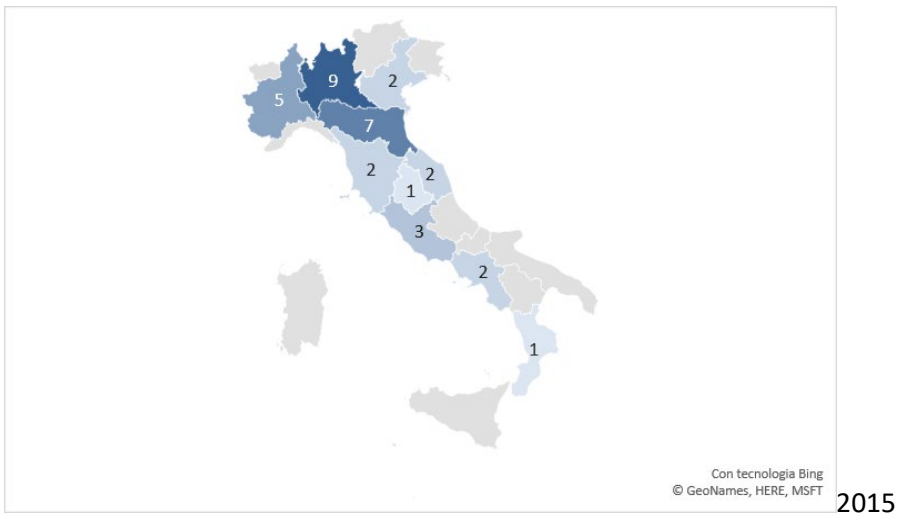
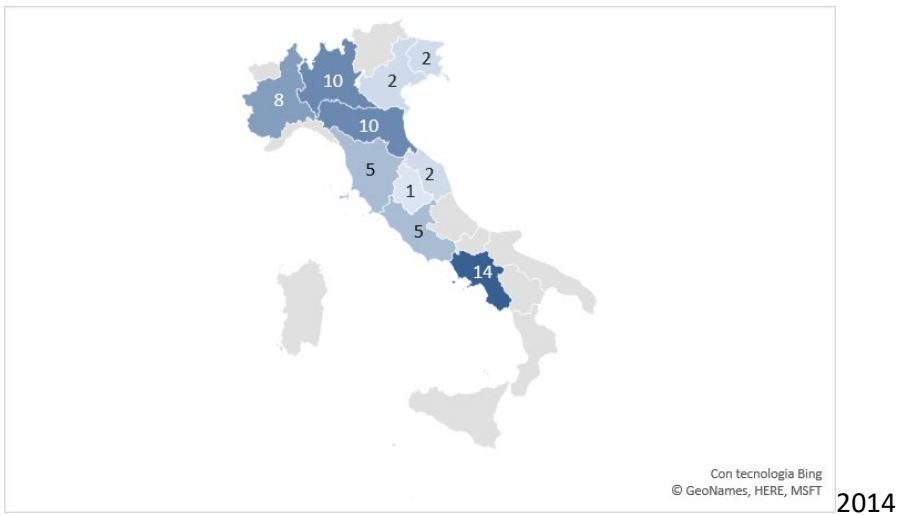
Pur partendo dallo stesso campione snow ball, non tutti i servizi invitati hanno risposto oppure hanno risposto in modo diverso, segno che i servizi sono in “movimento” negli anni.

Nelle figure seguenti si riportano le “mappe” per tipo di servizio nei 3 anni

**Fig. 19 Distribuzione delle UM R&D nelle rilevazioni del 2014, del 2015 e del 2017**



**Fig. 20 Distribuzione delle UM LdR nelle rilevazioni del 2014, del 2015 e del 2017**



**Fig. 20 Distribuzione dei Drop in nelle rilevazioni del 2014, del 2015 e del 2017**



Per quello che riguarda gli enti committenti e/o finanziatori non si riscontrano nel tempo variazioni, per cui la maggior parte di finanziamento è da parte di ASL e Regioni.

Infine si riportano i dati rilevati circa il volume delle prestazioni, sebbene tali dati risentano dell'alta percentuale di dato mancante, ovvero dato non rilevato o non riferito da un'ampia proporzione di servizi per entrambe le rilevazioni.

Al fine di rendere i dati comparabili fra loro si riporta il volume medio delle prestazioni registrate, al fine di non risentire della diversa numerosità dei servizi che registrano tale dato.

<b>Prestazione</b>	<b>Nr medio 2015</b>	<b>Nr medio 2017</b>	<b>Differenza</b>	<b>Var %</b>
Siringhe distribuite	23755	14015	<b>-9740</b>	<b>-69%</b>
Siringhe usate raccolte	14818	6970	<b>-7848</b>	<b>-113%</b>
Profilattici distribuiti	3028	1390	<b>-1638</b>	<b>-118%</b>
Fiale di Naloxone distribuite	273	77	<b>-196</b>	<b>-254%</b>
Test rapidi per HIV effettuati	33	250	+217	+87%
Etilometri distribuiti	406	646	+240	+37%
Counselling	2954	738	<b>-2216</b>	<b>-300%</b>
Invii ai servizi sanitari	143	144	+1	+1%
Accompagnamenti effettuati	136	140	+4	+3%

Come è evidente, vi è un calo notevole nel numero medio di alcune prestazioni fornite. Quello più evidente è la riduzione di 2.5 volte del numero di fiale di naloxone distribuite che sono passate da 273 a 77 nel 2017, così come la riduzione delle siringhe distribuite, che sono quasi dimezzate. Analogamente le siringhe usate ritirate. Questo potrebbe correlarsi a diversi pattern di uso messi in atto dalla popolazione target.

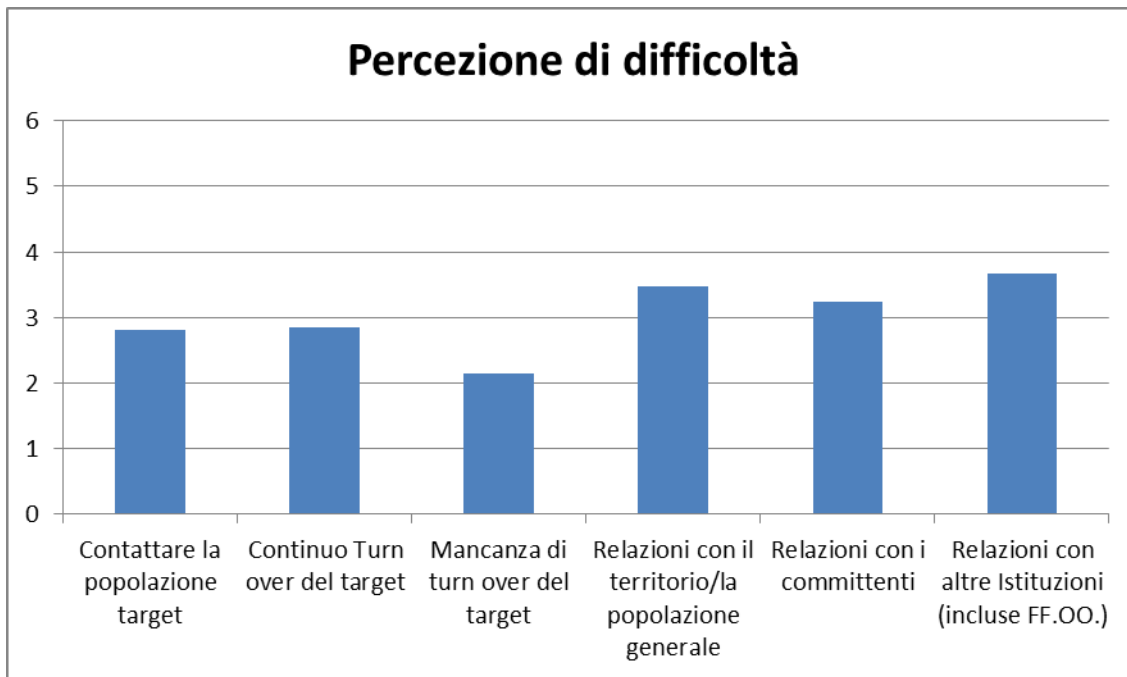
Per contro si registra un aumento nella distribuzione di etilometri, presumibilmente correlata agli interventi per ridurre l'incidentalità stradale.

Grazie ai nuovi dispositivi di diagnosi rapida, si è registrato un cospicuo aumento dei test rapidi per HIV effettuati.

Risultano pressoché nulle le variazioni nella distribuzione di invii e accompagnamenti, mentre gli interventi di counselling risultano essere ridotti di tre volte. Non sappiamo se questo risenta di diverse modalità di registrazione del dato.

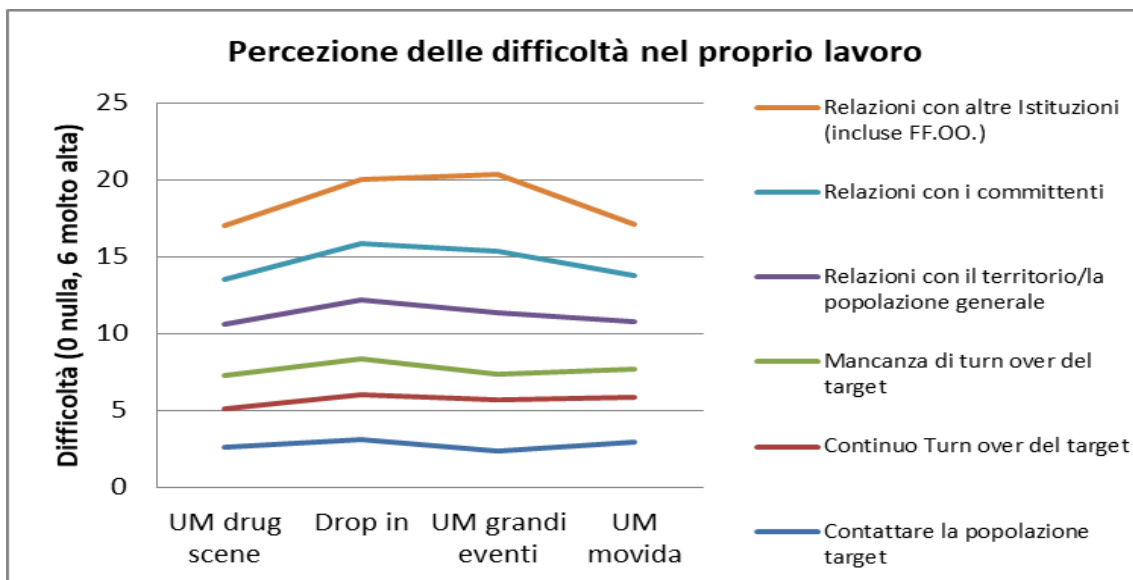
## **BISOGNI FORMATIVI**

Si è indagato su quali siano le maggiori difficoltà che incontrano gli operatori nel proprio lavoro. In generale quello che è percepito come maggiormente difficoltoso, su una scala da 0 a 6, 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.



**Fig. 21** Distribuzione dei punteggi in base alla percezione di difficoltà

Tali punteggi risultano omogenei tra i servizi, e quindi non staticamente significativi all'ANOVA per tipologia di servizio, eccetto quello sulla relazione con le altre istituzioni, che desta una preoccupazione più rilevante per le UM nei grandi eventi. La relazione con le forze dell'ordine è comunque l'aspetto ritenuto più difficile del lavoro di RdD/LdR.

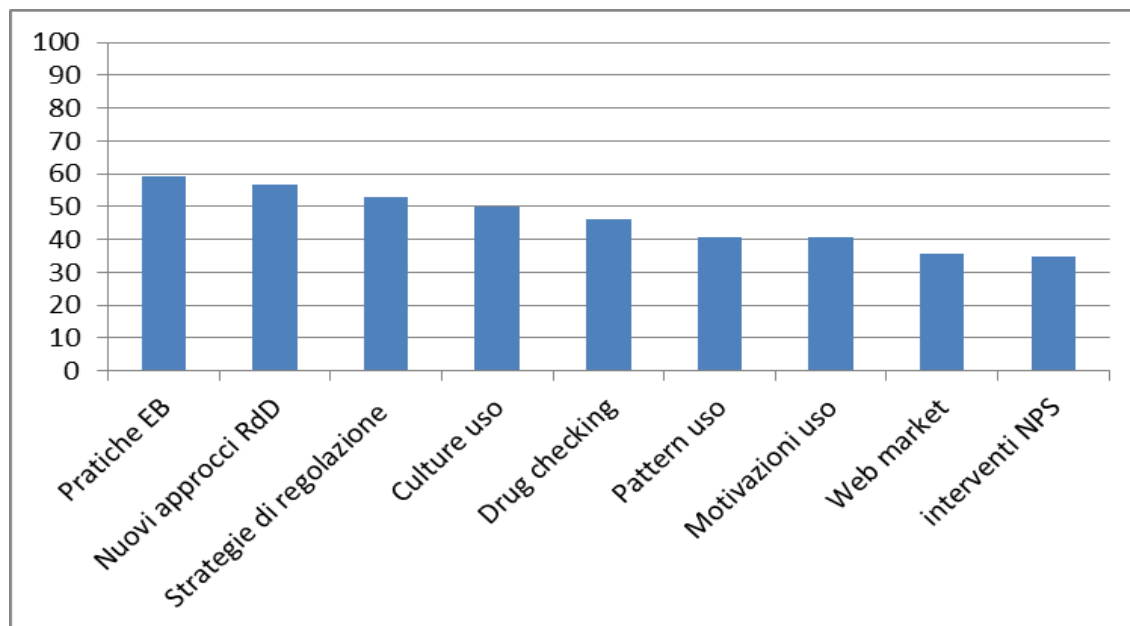


**Fig. 22** Distribuzione percentuale dei punteggi in base alla percezione di difficoltà

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.

Al fine di semplificare la lettura, riportiamo i bisogni formativi ritenuti prioritari, in base al punteggio di **massima importanza attribuito a quell'argomento**.

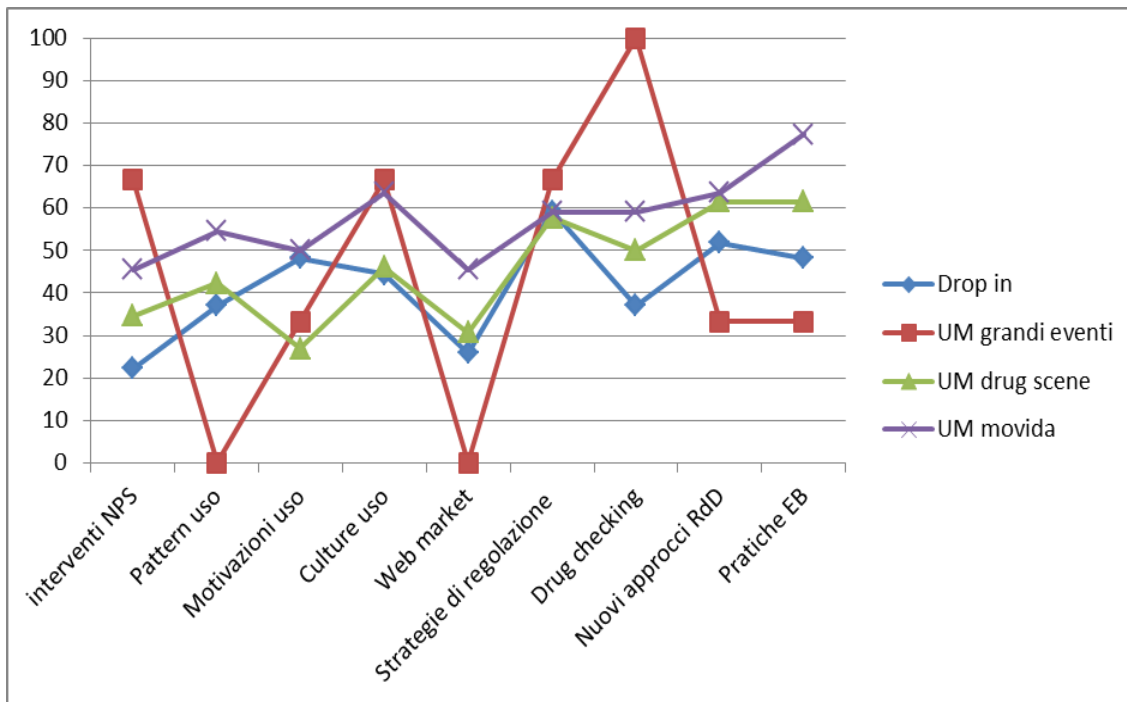
Nella figura 23 si riporta la distribuzione percentuale per i punteggi di massima importanza degli argomenti formativi indagati. Come si evince dall'istogramma, il 60% dei 106 rispondenti attribuisce la massima importanza all'argomento **Pratiche basate sulle evidenze scientifiche della RdD/LdR**, seguito 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. Nel grafico seguente sono riportati le proporzioni del punteggio di massima importanza attribuito a seconda del servizio rispondente. Nella figura diventano che a seconda del tipo di servizio si riscontrano le 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 alla pratiche basate sulle evidenze è ancor più rilevante per i servizi di unità mobile nei contesti del divertimento.

Per i servizi Drop in sono importanti le **strategie di autoregolazione** del consumo, così come per le unità mobile nei contesti di consumo, per le quali è comunque prioritario anche un intervento formativo che vada nella direzione di pratiche supportate dalle evidenze.

Anche considerando la media come statistica sintetica per riassumere i bisogni formativi, l'argomento che desta maggiore importanza è quello delle pratiche di RdD basate sulle evidenze scientifiche, così come la minore importanza è attribuita alle dinamiche dei web market.



## DISCUSSIONE

Anche questa rilevazione, come le precedenti, conferma la geografia diseguale degli interventi di RdD/LdR: continuano ad esserci regioni in cui la presenza di questo tipo di servizi è scarsa, con una o due tipologie di servizi, regioni in cui non risulta alcun tipo di servizi di riduzione del danno, e regioni in cui 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.

L’integrazione di un sistema pubblico/privato nell’ambito della RdD ad oggi si basa infatti sul binomio titolarità - gestione dei servizi. Nella maggior parte dei casi abbiamo rilevato una titolarità del servizio pubblico (in prevalenza ASL, quindi SSN) con una gestione del servizio affidata agli Enti del Terzo Settore. Sarebbe sicuramente opportuno aumentare le sinergie, dove entrambi gli attori possano godere di pari dignità, evitando la situazione in cui il servizio pubblico è una mera stazione appaltante, e dove l’ente aggiudicatore del terzo settore opera in modo autoreferenziale, senza interfacciarsi con i servizi socio-sanitari pubblici e privati del territorio.

Come è emerso dalla rilevazione, i drop in risultano essere 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 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.

I servizi di riduzione del danno specifici per MSM non sono stati intercettati dalla nostra mappatura, in quanto solo un servizio ha risposto. Non sappiamo se tali servizi siano pressoché assenti nel nostro paese o se ci sia stato un bias di selezione nella rilevazione.

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

---

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

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.

I consumatori abituali di droghe e alcol sono il target prevalente, ma un quinto dei servizi si rivolge a consumatori occasionali non problematici. Solo alcuni servizi indicano i consumatori di NPS come segmento di utenza intercettato. Come emerso dalla Relazione annuale al parlamento pubblicata nel 2018<sup>5</sup>: «Lo 0,7% della popolazione generale, che corrisponde a oltre 250.000 persone tra i 15 e i 64 anni, riferisce di aver utilizzato NPS, compresi cannabinoidi (spice) e catinoni sintetici, nei 12 mesi precedenti lo svolgimento dello studio IPSAD®. Il consumo risulta quasi doppio per il genere maschile (M = 0,8%; F = 0,5%). (...) Tra i 15-64enni rispondenti allo studio, lo 0,1% riferisce di aver fatto uso di sostanze psicoattive nel corso della vita senza sapere cosa stava assumendo, senza differenze tra i generi». Risulta che l'uso di NPS sia un fenomeno contenuto, tuttavia come sottolineato dalla Relazione diventa quanto mai importante sviluppare approcci e potenziare prestazioni di drug checking che possano rendere maggiormente consapevoli i consumatori di quale sostanza stiano assumendo.

Le prestazioni maggiormente caratterizzanti i servizi di RdD/LdR risultano essere la distribuzione di siringhe, 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 esulare 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.



Nell'ambito delle attività del progetto:

Pas, Principi attivi di salute (progetto finanziato dal MLPS- art 72 del codice del Terzo Settore, Dlgs n. 117/2017 annualità 2017)

---

<sup>5</sup> <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>, pag. 73

# ALLEGATO

Questionario