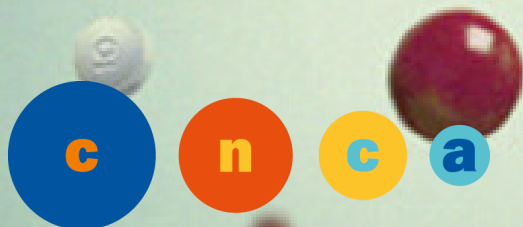


PAS - PRINCIPI ATTIVI DI SALUTE

Newsletter



In questo numero

Che cos'è Pas

PAG. 1

La riduzione del danno non è ancora un elemento stabile del sistema dei servizi

PAG. 2

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

PAG. 6

link ai materiali on line

PAG. 11

Che cos'è PAS

PAS è un progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e politiche sociali, (DLGS 117, 3 luglio 2017 art. 72), della durata di 18 mesi, promosso dal CNCA in collaborazione con Cica (Coordinamento italiano delle case alloggio delle persone con Hiv/Aids) ed Arcigay.

Il progetto si propone di sviluppare un insieme di "principi attivi di salute" intesi come azioni tra loro coordinate e integrate, afferenti al cosiddetto "quarto pilastro delle strategie di lotta alla droga", ovvero relative al paradigma della Riduzione del danno (Rdd). Il fenomeno dei consumi più o meno problematici e delle dipendenze è caratterizzato da continua evoluzione e forte mutevolezza: ai consumatori delle cosiddette "vecchie sostanze" si aggiungono i consumatori delle "nuove sostanze", in particolare le cosiddette Nuove sostanze psicoattive (NPS).

La riduzione del danno non è ancora un elemento stabile del sistema dei servizi

Comunicato sui risultati del progetto Pas-principi attivi di salute a cura di Mariano Bottaccio

I servizi di riduzione del danno (Rdd) e di limitazione dei rischi (Ldr) sono previsti da tre anni nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) ma continuano a non trovare una collocazione stabile all'interno del sistema dei servizi offerti ai cittadini. Nel sud, in particolare, gli interventi di Rdd sono quasi assenti.

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), Arcigay e Coordinamento Italiano Case Alloggio Hiv/Aids (CICA), presentando oggi a Roma i risultati del progetto "Pas-principi attivi di salute", lanciano un appello alla politica affinché gli interventi di Rdd siano previsti in modo strutturale e continuativo in tutto il territorio nazionale.

"Le morti per overdose continuano a crescere nel nostro paese", dichiara Riccardo De Facci, presidente del CNCA. "Nuove sostanze psicoattive arrivano sul mercato a ritmo incalzante: l'anno scorso sono state rilevate 18 sostanze totalmente sconosciute. Fasce ampie di adolescenti e giovani consumano droghe. In questo scenario abbiamo bisogno di servizi che siano in grado di agganciare precocemente le persone che sperimentano un consumo problematico delle sostanze psicoattive. Ed è proprio questo che riescono a fare gli interventi di Rdd, grazie alla loro presenza nei luoghi di divertimento, di spaccio e di consumo, alla capacità di aprire relazioni con i consumatori nei luoghi da loro frequentati. Dove sono presenti, le overdose e i ricoveri diminuiscono."

"Per essere efficaci però", continua De Facci, "i servizi di Rdd devono essere realizzati in modo continuativo, così da diventare una presenza riconosciuta da parte dei consumatori. E devono costruire relazioni stabili con gli altri attori coinvolti: gestori di locali e organizzatori di eventi formali e informali, forze dell'ordine, personale sanitario, istituzioni locali. L'obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza dei consumatori sui rischi che corrono, limitando i danni. Un risultato che si raggiunge anche attraverso gli strumenti di drug checking, che consentono di analizzare una sostanza per sapere cosa realmente sia, risultando spesso diversa da quanto dichiarato dallo spacciatore, permettendo così al consumatore di valutare effetti e rischi e anche se assumerla o meno. Eppure il drug checking incontra ancora troppe difficoltà burocratiche e ideologiche che ne limitano o impediscono l'utilizzo."

"Abbiamo bisogno di servizi che siano in grado di agganciare precocemente le persone che sperimentano un consumo problematico delle sostanze psicoattive"

"Il chemsex è un fenomeno emergente per quanto ancora poco visibile, che ha una sua assoluta specificità nella sessualizzazione dell'uso di sostanze"

"Il chemsex", spiega Michele Breveglieri, responsabile Salute e lotta all'HIV di Arcigay, "è un fenomeno emergente per quanto ancora poco visibile, che ha una sua assoluta specificità nella sessualizzazione dell'uso di sostanze e richiama quindi la necessità di affrontarlo tenendo conto non solo degli aspetti più classici di riduzione del danno rispetto all'uso delle sostanze, ma anche degli aspetti vissuti come problematici nell'ambito della sessualità e della salute sessuale. Questo connubio di problematicità, però, incontra in Italia una doppia inadeguatezza istituzionale: da una parte l'incapacità di dare risposte ai bisogni di salute sessuale dei cittadini, per non parlare delle persone LGBTI, dall'altra l'assenza di una politica nazionale sulla riduzione del danno capace di dare risposte innovative, tempestive e flessibili a fenomeni nuovi e complessi come quello del chemsex. Solo l'informazione sui rischi e le pratiche di riduzione del danno nei contesti di incontro e l'integrazione innovativa tra servizi che si occupano di dipendenze da sostanze e servizi che si occupano di salute sessuale, in particolare in ambito LGBTI, possono dare risposte a questo fenomeno".

"La partecipazione al progetto PAS da parte del Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone con HIV/AIDS, una cinquantina di strutture sparse sul territorio nazionale," afferma Paolo Meli, presidente del CICA, "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. Riteniamo che, 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-principi di salute" si è proposto di fornire una fotografia dei servizi di Rdd e Ldr in Italia e di favorire la conoscenza e lo sviluppo di tali interventi sul territorio nazionale. A tal fine sono state realizzate quattro specifiche ricerche, un'azione di formazione rivolta ad operatori del terzo settore e dei servizi pubblici, e una serie di interventi nei luoghi del consumo e del divertimento giovanile. È stata anche realizzata una valutazione dell'impatto sociale degli interventi di Rdr/Ldr in collaborazione con un'équipe dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata. Le quattro ricerche hanno avuto come oggetto: una mappatura dei servizi di Rdd e Ldr in Italia; un'indagine sul chemsex, un fenomeno che prevede il consumo di specifiche sostanze psicoattive nell'attività sessuale tra uomini per facilitare, migliorare e prolungare l'esperienza sessuale; una ricerca etnografica sui servizi di Rdd nei luoghi del divertimento giovanile; una ricerca etnografica sui drop in, i servizi a bassa soglia aperti soprattutto a un'utenza di persone marginali (senza dimora, stranieri anche in condizione di irregolarità...).

LA MAPPATURA DEI SERVIZI DI RDD E LDR. Sono stati rilevati 152 servizi di Rdd e Ldr. Le principali tipologie di servizio censite nella ricerca, che si riferisce al periodo 1 gennaio-31 dicembre 2017 sono: unità mobili in contesti di consumo e spaccio (come nella zona di Rogoredo), drop in (luoghi a bassissima soglia dove si può anche fare una doccia e dormire, rivolti soprattutto a un'utenza marginale, spesso senza dimora), unità mobili per grandi eventi (festival musicali, rave, free party, eventi in discoteca), unità mobili nei luoghi del divertimento giovanile (bar, pub, piazze, luoghi di ritrovo). Dei 152 servizi censiti, 37 erano attivi in Emilia Romagna, 26 in Lombardia, 22 in Piemonte, 15 nel Lazio, 13 in Toscana, 9 in Umbria. Nel sud Italia sono stati rilevati 6 servizi in Campania, 2 in Puglia e 1 in Calabria. Nessun servizio è stato rilevato in Basilicata, Sicilia e Sardegna. I contatti totali sono stati forniti da 122 servizi e ammontano a 381.931. Quanto, invece, alle persone entrate in contatto con i servizi, sono state in totale 33.284 (dati forniti da 116 servizi). (Il numero dei contatti è superiore a quello delle persone perché una stessa persona può essere entrata in contatto con il servizio più volte).

"Nasce (la)
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."

Per quanto riguarda il target dei servizi, quello prevalente sono le persone che usano droghe (indicate da 133 servizi), subito dopo i giovani (76 servizi), le persone fragili (63) e le persone con Hiv (48). 41 servizi hanno indicato le persone migranti, 44 la popolazione generale. Le persone più giovani (i minori di 25 anni) rappresentano quasi la metà dell'utenza (40%). Un quarto dell'utenza è rappresentata da persone adulte di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Le persone ultra 65enni sono utenti di case alloggio. Il 71% sono maschi, il 28% femmine e l'1% transgender. Il 75% italiani, il 25% stranieri. I servizi sono gestiti in prevalenza da parte di organizzazioni del terzo settore (63%), i restanti da enti pubblici, anche se la titolarità del servizio è in genere pubblica, in primis delle aziende sanitarie locali. I servizi rilevati 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. Le attività di Rdd/Ldr sono prevalentemente a carattere settimanale (5 giorni alla settimana) con circa 4 ore di servizio al giorno. 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. Per quanto concerne le prestazioni offerte, troviamo in primo luogo la "distribuzione siringhe/ago e altro materiale per uso sostanze per via iniettiva", la "distribuzione di materiale informativo sulle sostanze", la "distribuzione di profilattici" e la "raccolta di siringhe usate". Ma un rilievo significativo hanno anche le attività di counselling, l'invio ai servizi sociali e sanitari, le prestazioni mediche di vario genere, la distribuzione di naloxone e di kit per la riduzione dei rischi sanitari nell'assunzione di sostanze per via polmonare e la somministrazione di etilometri.

LA RICERCA SUL CHEMSEX. Sono state intervistate 16 persone con età media 38,6 anni, ma alcuni intervistati segnalano l'abbassamento dell'età media dei partecipanti agli incontri a base di chemsex negli ultimi anni, soprattutto nel contesto milanese, con l'ingresso di diversi under 25. Le persone che praticano chemsex cercano un aumento del desiderio sessuale e dell'eccitazione psicologica unita a una forte disinibizione. Le sostanze che caratterizzano il chemsex sono comunemente denominate chems (crystal metanfetamina, mefedrina, GHB/GBL) e vengono spesso associate ad altre sostanze come alcol, ketamina e cocaina. La maggior parte degli intervistati dichiara che l'attività sessuale si svolge solitamente in gruppo. Il chemsex si presenta come un rituale sociale con codici e riti specifici in cui è spesso presente un utilizzatore esperto che guida, controlla e vigila sui partecipanti. I luoghi in cui si pratica maggiormente sono le abitazioni private, spesso dopo una pre-serata in un locale.

LA FORMAZIONE. Il progetto Pas ha organizzato momenti formativi su tutto il territorio nazionale, toccando 16 città. Sono stati coinvolti oltre 1000 operatori. Alcuni di questi incontri si sono concentrati sulla Rdd nel contesto del chemsex e delle case di accoglienza per persone con Hiv. Agli incontri hanno partecipato, in qualità di docenti, rappresentanti del Consiglio nazionale delle ricerche.

GLI INTERVENTI. All'interno del progetto sono stati realizzati anche 55 interventi di Rdd/Ldr in 16 regioni, attraverso unità mobili nei luoghi di divertimento notturno formali e informali, piazze frequentate da giovani, locali e club privati, grandi eventi musicali o di altro genere, rave party non autorizzati. Gli operatori sono entrati in contatto con più di 15mila persone, la maggior parte dei quali sotto i 30 anni, e hanno erogato più di 17mila prestazioni.

La maggior parte degli interventi è stata fatta con automezzi adeguatamente attrezzati, allestendo spesso in loco spazi aggiuntivi dedicati al chill-out (rilassamento), ai colloqui riservati, all'eventuale drug-checking.

In cinque città italiane (Bologna, Milano, Roma, Verona e Palermo), poi, sono state realizzate 25 uscite sul tema specifico del chemsex.

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"¹. 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"². 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 Zurigo³ 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 201 O, Monographs. Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, pag. 37 - <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>).

2 Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (201 O), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Mono-graphs, <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/>

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

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 preconetti 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 socio-sanitarie 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 socio-sanitaria 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 importanti 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 rivolte alle persone con HIV

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

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'obesità⁴, sui consumatori di cocaina⁵, sulle NPS) così come anche le indagini ed monitoraggio promossi dal CNCS, 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 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 parità di 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 sociosanitari. 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 includa 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.*

TUTTI I MATERIALI DEL PROGETTO **PAS** SONO DISPONIBILI SUL SITO DEL CNCA:

<http://www.cnca.it/attivita/progetti/progetti-in-corso/pas-principi-attivi-di-salute>

CONTATTI

CNCA Via di Santa Maria Maggiore, 148 -
00184 Roma

tel: +39 06-4423 0403 - email:
segreteria@cnca.it