

# ***Le Dipendenze e i Sert : l' eredità attuale di Mario Santi***

**MARTEDI' 6 NOVEMBRE 2012**  
**Ore 14,30 – 16,30**

***Sala Martino V***  
***Santa Maria Nuova - Firenze***

*“In numerosi atti individuali  
e con azioni pubbliche abbiamo affermato,  
nel rispetto dei diritti e della dignità umana,  
la fiducia nelle nostre vite, nella comunità,  
nel futuro del mondo”*

(Jonathan Mann)

Sebbene sia difficile sintetizzare in pochi tratti le esperienze e le attività che Mario Santi ha svolto nell'ambito del complesso settore delle dipendenze, ci è sembrato un doveroso omaggio raccogliere in un dossier alcune delle pagine da lui scritte su varie tematiche.

Per chi ha iniziato a lavorare con lui negli anni '70 rimane vivo il ricordo dell'impegno profuso da tutti i componenti del Comitato Tecnico Scientifico delle Tossicodipendenze sia della Prefettura di Firenze sia della Regione Toscana.

Dall' esperienze del primo C.M.A.S. avviato alla fine degli anni '70 in B.go Pinti a fianco di Corrado Coradeschi, ai progetti di ricerca che già negli anni '80 univano operatori dei Ser.t. toscani al CNR e all' Istituto "Mario Negri" per una "valutazione della qualità dell' assistenza ai tossicodipendenti in funzione delle modalità operative dei servizi" (di cui alleghiamo il suo intervento), all' ultimo impegno nel Dipartimento Dipendenze, si è dipanata una vera "storia" dei Servizi per le Tossicodipendenze.

Esperto delle Commissioni Ministeriali che dagli anni '80 si sono succedute e che hanno dato vita alle tre Conferenze Nazionali (Palermo 1993, Napoli 1997 e Genova 2000), incisivo è stato il suo impegno per migliorare la salute dei tossicodipendenti sia nei servizi territoriali (Ser.t.) sia nel carcere, per sviluppare l' integrazione tra i Servizi Pubblici e quelli del Privato Sociale ( poi riuniti nel C.E.A.R.T.) e promuovere le prime esperienze di assistenza alle persone sieropositive e/o affette da aids, fino alle esperienze di Unità di strada.

Considerava la prevenzione delle dipendenze compito rilevante e specifico degli operatori dei Ser.t. e molte sono state le iniziative da lui coordinate con il Provveditorato agli Studi di Firenze sia per le attività dirette nelle strutture scolastiche sia nel campo della riduzione dei rischi connessi all'uso delle droghe sintetiche nei vari ambienti di vita dei giovani tra cui le discoteche.

L'impegno per un lavoro realmente integrato tra operatori dei Ser.t., medici e farmacisti, ha permesso di realizzare un modello di intervento che ha collocato Firenze tra le esperienze più significative a livello Nazionale (fino dalle prime esperienze di somministrazione di morfina negli anni '80), nel rispetto dei diritti alla salute delle persone tossicodipendenti e nell'avvio di iniziative residenziali o diurne tese a migliorare il reinserimento sociale.

In collaborazione con la Caritas di Firenze e l'Assessorato alla Sicurezza Sociale del Comune di Firenze promosse l'apertura della prima Casa Alloggio per persone con Aids "Casa Vittoria" (17.11.1989) che rimane uno dei primi esempi di struttura gestita in modo integrato tra il Volontariato, i Ser.t. e i reparti di Malattie Infettive di Firenze.

Dirigente del Servizio Sanitario Pubblico, prima USL poi Azienda, ha collaborato fin dall'inizio con l'Amministrazione Comunale di Firenze promuovendo una visione della comunità locale intesa non solo come territorio su cui si collocano i servizi, quanto come rete di rapporti significativi tra soggetti diversi, enti ed istituzioni e, non ultimi, gli stessi utenti riconosciuti come cittadini nel rispetto delle loro esigenze.

# l'eroina di stato

interventi di tossicomani,  
operatori e gruppi di base  
sulla legalizzazione

Speciale / Salute e Territorio  
Rivista bimestrale 1979  
di politica socio-sanitaria  
sotto il patrocinio della Giunta Regionale Toscana

La Nuova Italia Editrice, Firenze

*Mario Santi – Centro tossicodipendenze del Comune – Firenze*

Io credo che indipendentemente dall'istituzione in cui uno lavora, visto che saremmo veramente in pochi a non avere un ruolo od a non lavorare in una istituzione, a non percepire uno stipendio – salvo i disoccupati naturalmente – la linea di demarcazione tra ciò che è rivoluzionario e ciò che è reazionario passi attraverso la scelta di classe e di campo che ognuno di noi compie. Da che parte stare insomma. Io credo che sia un modo di impostare la polemica «dentro-fuori le istituzioni» abbastanza vecchia; pensavo pure che dal '68 in là la nostra capacità di analisi fosse più matura e rivoluzionaria. In fondo il mercato nero non è esso stesso una istituzione? Non persegue scopi di dipendenza e sfruttamento? Oppure per il semplice fatto di essere una «istituzione clandestina» non rientra nello schematismo rivoluzionario?

Si parlava di progetti di repressione dello Stato attraverso l'e-

roina come se fosse l'unico o il principale momento repressivo. Analisi limitata e riduttiva. La repressione di Stato passa anche attraverso il lavoro nero, la disoccupazione, lo sfruttamento in fabbrica peggiorando cioè le condizioni di vita in generale sia di chi è tossicodipendente da eroina e di chi è magari tossicodipendente da un altro tipo di droga.

Chi sostiene una presunta non nocività dell'eroina — opinione magari corretta in sé — finisce col prestare il fianco ad interpretazioni chiaramente reazionarie. Mi riferisco alle ultime teorie scientifiche sulle endorfine, sostanze prodotte dal nostro organismo, del tutto simili alla morfina. Il tossicomane, si sostiene, cercherebbe l'eroina perché il suo organismo è carente di questa sostanza che diventerebbe indispensabile in condizioni di stress. Il tossicomane cioè sarebbe un soggetto biologicamente più indifeso di fronte allo stress sociale.

Ora, la misura dello stress è anche soggettiva, come insegna la classe operaia a proposito della nocività in fabbrica. Quindi si tratta politicamente non di vedere chi è più o meno robusto allo stress, ma di mettere in discussione lo stress stesso.

Si è parlato dei bisogni dei tossicodipendenti: e qui riferisco una mia esperienza come operatore sociale. Anni addietro quando esistevano (tuttora non sono completamente scomparse) classi differenziali e speciali, c'erano due tipi di operatori (di psicologi, psichiatri, ecc.): quelli che lavoravano per mandare in classe-ghetto ragazzi in genere appartenenti a determinate classi sociali e gli altri che non si assumevano la responsabilità politica di distinguere tra «veri» e «falsi» bisogni. Questi ultimi in effetti erano i più pericolosi, perché apparentemente liberali; cioè «rispettavano» un bisogno indotto dalle istituzioni nei genitori e nel ragazzo. Chiaramente l'operatore «liberale» diceva: visto che è un bisogno dichiarato sia del genitore che del ragazzo, qualunque siano le mie opinioni in merito alla classe differenziale, io le rispetto... rimanga cioè il ragazzo in classe differenziale. Mi domando se questo operatore lavorava sui bisogni o rafforzava la segregazione delle istituzioni.

Allora discorsi generici sui bisogni non si accettano. Troppo comodo. Troppo pseudo-rivoluzionario.

E ancora: si è parlato dei servizi: «servizi del sistema, servizi sanitari in mano al potere medico», ecc. Vero. Ma ancora una volta velleitario. Perché ho il sospetto che si chieda, senza lotta, allo stesso potere un servizio efficiente per i tossico-dipendenti. In effetti noi siamo alla presenza, sì, di un'assenza totale di servizi per la «droga», ma anche di servizi inefficienti per quanto riguarda la salute dei cittadini in generale. E le due cose, guarda caso, sono strettamente legate. E una lotta politica deve essere chiara in questo senso, sennò finisce per essere corporativa e ghezzante.

Allo stato attuale quindi il problema non è tanto che il tossicodipendente non si rivolga ai servizi di Stato (e chi altro potrebbe metterli in piedi?), quanto che ai servizi pubblici per le tossicodipendenze si rivolga il minor numero di utenti.

E questo, per essere chiari, non perché mancheranno i servizi — come succede finora —, ma perché anziché diventare tossicodipendente prenderà altre strade. Meglio se di lotta politica.

Ma se questo non accade, allora è necessario che il servizio pubblico ci sia e funzioni. E funziona solo se vi è una mobilitazione di base sul problema «salute» che costringe il servizio a funzionare. Ripeto: questo non è vero solo per la tossicodipendenza, è vero per gli asili nido, i consultori, ecc.

Nella nostra società, guarda caso, chi è produttivo è inserito. Chi non è produttivo viene sbattuto fuori, emarginato. Se va bene, tollerato. E questo indipendentemente dai tuoi malesseri personali e sociali. Puoi stare malissimo «dentro». Ma se sei ancora capace di dare una risposta sufficientemente produttiva in fabbrica, salvo toppe sanitarie varie, in ufficio, nessuno si cura del tuo malessere. L'importante è la produzione, non la persona. Ma al momento in cui il tuo malessere è talmente forte che non dai più risposte produttive e di comportamento adeguate, arriva l'intervento socio-sanitario. Ti dicono che stai male, devi essere curato. In effetti ti hanno fatto imboccare il tunnel dell'emarginazione e della segregazione più o meno violenta. Più o meno coperta dalla scienza di classe. Secondo me, questo è vero per tutti, tossicodipendente compreso. E questo non per affogare lo specifico tossicodipendenza-eroina, che esiste, in un discorso generale, ma per capire meglio che il destino sociale - eroina è per forza di cose legato ai condizionamenti generali di questa società.

È stato detto che c'è tossicodipendenza e tossicodipendenza: c'è il tossicodipendente ricco che può permettersi cliniche private, che può permettersi tutta una serie di interventi sanitari a tutela della propria salute; c'è il tossicodipendente proletario che ha come punti di riferimento il mercato clandestino, e l'epatite virale. Cioè si riconoscono i condizionamenti sociali e politici.

Improvvisamente il salto logico, quando parliamo della sostanza in sé. A questo punto non ci sarebbero più condizionamenti, né stratificazioni di classe. Ognuno sarebbe libero soggettivamente di scegliersi e di autogestirsi la sostanza.

Libero di gestirsi la sostanza o «libero» di ghezzizzarsi?

In effetti io penso, fatti salvi i rari casi dove questo accade, che ciò non sia possibile. Perché sono determinanti le condizioni e le pressioni storico-sociali rispetto all'uso di una sostanza che portano all'emarginazione; mai la sostanza in sé. Fare un discorso sulla sostanza in sé, asettico e cosiddetto scientifico, è fare un discorso, al di là delle intenzioni, praticamente da destra.

E questo rende già chiara la mia posizione sul problema liberalizzazione-legalizzazione. Perché sono favorevole alla legalizzazione?

Per motivi molto banali, dettati da uno stato di necessità: più salute, visto che è roba pulita e non tagliata; meno clandestinità, meno dipendenza dal mercato nero, meno galera. Non ne ha altri, anche se non sono pochi. Il resto dei problemi politici, sociali, individuali rimangono in piedi.

Sarebbe falso attribuire alla sola legalizzazione, per esempio, sul problema salute-partecipazione, altre finalità. Perché il problema della salute e della lotta rientrano di schianto nel problema generale, cioè della salute di tutti i cittadini. Si muore come tossicodipendenti, si muore anche in ospedali come cittadini qualunque.

Anche se è vero che i tossicodipendenti non hanno servizi, non ce l'hanno addirittura, sono cittadini di serie b.

Per quanto riguarda la liberalizzazione sono contrario: non credo all'autogestione. Non accade per altre situazioni, non vedo perché in questo caso si dovrebbero fare eccezioni.

A meno che, lo ripeto, non fare esclusivamente un discorso tecnico: isolare la sostanza, fare solo un discorso sulla sostanza, escludendo il momento storico-sociale e politico in cui inserire chi fa uso di questa. Allora tutti i discorsi sul disagio giovanile e adulto, sulla impossibilità o quasi di scelte autonome, ecc., non contano più e servono solo per gli intellettuali da salotto?

È stato anche detto: mille debolezze, mille droghe, perché dire no all'eroina?

Verissimo solo nel senso che da sempre è stato fatto un discorso estremamente moralistico e demonizzante sull'eroina: sembrava l'unica droga. Guarda caso, invece, si muore di cirrosi epatica da alcoolismo, si rimbambisce da psicofarmaci, si muore di diossina.

E in questo senso si trovano sempre dei tecnici che coprono «scientificamente» queste operazioni.

Questi non sono buoni motivi per seguire per l'eroina la stessa strada. Semmai il contrario. Agire e lottare in modo tale che ci sia il minor numero di persone costrette al «suicidio sociale», qualunque sia la droga o il veleno offerto dal sistema.

A meno che, come ho sentito, non ci sia anche la «libertà» di suicidarsi. E non solo necessariamente in termini fisici, ma anche sociali di emarginazione. In questo caso è vero: una droga vale l'altra. Allora scegliamo la più seducente.

# droga

aspetti terapeutici  
sociali  
legislativi

Speciale/Salute e Territorio DICEMBRE 1980  
Rivista bimestrale  
di politica socio-sanitaria  
sotto il patrocinio della Giunta Regionale Toscana

La Nuova Italia Editrice, Firenze

*C. Coradeschi, A. Bracco, M.L. Casati, P. Galli, M. Santi  
Centro Tossicodipendenze del Comune di Firenze*

Dato per scontato che il problema-droghe è presente in tutti i tipi di organizzazione sociale e che la sua eliminazione è legata a profondi mutamenti di carattere generale e di struttura, l'obiettivo reale è quello di vedere come sia possibile ridurre al minimo la sua presenza.

*Prevenzione.* Qui si tratta di fare in modo che la gente conosca il fenomeno oltre che nei suoi elementi specifici (sostanze, effetti, tossicità) anche e soprattutto nei *perché* dell'uso, tutti legati alle condizioni personali e sociali; da qui la necessità che l'informazione parta, si da conoscenze specifiche sulle droghe, ma che si apra subito a tutta una serie di consapevolezze relative alle problematiche personali — e quindi sociali — in cui quel personale si attua.

Come metodo abbiamo sperimentato e quindi proposto quello dei gruppi di lavoro. In questi gruppi « l'esperto » ha la funzione di fornire bibliografie « di partenza », documenti, la propria esperienza, ma deve restare il più possibile defilato, e il gruppo deve lavorare prevalentemente da solo. Almeno un gruppo per ogni punto di aggregazione (scuola, fabbrica, associazione di base, ecc.) avrebbe la funzione di vero e proprio « primo presidio sociale » sul territorio, con il fine di riprodurre informazione a cerchi concentrici, con la stessa metodologia, e di intervenire in modo corretto anche direttamente sul fenomeno.

Si tratta in sostanza di moltiplicare gli operatori sociali nelle stesse

persone che di quel fenomeno potrebbero essere protagonisti o spettatori impotenti. Ci sembra il modo più corretto e produttivo nel campo dell'intervento preventivo: i risultati per qualità e quantità sono legati a tutto un'altro ordine di interventi, che compete al politico, quindi al sistema sociale, e conseguentemente, alle « offerte di vita » che quel sistema ha per i propri componenti. Quest'ultima osservazione lega e condiziona anche quanto è possibile fare per quanto riguarda la

*Riabilitazione.* Quello che gli operatori possono fare direttamente è utilizzare strumenti come: a) gruppi giovanili, anche con finanziamento pubblico, con finalità di lavoro e di produzione culturale in senso lato dove anche il tossicodipendente possa trovare spazio; b) offerta di lavoro (in questo senso il Comune di Firenze ha già provveduto, per quanto possibile); c) intervento psicologico, come « uno degli strumenti » da utilizzare, quando è possibile. In generale si tende a considerare come risolutore questo tipo di intervento pensando erroneamente ad una specificità di storia personale e di profilo psicologico del tossicodipendente, pensandola cioè come « categoria patologica »; d) qualsiasi altro intervento, che abbia però sempre due caratteristiche fondamentali: reale possibilità di essere gradito, accettato, scelto dal tossicodipendente e non essere « omogeneo », del tipo « per tutti i tossicodipendenti », « tutti gli emarginati », anche se per cause diverse.

Il problema è quindi quello di mettere il tossicodipendente in situazioni il più possibile « normali » con « frequentazioni » il più possibile diverse da quelle che è costretto a fare-subire « in quanto » tossicodipendente. E qui bisogna intervenire per mettere in condizione il tossicodipendente di « non essere costretto » al ghetto e al lavoro del ghetto per procurarsi « la roba »; e siamo così all'

*Intervento sanitario.* Limitatamente alla nostra esperienza, ma crediamo sia possibile generalizzare:

- gli ospedali e le cliniche, in generale, rifiutano gli interventi sul tossicodipendente; è possibile avere qualche intervento, per quanto riguarda la patologia associata, solo in qualche reparto il cui responsabile è particolarmente interessato al problema o in conseguenza di buoni rapporti personali con il nostro Centro;
- gli operatori sociali e sanitari che lavorano sul territorio, per varie ragioni, non fanno interventi in questo settore;
- fino a qualche anno fa la medicina di base, il medico di famiglia per intenderci, si teneva alla larga da questo tipo di « paziente ».

Il Centro Tossicodipendenze del Comune di Firenze, offrendo consulenze per l'accertamento della tossicodipendenza, la determinazione del dosaggio per il trattamento, consulenze legali, psicologiche,

provvedimenti di carattere sociale (vitto e alloggio d'emergenza, da qualche tempo possibilità di inserimenti lavorativi), ha oggi la collaborazione di circa trecento medici di base sparsi su tutto il territorio del Comune.

I costanti rapporti con gli altri operatori della Toscana hanno prodotto e producono l'organizzazione di questo tipo di intervento in altre zone, non solo toscane. I rapporti e l'attiva collaborazione degli Ordini dei Medici e dei Farmacisti, le indicazioni e l'atteggiamento della Magistratura hanno facilitato tutto il lavoro. La mancanza di strumenti di controllo, quali per esempio il Libretto sanitario per il tossicodipendente, da tempo proposto dal Centro, procurano disfunzioni come doppie ricettazioni e/o ricettazioni massive da parte di alcuni sanitari, rispetto alla grandissima maggioranza che lavora in maniera estremamente corretta in stretta collaborazione con il Centro.

I guai che l'assenza di questi strumenti di controllo procura sono di due tipi:

- una scorretta ricettazione favorisce abusi personali e di spaccio, esattamente il contrario quindi delle finalità dell'intervento;
- l'immagine di tutto l'intervento è ricavata, in buona o in mala fede, da queste « disfunzioni » così da rendere più difficile tutto il lavoro.

Più o meno tutti i circa duemila tossicodipendenti di Firenze sono passati dal Centro. Circa quattrocento sono oggi in trattamento.

Secondo la nostra esperienza il tossicodipendente ha queste caratteristiche:

- è maschio nell'80 per cento dei casi. Chiaro che il fatto dipende dalla diversa condizione « sociale » e non da caratteristiche legate al sesso;
- appartiene a tutte le categorie sociali;
- ha iniziato a bucare fra i 17 e i 20 anni;
- vive in famiglia, nella maggioranza dei casi (79%);
- non ha una storia e un profilo psicologico specifico prima di diventare tossicodipendente. Il profilo psicologico, come tossicodipendente, è legato alla vita che fa in quanto tale. Non ha interessi al di fuori della « roba »; conseguentemente le sue informazioni sul « sociale » e sul « politico », anche in senso lato, sono assenti o elementari.

Il gruppo che frequenta è gruppo solo in ordine all'interesse per la « roba ». Non esistono, all'interno di tale gruppo, rapporti affettivi o in qualche modo di solidarietà. Il gruppo ha « apparenza » di gruppo solo quando c'è « roba » per tutti. Via via che la « roba » viene a mancare, i rapporti si rivelano nella loro realtà, fino alla violenza. Le eccezioni non interessano;

- nei confronti della propria tossicodipendenza ha sempre atteggiamento ambivalente. L'idea di « smettere » è sempre presente;
- il 16% di coloro che si presentano al Centro non è tossicodipendente e, ovviamente, non viene inserito nei programmi;
- dei tossicodipendenti accertati, il 49% inizia una terapia scalare, il 51% un trattamento a lungo termine a cicli;
- di questi ultimi, il 42% è sul dosaggio massimo consentito di 120mmg di morfina cloridrato. Il restante 58% è fra i 110 e i 30mmg;
- il 48% ha un'epatite da siringa, da riscontro anamnestico; il 7% bronchite asmatica, il 5% altra patologia (lue, cardiopatie); tutti, forme di patologia varia tipo carie dentaria, fecalomi, ecc;
- il 66% si presenta al Servizio dopo uno o due anni che si buca;
- il 37% è disoccupato, il 27% si occupa di artigianato; i due dati sono assimilabili; 13% operai; 7% studenti: si tenga presente che in genere chi si buca ha lasciato la scuola; 5% professionisti; 4% impiegati.

Professionalmente e politicamente siamo contrari all'uso di droghe. Ci troviamo di fronte ad un numero consistente di persone che si è ammalato gravemente sul piano fisico, psicologico e sociale, per l'uso (o per il modo in cui fa uso) e l'abuso di droghe. Qui ci limitiamo a parlare dei tossicodipendenti da eroina.

La risposta sanitaria deve essere strettamente sanitaria e non deve quindi favorire in nessun modo « sballo » e speculazione; un « tetto » di dosaggio del sostitutivo non deve mai superare, per quanto riguarda la morfina, i 120mmg al giorno. È preferibile un trattamento scalare e in ogni caso, se per un periodo a termine a cicli, un assestamento su dosaggi minori.

Dato che l'esperienza costante ci informa che fa parte dell'essere tossicodipendente « bruciare » in poco tempo tutto il quantitativo di sostitutivo di una settimana, non deve essere consegnato un quantitativo di sostitutivo che superi il fabbisogno di tre giorni.

Per impedire « concentramenti » di utenza e perché il sanitario non faccia solo « il medico per tossicodipendenti », si può avere in contemporaneo trattamento un numero massimo di quattro tossicodipendenti.

Per impedire doppie ricettazioni, ricettazioni massive, continuazione del trattamento in caso di cessazione di tossicodipendenza, è indispensabile il Libretto sanitario per tossicodipendenti, personale, coperto da segreto professionale.

Sappiamo tutti dei fallimenti per quanto riguarda i tentativi di detossicazione; sappiamo che la detossicazione *definitiva* non dipende dal tipo di farmaco usato (metadone, morfina, eroina, ketamina, oppio, aranci, Lourdes, niente); non dipende dalle condizioni più o meno coatte (fisiche e/o psicologiche) in cui viene fatta la « cura »; le

costose case di cura di stato o private fanno le loro statistiche al momento delle « dimissioni » per cui c'è sempre il 100% di « fisicamente detossicati »: sappiamo che la recidiva è sul 95%: una percentuale identica a quella che ci sarebbe se non ci fosse nessun intervento sanitario.

Non è possibile che una persona faccia « progetti » diversi se deve recarsi ogni giorno una o più volte in un posto per farsi somministrare la dose: logisticamente e psicologicamente non può far ruotare la propria giornata che su quelle « gite »; una risposta sanitaria che si basi sulla somministrazione e non anche sulla distribuzione controllata è di fatto inattuabile.

Quindi realisticamente:

- intervento sanitario con sostitutivi in quei dosaggi descritti e comunque mai superiori, per quanto riguarda la morfina, ai 120 mmg pro die;
- interventi il più possibile frazionati nel territorio per evitare concentrazioni di utenza e favorire l'anonimato perché il trattamento sia per l'utente « inseribile » nella sua « normale » giornata;
- intervento eseguito da un sanitario non esclusivamente impegnato in trattamenti di tossicodipendenti;
- controllo rigidissimo, per mezzo del Libretto sanitario, della ricetta e dell'uso dei sostitutivi;
- controllo periodico di accertamento di tossicodipendenza;
- inizio contemporaneo, cogliendo l'occasione del rapporto che si instaura al momento dell'inizio della copertura sanitaria, delle offerte psicologiche e sociali possibili e accettate.

Si tenga anche presente il basso costo economico di questo tipo di intervento.

È, infine, fondamentale che proposte sanitarie, sociali, legislative, tengano conto del *tossicomane reale* e non, come spesso succede, proposte inattuabili proprio perché dirette a un *tossicomane fantasma* che esiste solo nelle illusioni anche ideologiche del ricercatore, dello psicologo, dell'assistente sociale, del legislatore. Due esempi: la scoperta di una sostanza che a livello biochimico, neurofisiologico, ha le stesse caratteristiche degli oppiacei, è scoperta di tutto valore per ricerche e terapie, ma improponibile, se non accettata, per gli interventi sui tossicodipendenti.

La promulgazione di leggi che prevedano cure coatte, condizionamenti alla copertura sanitaria, recinti sanitari di somministrazione di farmaci è inefficace, controproducente, inattuabile per i tossicodipendenti.

# LE CONCLUSIONI DEL COORDINAMENTO OPERATORI

*I punti fondamentali emersi dal confronto fra esperienze e posizioni diverse, sia nel settore sanitario che in quello sociale, hanno evidenziato l'esigenza di fare riferimento a criteri comuni d'intervento.*

*La proposta di una delibera-tipo da parte del Coordinamento nazionale operatori, agli Amministratori degli Enti locali e al Ministro della Sanità per la realizzazione di un servizio omogeneo in tutto il territorio.*

Un corretto intervento sanitario favorisce e non impedisce iniziative e proposte sociali. Questi due momenti, cioè, non sono alternativi ma complementari per affrontare seriamente e realisticamente il problema.

Se il servizio pubblico è « scoperto » come intervento sanitario, è velleitario qualsiasi progetto sociale. La sua utenza è altrove: al mercato clandestino per l'esattezza.

Detto questo le due giornate sono state volutamente divise allo scopo di dare maggiore produttività e incisività operativa al dibattito: una dedicata al sanitario, l'altra al sociale.

Per quanto riguarda il sanitario questi i punti comuni e fondamentali, emersi:

— Il servizio pubblico deve effettuare l'accertamento dello stato di tossicodipendenza come previsto dai decreti Aniasi, attraverso cioè la raccolta dei dati anamnestici, l'esame obiettivo, la valutazione del grado di assuefazione ed eventualmente la ricerca degli oppiacei nelle urine. Si esclude, in ogni caso, ai fini dell'accertamento, qualsiasi intervento farmacologico atto a provocare artificialmente la crisi d'astinenza.

— Per quanto riguarda i farmaci so-

stitutivi - metadone, morfina - la polemica a favore di uno dei due farmaci (scorretta e fuorviante) a livello degli operatori è stata praticamente assente.

La tossicodipendenza da oppiacei pone problemi diversi, che non possono essere affrontati con il criterio della terapia classica e del farmaco unico. Gli stessi concetti di terapia e di farmaco, se tradizionalmente intesi, sono discutibili in questo campo: siamo consapevoli che metadone e morfina sono droghe dure che servono esclusivamente, in una prima fase perlomeno, come aggancio del soggetto da parte del servizio pubblico; una terapia come momento per impedire un degrado psicofisico che altrimenti ci sarebbe in persona legata tutto il giorno al mercato clandestino. Quindi terapia solo apparentemente esclusivamente sanitaria, ma in realtà con grossi significati sociali.

Ne consegue che il servizio pubblico deve avere a disposizione entrambi i farmaci, decidendo poi, caso per caso, situazione per situazione, in accordo con l'utente, la migliore soluzione farmacologica all'interno del piano terapeutico.

Se viene rifiutata, perché scorretta, l'impostazione del farmaco unico, allo stesso modo è inaccettabile la mistificazione dell'unicità dell'offerta (solo somministrazione) e dell'unicità del trattamento (solo scalare).

Altrimenti torniamo al concetto classico di « malattia » con la pretesa che anche nel campo « eroina » si possa applicare rigidamente la logica che a persona intossicata corrisponda parallelamente una volontà a « guarire » nei tempi più brevi possibili.

Questo è vero per l'intossicato da piombo, ma non per l'intossicato da eroina.

Quindi viene ribadita la necessità,

come operatori del servizio pubblico, di avere a disposizione un modello sanitario articolato e plurimo, oltre che a livello di farmaco, anche di trattamento (scalare, lungo termine a cicli) e di offerta (somministrazione, distribuzione).

Per quanto riguarda il dosaggio, esso deve essere contenuto nei limiti minimi indispensabili per garantire il non insorgere della crisi di astinenza. E qui il problema è solo apparentemente tutto tecnico. Nella realtà si tratta di affermare una politica d'intervento che non dia spazio allo « sballo » e alla speculazione.

Un corretto intervento sanitario non può coincidere, in nessun caso, con l'ideologia delle presunte libere scelte e delle false autonomie farmacologiche.

Sempre all'interno di un corretto intervento sanitario e per evitare doppi interventi a livello di somministrazione o distribuzione di farmaci sostitutivi, il servizio dovrebbe rilasciare all'utente interessato un attestato sanitario (personale e coperto da segreto professionale). Questo non significa schedatura, ma rigorosa volontà di lotta alla speculazione che niente ha a che vedere con la copertura sanitaria.

Altro punto emerso: quali rapporti stabilire tra servizio pubblico e medicina di base? Non certamente la delega dell'intervento al singolo medico di base con il servizio praticamente assente come programmazione e coordinamento operativo.

Al servizio pubblico deve rimanere la priorità d'indirizzo, di programmazione e di controllo nel settore, con la collaborazione/partecipazione della medicina di base. Chiarito questo, è

\* Psicologo, USL 10A, Firenze. Coordinamento nazionale operatori.

compito prioritario del servizio pubblico fare azione promozionale in tal senso affinché la sfera di collaborazione diventi sempre più estesa, per permettere, concretamente, una più marcata distrettualizzazione dell'utenza. Il contrario cioè di concentrazione-ghetto i cui effetti sono sotto gli occhi di tutti.

Inoltre: Il rifiuto a creare, sotto qualsiasi forma, servizi specialistici per soli tossicodipendenti, è stato netto da parte degli operatori. L'utenza deve essere garantita attraverso i normali circuiti sanitari collegati e coordinati tra loro. Questo vale anche per l'Ospedale che deve essere restituito ai suoi compiti istituzionali. Deve, cioè, garantire i ricoveri per la patologia associata e - su richiesta dell'interessato - per le terapie detossicanti. In quest'ultimo caso i presidi ospedalieri sono vincolati ad attuare il piano terapeutico definito dal servizio pubblico.

### L'intervento specialistico di massa

Sempre a proposito dello « specialistico ». Persiste ancora l'opinione che tutti i tossicodipendenti, dico tutti; abbiamo bisogno di interventi psicologici o analitici. Al confronto con la realtà questa opinione non solo non regge, ma introduce subdolamente un elemento pesante di interpretazione psichiatrica del disagio. Non si crea infatti un servizio specialistico, ma si introduce un intervento specialistico di massa.

Cambia la forma, la sostanza rimane identica. Perché non regge questa interpretazione al confronto della realtà? Per vari motivi. Eccone alcuni:

a) non esiste un profilo psicologico preconstituito di colui che un giorno si « bucherà ». Nessuna patologia di massa in atto, ma un diffuso disagio che riguarda non alcuni, ma tutti i giovani in genere, appiattiti dalla consueta banalizzazione della vita quotidiana che la mancanza di prospettive sia personali che sociali, produce;

b) la mancanza di offerte sociali, di luoghi di aggregazione stimolanti, ecc. ecc. sono elementi che in questa fase storica concorrono a rendere altamente probabile l'incontro casuale con l'eroina da strada con tutto quanto di consumismo, di proibito, di

- VISTI i D.M. 7.8.80 e 10.10.80 relativi alla « Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento delle tossicodipendenze;
- VISTA la legge 2.12.75, n. 685;
- VISTA la legge 23.12.78, n. 833;
- VISTA la deliberazione del Consiglio Regionale ...;
- CONSIDERATA l'urgenza di dare indirizzi programmatici in modo da consentire una omogenea attuazione degli interventi;
- RITENUTO di dover attuare procedure idonee a consentire la consegna della dose quotidiana da parte delle farmacie, ovvero, su richiesta dell'utente, di somministrazione del farmaco da parte dei normali Presidi socio-sanitari;
- RILEVATA l'opportunità di coinvolgere nell'intervento sanitario sia le condotte mediche che i medici di base, ai fini di una più marcata distrettualizzazione dell'utenza che eviti il più possibile la concentrazione dell'utenza stessa, rimanendo al servizio pubblico la priorità d'indirizzo e di programmazione;
- CONSIDERATA, quindi, la necessità di promuovere/intensificare iniziative tese al coinvolgimento degli Ordini dei Medici e degli Ordini dei Farmacisti, ai fini di una concreta applicazione dei succitati decreti ministeriali;
- RITENUTO indispensabile che ciascun presidio sociosanitario promuova — come parte integrante della propria funzione-attività permanente di raccolta dati relativi agli aspetti sanitari e alle informazioni di carattere sociale; che debba inoltre collaborare e partecipare alle iniziative avviate in sede regionale e nazionale; che debbano essere coinvolti in questa attività di tipo informativo e di ricerca i distretti socio-sanitari e la medicina di base

### DELIBERA

a) Le UU.SS.LL. individuano i presidi e i servizi per la prevenzione-cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza fra quelli pubblici territoriali che effettuano normali attività sanitarie e sociali. Non possono essere individuati, né istituiti dalle UU.SS.LL. presidi e servizi presso i quali si attuino interventi sanitari esclusivamente nei confronti dei tossicodipendenti.

Inoltre ciascun presidio socio-sanitario per l'attuazione di interventi terapeutici e riabilitativi, è responsabile della corretta attuazione dei programmi medesimi e delle opportune verifiche, come segue:

1) L'accertamento degli stati di tossicodipendenza è effettuato dai predetti servizi tramite la raccolta dei dati anamnestici, l'esame obiettivo, la valutazione del grado di assuefazione ed eventualmente la ricerca degli oppiacei e dei loro metaboliti nei liquidi biologici.

2) I programmi terapeutici individuali devono essere predisposti dal servizio pubblico e devono contenere le seguenti notizie dettagliate:

— la scelta del farmaco (metadone o morfina in caso di oppiaceo sostitutivo) e le motivazioni di tale scelta riferendosi anche alle indicazioni che emergono dall'accertamento diagnostico;

— i dosaggi massimi di partenza che dovranno essere contenuti entro la quantità minima indispensabile per garantire il non insorgere della crisi di astinenza;

— le previsioni circa la durata dell'intervento sanitario sia che si stabilisca, in accordo con l'utente, un programma terapeutico a scalare che a lungo termine a cicli;

— precise e specifiche indicazioni sugli interventi attivati o da attivare per quanto riguarda gli aspetti psico-sociali, che formano parte integrante del piano terapeutico concordato.

b) Fermo restando il principio che deve essere il presidio socio-sanitario pubblico competente per territorio a fornire gli elementi per l'attuazione del programma terapeutico, il medico che collabora deve partecipare alla definizione del programma stesso e firmarlo come operatore dell'équipe interdisciplinare. Detto medico collabora con il Presidio e mantiene gli opportuni contatti per controlli, verifiche, cambiamenti del programma terapeutico.

clandestino questa droga si porta dietro, in un mondo giovanile del resto già allevato a questi valori;

c) a tossicodipendenza avvenuta, fatto salvo il profilo sociale legato e prodotto dal mercato clandestino, le storie personali, l'ambiente sociale, le possibilità economiche, non sono affatto uguali per tutti. I bisogni che questo tipo di utenza esprime sono molteplici e in varie direzioni. Una, sottolineo una, di queste direzioni e solo per alcuni, è quella del sostegno psicologico che i servizi ovviamente devono essere in grado di fornire.

La realtà quindi è molto più inquietante, se vogliamo, di quella che interpreta la tossicodipendenza come il prodotto di una patologia o di un disturbo psichiatrico o psicologico.

Certo, una visione di questo tipo dà enormi sicurezze al tecnico, ma non al servizio e tantomeno all'utenza interessata.

### A pluralità di bisogni una pluralità di offerte

Puntualizziamo ora gli elementi di fondo scaturiti dal dibattito sul « sociale »:

— per quanto riguarda l'intervento del servizio pubblico è stato concordemente rilevato che non tutta l'utenza ha bisogno di interventi socializzanti.

Per vari motivi che si riscontrano quotidianamente:

- perché parte dell'utenza ha già un lavoro, magari istituzionale;
- ha già un gruppo sociale di relazione, estraneo alla « piazza »;
- ha un nucleo familiare con buoni rapporti al suo interno, ecc.

Ritorna in un certo senso quanto già anticipato sul problema psicologico. Non sono pensabili interventi di massa con mono-offerte sociali, se è vero, come è vero, che a una pluralità di bisogni deve corrispondere pluralità d'offerte, variamente articolate.

Altro punto che riguarda sempre il servizio pubblico. Per certi bisogni non è affatto necessario creare servizi socio-sanitari, ma inserire questa utenza nei normali circuiti amministrativi e istituzionali (situazioni d'emergenza, mancanza di case, problema lavoro, ecc. ecc.). Si tratta di avviare risposte socializzanti non specifiche e indirette che riguardano tutta la popolazione di quel territorio, quindi anche l'utenza in questione.

c) A ciascun medico che collabora con il servizio pubblico non devono essere affidati più di 5 utenti, seguendo il principio della massima decentrazione dell'utenza e per permettere un rapporto più mirato e individualizzato.

d) Ove, nel corso di attuazione del programma terapeutico individuale, l'utente sia posto in regime di restrizione carceraria, deve essere garantita la continuità del programma stesso, attraverso opportuni contatti e collaborazioni tra servizio pubblico e istituzioni carcerarie.

e) I Presidi ospedalieri — che devono comunque garantire i ricoveri o per patologia associata o per terapie detossicanti su specifica richiesta dell'utenza — sono vincolati all'applicazione del piano terapeutico definito dal servizio socio-sanitario.

Ad eccezione di situazioni che richiedono interventi sanitari d'urgenza, l'ospedale o il medico non possono effettuare trattamenti — per quanto attiene gli stati di tossicodipendenza — al di fuori di quelli concordati con il servizio pubblico e da questi controllati.

Anche nel caso di utenti che prestano servizio militare, i piani terapeutici sono approntati dal servizio pubblico in accordo con la sanità militare.

f) Non potranno in alcun caso essere fatte ricette occasionali di farmaci ad azione analgesico-narcotica. In caso di manifesta sindrome di astinenza i pazienti devono essere inviati al Pronto Soccorso.

g) L'intervento sanitario, espletato quanto previsto al punto 1), deve essere garantito a tutti i cittadini, minorenni compresi. Per quest'ultimi, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, e nel caso che il piano terapeutico preveda la consegna del farmaco, è necessario che l'interessato indichi, in accordo col servizio pubblico, persona maggiorenne per il ritiro della sostanza in farmacia.

h) Ai fini di evitare eventuali duplicazioni di prescrizioni e somministrazioni di farmaci ad azione analgesico-narcotica a soggetti tossicodipendenti e per controllare la corretta attuazione dei programmi terapeutici individuali, viene rilasciato alla persona interessata un attestato sanitario (personale e coperto da segreto professionale).

L'attestato sanitario non può in alcun modo superare i tre mesi di validità.

Detto attestato, rilasciato in via provvisoria, diventerà parte integrante del libretto sanitario individuale previsto dalla legge 833 del '78.

j) Tutte le Farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, disponibili a collaborare all'attuazione degli interventi nel settore delle tossicodipendenze, sono collegate con i presidi socio-sanitari territoriali per quanto attiene alla consegna/distribuzione frazionata del farmaco sostitutivo prescritto. In particolare:

1) si dovranno promuovere opportuni collegamenti operativi atti a garantire una distribuzione dell'utenza tale da evitare la concentrazione ed assicurare il massimo decentramento entro limiti che consentano un corretto svolgimento del Servizio;

2) la ricetta può essere accolta solo dopo la verifica da parte del farmacista (oltre che del documento di identità) dell'attestato sanitario che deve concordare in toto con la ricetta stessa. Fatti salvi i suddetti controlli, la consegna del farmaco sostitutivo può essere fatta anche a persona diversa dall'intestatario purché maggiorenne;

3) la consegna del farmaco prescritto è di norma quotidiana, salvo eccezioni indicate e regolamentate dal servizio pubblico;

4) nei giorni di chiusura della farmacia presso la quale è stata depositata la ricetta, sarà consegnata — nel pomeriggio precedente il turno di chiusura — la posologia prescritta complessivamente per quei giorni di chiusura;

5) non è in alcun caso consentita la consegna posticipata delle dosi quotidiane del farmaco sostitutivo;

6) ai fini delle registrazioni quotidiane di consegna del farmaco sostitutivo da parte delle Farmacie all'interessato, si allega apposito modello che è parte integrante della presente deliberazione (vedi pag. 52).

Per risposte socializzanti indirette s'intende, attraverso strumenti di gestione e di partecipazione diretta della popolazione centri d'incontro, iniziative culturali non di routine, scuole professionali, ecc. Concretamente una volontà politica che tenti di invertire questo processo di delega dei cittadini, in questi ultimi anni sempre più accentuato, sulle decisioni che riguardano la cosa pubblica. Mi rendo conto che la formula può apparire molto banale. D'altra parte è anche vero che si tratta di uno dei noccioli fondamentali del problema. O si ipotizza questa inversione o sono guai e non solo per le tossicodipendenze, s'intende.

Per quanto riguarda il volontariato è evidente che l'ente pubblico può richiederne il coinvolgimento per i punti sopraindicati, ma a certe condizioni che sono state ribadite nei vari interventi:

- eventuali convenzioni con l'ente pubblico devono essere elaborate non con criteri occasionali ed episodici, ma attraverso la codificazione di una rigorosa normativa che sia ampiamente pubblicizzata;
- le convenzioni devono poggiare su progetti concordati e ben definiti, una volta esaminati correttamente i bisogni di quel territorio;
- è indispensabile procedere, sempre con criteri oggettivi all'interno della normativa predisposta, a controlli e verifiche operative con la partecipazione degli operatori e dell'utenza interessata.

È emersa poi l'esigenza di promuovere strumenti ed occasioni di coordinamento tra operatori del servizio pubblico e operatori del volontariato, sia per omogeneizzare sempre di più l'intervento, sia per offrire, nei limiti del possibile, una gamma molteplice di offerte sociali dirette ed indirette, articolate tra loro.

Questo, ovviamente in estrema sintesi, il quadro dei punti comuni più importanti emersi dai vari interventi ai fini dell'omogeneizzazione dell'intervento socio-sanitario.

Queste indicazioni sono riportate nella bozza di delibera/quadro che riportiamo, da presentare successivamente agli Amministratori regionali e al Ministro della Sanità da parte del Coordinamento nazionale degli operatori, allo scopo di giungere ad una normativa omogenea a livello nazionale nel campo delle tossicodipendenze.

Salute e territorio n. 16-17/1981

D) I Servizi competenti per territorio possono prendere in carico, sia per il rilascio della certificazione che per il trattamento con farmaci analgesico-narcotici, soltanto utenti in grado di documentare la propria residenza nel territorio dell'USL interessata.

Per essere ammessi a trattamento sanitario in luogo diverso da quello di residenza, sono necessari i seguenti requisiti:

- 1) documentata frequenza di corsi di studio in sede diversa da quella di residenza;
- 2) idem, per quanto attiene ad attività lavorative;
- 3) documentate motivazioni di carattere sociale ed economico, in base alle quali risulta impossibile la continuazione dell'intervento da parte del competente presidio socio-sanitario territoriale.

In questi casi il Servizio è tenuto a collegarsi immediatamente con il Servizio competente per residenza con trasmissione della necessaria documentazione, al fine di evitare duplicazioni di certificazioni e di trattamenti con farmaci sostitutivi, ma anche di garantire l'avvio o il proseguimento del trattamento al soggetto.

Il Servizio è tenuto, inoltre, a conservare agli atti la documentazione relativa alle motivazioni che hanno determinato la presa in carico dell'utente residente fuori zona.

Modello della scheda per la compilazione frazionata delle ricette dei farmaci

<b>REGIONE TOSCANA</b> <b>DIPARTIMENTO</b> <b>SICUREZZA SOCIALE</b>				TIMBRO FARMACIA
Farmaco prescritto _____				
SCHEDA PER SPEDIZIONE FRAZIONATA FARMACI CUI DD. MM. 7-8-80 E 10-10-80				
GIORNI	NUMERO RICETTA	DOSE pro/die	DATA	Firma acquirente o sigla farmacista
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

N.B.: Qualora una o più dosi del farmaco non siano state ritirate nel giorno previsto il farmacista eppoi al posto della firma dell'acquirente la dizione non ritirato e la propria sigla. Le dosi o le dosi non ritirate non possono essere più in alcun modo o qualunque titolo consegnate dal farmacista al titolare della prescrizione o, in caso di soggetto minorenne, a chi abilitato a tale ritiro

Mario Santi\*

## *Quando il servizio pubblico è efficiente*

*I risultati positivi conseguibili con un gruppo di lavoro che coinvolge operatori di varie Unità operative per un approccio al problema aperto alle caratteristiche ed alle richieste del tossicodipendente come persona e non come stereotipo*

Cerchiamo prioritariamente di inquadrare alcuni elementi di fondo sul problema tossicodipendenze, sia dal punto di vista culturale del fenomeno, che da quello strettamente operativo dei progetti/programma d'intervento nel settore.

Sul piano culturale constatiamo la tendenza ad un uso e consumo sempre più occasionale (e periodicamente diluito nel tempo) dell'eroina, drammaticamente utilizzata come «una» (tra le tante) merci fruibili, annotando, nella sterminata casistica, la consueta fase di decollo nel «buco» del sabato sera — emblematica, della condizione giovanile complessivamente intesa.

Ne consegue una sicura espansione del fenomeno e, probabilmente, un minore o ritardato (in percentuale) consolidarsi dello stato di tossicodipendenza, classicamente inteso. A queste «nuove» condizioni di verifica del fenomeno non può sfuggire l'importanza di abbandonare semplicistiche o interessate interpretazioni che suggeriscono all'opinione pubblica, da tempo, l'immagine di un «deviante» che non poteva fare altro — in genere per marcati problemi psicologici quando non addirittura psichiatrici — che accostarsi/annullarsi nel «buco».

È cultura, sostenuta peraltro con buona lena dai vari mezzi di comunicazione con l'avallo dei vari «esperti» di turno, che ha consolidato nella coscienza delle persone «l'affare eroina» come apolitico, in quanto

patologia presente nei singoli eroinomani, aderendo, poi, a proposte genericamente oscillanti tra soluzioni miracolistiche e ipocriti e rassicuranti inviti ad una futuribile società migliore. Purtroppo, il problema nelle sue linee essenziali si presta a constatazione del tipo che potenzialmente qualsiasi giovane, mediamente deprivato di strumenti critici e avvolto in un consumismo «povero» e fine a se stesso talvolta equivocato come «scelta» di vita, può incontrare in qualsiasi momento il laccio farmacologico «eroina».

A questo punto — è bene essere chiari — entrano in gioco fattori differenziati e specifici quali l'età, la condizione economica e familiare, le reazioni sociali, il tipo o l'assenza di lavoro, ecc., che condizionano in modo assolutamente non uniforme il soggetto implicato: salute, galera, emarginazione, mercato clandestino, ecc.

Sconcerta che verità così banali, verificate quotidianamente dagli operatori, non trovino giusta collocazione nei progetti d'intervento dei politici. Talvolta a livello teorico o di tavola rotonda, questa impostazione può essere accettata, anche se con

\* Esecutivo Coordinamento Nazionale Operatori Tossicodipendenze

certe reticenze. Mai o quasi mai tradotta in linee operative. *Si preferisce ancora impostare il problema su il «tossicodipendente» e il suo stereotipo, e non sulla persona (tossicodipendente o consumatore che sia) che si buca.* Ovviamente non è un problema semantico, ma di culture interpretative del fenomeno completamente opposte.

Difatti la prima impostazione porta, in genere, ad elaborare programmi specifici, unilaterali, mono-proposte ritenute corrette per tutti i tossicodipendenti, appunto, disassuefazione compresa.

In questa ottica i servizi pubblici, coinvolti operativamente, sono relegati ad esercitare una funzione tampone e di mera sopravvivenza, dove, non di rado, si confondono risultati scadenti (dovuti alla struttura, organizzazione, precarietà degli operatori, mezzi a disposizione inesistenti) con l'impossibilità a fornire risultati positivi comunque da parte della struttura pubblica.

Un esempio, tra gli altri, spicca eclatante di questa situazione, è riportato nella pubblicazione del Coordinamento Operatori Tossicodipendenze — sez. Campania («Tra i vicoli della droga», Marotta ed. 1983) dove, tra l'altro, si rileva che sono stati destinati circa 300 milioni al «piano giovani» e circa 2 miliardi al privato interessamento alla «riabilitazione» del tossicodipendente.

La seconda impostazione, che non ricerca rassicuranti omologazioni di comodo del fenomeno, comporta schematicamente:

a) un servizio pubblico impostato — come struttura, professionalità, mezzi a disposizione — organicamente a livello territoriale con modalità operative e di risposte sociali multiple a fronte delle varie fasce di bisogni che questo tipo di utenza esprime;

b) professionalità coinvolte nell'intervento non collocate a ruolo nelle tossicodipendenze ma attraverso un modulo multidisciplinare ricomposte in un Gruppo di lavoro, i

cui operatori provengono dalle Unità operative di competenza (esemplificando: lo psicologo a ruolo nella propria Unità operativa e distaccato all'occorrenza nel Gruppo di lavoro). Tale impostazione riduce il rischio di irreversibilità professionale ed evita di introdurre, fittiziamente, specialismi per ogni tipo di problematica o marginalità sociale;

c) il Gruppo di lavoro si deve intendere teoricamente a termine, pensando anche ad un fenomeno in continua evoluzione che pone nel tempo problematiche e risposte operative non definibili una volta per sempre.

Il Gruppo di lavoro non deve essere assolutamente confuso, come talvolta accade, con generici coordinamenti cittadini che, se correttamente impostati, hanno altre funzioni rispetto alle competenze di un «servizio» territoriale. Difatti il personale comandato deve possedere un monte-ore (tempo pieno o parziale rispetto alle singole realtà territoriali) ragionevole per permettere un reale lavoro di gruppo e una reale presenza quotidiana di apertura oraria all'utenza. Per quanto riguarda in dettaglio funzioni e compiti, per motivi di spazio, rimandiamo ai documenti e alle esperienze realizzate nella Regione Toscana, dove nelle situazioni ottimali tutte le professionalità, medico compreso, sono pariteticamente coinvolte nell'elaborazione dei progetti e dei piani terapeutici, farmaco sostitutivo incluso. Ciò rende possibile la non separatezza tra intervento sanitario e intervento sociale e il collegamento con gli operatori del distretto, ivi compresi il medico di base e il farmacista, sulla base di quanto previsto dai decreti Aniasi e da alcune delibere regionali come quella della Regione Toscana.

Queste sintetiche considerazioni fanno emergere chiaramente due elementi fondamentali:

1) il servizio pubblico, se attrezzato opportunamente, produce risultati sulla globalità dell'utenza in carico che in alcune documentate esperienze

sfiorano il 30% dei detossicati, con periodiche verifiche di totale abbandono della sostanza dai 6 ai 24 mesi. Peraltro, una corretta impostazione dei servizi è ricavabile anche dal fatto che molte persone che hanno cessato da tempo l'uso di sostanze stupefacenti non si identificano affatto come ex-tossicodipendenti, ma come soggetti attraversati da una drammatica esperienza, ormai lasciata alle spalle, non negata o rimossa, ma rivissuta per quanto possibile criticamente.

In questo contesto risulta ancora più evidente come il servizio pubblico sarebbe maggiormente garantito da eventuali «insuccessi» se operasse una selezione dell'utenza a priori, lavorando esclusivamente sul tossicodipendente «pentito». Solo che le statistiche, oggettivamente, si riferirebbero ad un 5/6% dell'utenza globale, ignorando il destino sociale del rimanente 94/95%.

2) È bene chiarire definitivamente che al servizio pubblico spettano certe competenze, oltre le quali altre istituzioni o associazioni devono entrare in gioco (Enti locali, Ass. Intercomunali, Regioni, Sindacato, ecc.).

Quanto sopra al fine di stabilire con chiarezza aree contestuali di competenza nei progetti d'intervento e contemporaneamente eliminare quell'equivoco di fondo, non di rado interessato, di delega ai servizi socio-sanitari di tutte le risposte possibili nel campo del disagio sociale, inducendo nell'operatore sprovveduto maniacali onnipotenze d'intervento.

Se poi la politica attuale è quella, come sembra, di restringere spazi e fondi ai servizi socio-sanitari complessivamente intesi, delegando molto e talvolta con scarsi controlli al settore privato (la citata pubblicazione del Coordinamento campano è esemplare in proposito) è problema politico e non tecnico-professionale.

Ed infine, sinteticamente, due riflessioni: la prima riguarda la preparazione-aggiornamento del personale

(segue pagina II)

(segue da pag. 7)

## Quando il servizio pubblico è efficiente

coinvolto nel settore. È prassi corrente, salvo lodevoli eccezioni, chiamare/ricchiamaire docenti che sull'argomento non hanno esperienza diretta ma conoscenze «accademiche» e interpretazioni sul fenomeno buone per tutte le stagioni. Si ripetono cioè inutili rituali di comodo utilizzati, in genere, più per lustro che per un'effettiva crescita culturale sull'argomento. Sono sistematicamente estromesse professionalità, magari a tempo pieno nel SSN, ad alta competenza tecnica e quotidianamente collegate col fenomeno.

Forse questa sudditanza culturale, presente anche in altri settori, è datata storicamente. Sicuramente è uno, insieme ad altri complessi fattori, degli elementi di «disarmo» e di frustrazione degli operatori che non sentono correttamente rappresentata la loro competenza professionale e scientifica. È una pregiudiziale di fondo da rimuovere per permettere

che qualsiasi programma di aggiornamento trovi una collocazione rispetto ai bisogni e alle funzioni che il SSN svolge, o dovrebbe svolgere, a favore della collettività.

La seconda riguarda i progetti «riabilitativi» e i relativi finanziamenti attuativi. Sarebbe ragionevolmente pensabile che ogni sforzo in questo settore (ma anche in altri) fosse diretto all'utilizzazione delle «normali» risorse territoriali, con stimoli e fondi appropriati, utilizzando progetti e proposte che tendono a dare risposte, anche d'emergenza, attraverso strutture e organizzazioni sociali rivolte ai giovani complessivamente e non pensate per specifiche categorie di «disagio» e marginalità.

L'area intermedia, come altre proposte sul tappeto, in dettaglio organicamente descritta dagli operatori napoletani, situazione specifica a parte, rappresenta uno sforzo operativo teso ad unire concretamente ele-

menti «preventivi» ed elementi «riabilitativi» in un unico progetto, tentando di recuperare culturalmente la politica della separatezza e dei due tempi.

Concludendo, molte cose nel presente articolo sono rimaste fuori o rattrappite per motivi evidenti di spazio, ma in ogni caso è bene confermare che *oggi* le esperienze nel settore sono ampiamente sufficienti per trarre organiche conclusioni circa le politiche d'intervento da adottare, anche se l'aria che tira non induce ad ottimismo particolari.

Qui le responsabilità sono di natura esclusivamente politica anche se le scelte in un senso o nell'altro faranno carico inevitabilmente alla comunità.

Senza muri del piano, ma per memoria e constatazione storica che riguarda non solo le tossicodipendenze, ma tutto l'impianto della riforma sanitaria e il suo incerto futuro.

# L'evoluzione di un fenomeno ignorato.

Mario Santi\* Riccardo Bordini\*  
Mariella Orsi Salvadori\*

*La persistenza di interpretazioni e di interventi storicamente superati sull'uso e l'abuso di droghe legali e illegali.*

È strano come rispetto alle modifiche strutturali che il fenomeno tossicodipendenze si porta dietro ormai da circa 2-3 anni, poco sia cambiato nell'opinione pubblica, costituita non solo dal cittadino medio, ma anche dall'amministratore della «cosa pubblica», tenacemente avvinghiata a schemi interpretativi obsoleti e superati.

Difatti, schematicamente rispetto all'evoluzione del fenomeno, oggi si sostiene:

- a) che l'ormai affermato uso saltuario o periodicamente ripetuto nel tempo, sia di sostanze illegali (eroina, cocaina) come di sostanze legali a fini non terapeutici (tipo Temgesic), costituisca l'affermazione di una strategia più laica e autonoma di governare le varie sostanze, senza entrare nel meccanismo coattivo dell'atto quotidianamente ripetuto, come accadeva in passato;
- b) che l'uso sempre più diffuso di sostanze chimiche, (legali o illegali è irrilevante) rappresenta una tendenza per cui è lecito affermare che tutti siamo potenzialmente a rischio, suggerendo l'immagine di una società di drogati.

Posizioni apparentemente antitetiche nella forma, mentre nella so-

stanza, a nostro giudizio, rappresentano l'ennesimo tentativo di semplificare un fenomeno estremamente complesso e contraddittorio.

Rispetto alla nostra esperienza non ci riconosciamo in nessuna delle posizioni espresse, considerandole troppo manichee e deresponsabilizzanti.

In altre parole, non riscontriamo affatto una cultura più attenta e laica, capace di gestirsi «evasioni», ma bensì constatiamo come una maggiore richiesta di sostanze chimiche sia un sintomo più generale dello stato attuale dei rapporti sociali e personali: poco soddisfacenti e per niente progettuali.

Di contro, verificiamo la completa inutilità di lanciare messaggi terroristici che alludono a «epidemie» generalizzate dalle quali bisogna difendersi a qualsiasi costo.

Noi crediamo più semplicemente che la complessa questione degli stili di vita che oggi riguardano tutti, sia stata affrontata con estrema superficialità e che le varie interpretazioni risentano pesantemente di ideologismi, anziché di verifiche culturali sul campo.

\* Coordinamento nazionale operatori tossicodipendenze.

È difficile spiegare altrimenti, anche a livello squisitamente epidemiologico, questa altalena di aperture e chiusure emergenziali nel settore tossicodipendenze, che ignorano quasi tutto delle questioni fondamentali sul tappeto.

Difatti, il minor numero di morti da oppiacei ha tutta una serie di plausibili spiegazioni, raccolte intorno alle mutate condizioni di approccio alle droghe, meno quella che il fenomeno sia in regressione come si può invece evincere dai vari comunicati ufficiali.

Il fatto che il fenomeno sia più sommerso non significa che sia meno esteso.

Solo che questo sommerso rimette in discussione molti stereotipi, caldamente coltivati fino a ieri mattina: da qui il bisogno di eludere dati inquietanti del tipo che il consumo non terapeutico di alcuni farmaci legali tra il primo semestre '85 e il primo semestre '86 sia aumentato mediamente del 150%. Mentre la domanda d'intervento legata ad inserimenti in processi terapeutici medio-lunghi è in marcata diminuzione, avendo toccato il suo massimo storico circa due anni fa, attestandosi oggi verso il basso. Ci riferiamo alle varie comunità terapeutiche che, indipendentemente dalla metodologia usata e dai criteri di selezione adottati, si trovano oggi ad affrontare questo problema, mentre permane ancora nella già ricordata opinione pubblica, questo desiderio di delega, del resto ampiamente coltivato dai vari mezzi di comunicazione.

Anche gli stessi servizi pubblici da tempo si stanno interrogando sulle modalità d'intervento da sviluppare in presenza di un fenomeno così complesso che ha radicalmente mutato aspetto e bisogni.

Ma al di là di queste brevi considerazioni, il rilievo più importante che ci sentiamo di proporre come riflessione, riguarda la scarsa capacità di esaminare il fenomeno nella sua progressione storica, limitandosi di volta in volta a guardare alcuni

fotogrammi, considerandoli esaustivi di tutte le problematiche conclamate o sommerse.

#### L'equivoco della «prevenzione»

È un atteggiamento di fondo che ha sempre accompagnato questi dieci anni di tossicodipendenza e va considerato una grave lacuna culturale. Per esemplificare al massimo, oggi scopriamo improvvisamente la necessità di parlare degli stili di vita e del sociale «normale» per capire meglio i vari «perché» dell'uso ed abuso di droghe, limitando al massimo di soffermarsi sugli effetti farmacologici di una determinata sostanza, e con questo si crede di aver scoperto la «prevenzione».

Ora questa metodologia di approccio al fenomeno era manifesta e necessaria anche quando tutto ruotava intorno al problema «eroina», che andava interpretato come sintomo e non come scheggia patologica completamente avulsa dalle problematiche del mondo giovanile.

La discussione di oggi quindi, cioè il farmaco comunque siglato e inteso come bene di consumo, costituisce un approdo storico inevitabile, laddove prevale la necessità di dotarsi di un sistema di sopravvivenza più incline al quotidiano che all'utopia, quest'ultima scarsamente decifrabile e poco annunciata.

L'esperienza di questi anni ci ha convinto che qualsiasi progetto preventivo deve essere elaborato non tanto come barriera (fittizia) per impedire l'uso di droghe, quanto efficacemente costruito per incidere sugli stili di vita «normali», considerati supporti non secondari allo sviluppo delle tossicodipendenze.

Questo riguarda tanto la sfera preventiva quanto quella riabilitativa, che nel nostro settore significa anche che diversi soggetti ai primi approcci con l'uso di varie sostanze, possono trovare motivazioni valide e sufficienti per interrompere l'esperienza, attraverso coaguli aggregativi normali e strutturati nell'ambito del-

le varie problematiche che attraversano oggi il mondo giovanile, senza che questo debba scandalizzare più di tanto; evitando di pensare sempre e comunque a lunghi processi catartici, magari espriativi, non sappiamo bene di quali colpe.

A scanso di equivoci, con il termine «espiativo» intendiamo correnti culturali che suggeriscono modalità terapeutiche omogenee per tutti i soggetti, indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale, dalle risorse personali e familiari.

Questa condizione si lega perfettamente all'introduzione del cosiddetto «senso di colpa» che in particolare è diretto verso la famiglia, ritenuta incapace di esercitare il suo ruolo pedagogico, e quindi possibile responsabile di «devianze sociali».

Noi riteniamo il «senso di colpa» regressivo e poco maturativo, perché agisce come robusto filtro ai fini di una visione dialettica della realtà, fatta cioè di consapevolezza ma anche di contraddizioni quotidiane.

Infine osserviamo come ai giovani attribuiamo contraddittoriamente quasi tutto:

- di essere svincolati da processi gerarchici e conformistici;
- di essere contemporaneamente poco responsabili e affidabili, sia sul piano sociale che personale;
- di «amare» poco il lavoro, ma allo stesso tempo di essere investiti da una disoccupazione marcatamente estesa;
- di essere amanti dell'indipendenza, e parallelamente docili alla ragnatela di dipendenze familiari, anche economiche.

Ognuno sposa prevalentemente una variabile del problema, presentandola come dominante rispetto alle altre, e quindi passiamo a nomenclature classificatorie che vanno dalla generalizzazione di una famiglia «aperta», priva sostanzialmente di atteggiamenti autoritari, a nuclei familiari sostanzialmente «distretti», passivi, incapaci di comunicare.

In questo gioco perverso tendiamo o a colpevolizzare o a presentare

(segue pag. 8)

### **L'evoluzione di un fenomeno ignorato**

*(segue da pag. 3)*

una realtà idilliaca completamente distorta, rispetto sia agli adulti, largamente stravolti da un quotidiano assillante, competitivo e aggressivo, sia rispetto agli adolescenti, che non sempre riescono a districarsi dall'es-

sere oggetto di interpretazioni riduttive e spesse volte di parte.

Secondo noi queste riflessioni storiche riguardano direttamente gli aspetti legati alle problematiche delle tossicodipendenze, ma più in genera-

le sono tese alla ricerca di un nuovo linguaggio, meno banale e conformistico, anche nella elaborazione di eventuali progetti da realizzare in campo preventivo, tossicodipendenze a parte.

# Esperienza di monitoraggio epidemiologico per infezione da virus HIV dei soggetti tossicodipendenti \* seguiti dai servizi nell'area fiorentina

M.G. ORSI, M. SANTI e R. BORDONI

*Comitato Tecnico Tossicodipendenze Area Fiorentina  
Coordinamento Nazionale Operatori Tossicodipendenze*

I Gruppi Operativi per le Tossicodipendenze dell'area fiorentina, rappresentanti 800.SS.LL., sono ormai da anni collegati sia a livello tecnico-scientifico sia a livello dell'analisi qualitativa-quantitativa del fenomeno "tossicodipendenza" in un Comitato di Coordinamento. E' stato quindi relativamente facile, appena le notizie dagli U.S.A. e dagli Istituti Scientifici italiani hanno segnalato nell'agosto del 1985 il pericolo della diffusione del virus HIV nei soggetti tossicodipendenti, predisporre un capillare ed attento monitoraggio epidemiologico sull'utenza che affluiva ai Servizi.

1) Innanzitutto è stato predisposto un protocollo d'intesa per il coordinamento delle varie attività coinvolte nell'indagine epidemiologica. Tale protocollo prevedeva la costituzione di un gruppo pluridisciplinare comprendente oltre ad operatori dei Servizi territoriali per le Tossicodipendenze dell'area fiorentina, (medici, psicologi, assistenti sociali, sociologo ecc.) i responsabili delle U.O. ospedaliere, malattie infettive, dei laboratori di virologia e dell'Istituto di Immunologia Clinica dell'Università, onde ottenere omogeneità di comportamento

\* Il termine tossicodipendenti come identificazione di tale gruppo a rischio, dovrebbe essere più correttamente inteso: "consumatori di droghe per via endovena"(CDE)

AIDS  
e  
Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

Ci si rese conto della delicatezza del problema, AIDS, non solo riguardo agli aspetti specificatamente medici, ma anche agli aspetti psicologici e sociali che sono strettamente correlati.

In breve tempo abbiamo assistito ad una rincorsa affannosa da parte degli ambienti sanitari per rettificare o addirittura smentire notizie che venivano diffuse con grande rilievo dagli organi di stampa, radio e televisione, e che diventavano fuorvianti per l'opinione pubblica che si creava rapidamente stereotipi quali:

Sieropositività=malattia, infezione=morte sicura

Tossicodipendente=sieropositivo

questi i principali, ma anche altri estremamente difficili poi da smantellare su basi razionali.

Gli operatori dei Servizi si sono resi conto che l'eccessivo allarmismo, destato dalle cifre relative ai decessi, in parte avvenuti, ma in parte risultanti da proiezioni statistiche, ed il clima catastrofico da "peste del XX secolo" che si andava delineando, rischiava:

a) che pochi soggetti accettassero di sottoporsi all'analisi che permetteva di evidenziare la sieropositività, per paura che l'eventuale risposta positiva potesse essere divulgata negli ambienti di lavoro e di vita del soggetto con conseguente maggiore emarginazione sociale.

b) che soggetti ormai usciti dall'esperienza della droga da tempo, risultati positivi, potessero avere una reazione abnorme, ritornando ad abitudini e stili di vita negativi.

c) ed infine, che soggetti risultati sieropositivi ma non adeguatamente seguiti dai Servizi, non riuscissero ad attuare con responsabile consapevolezza quelle misure precauzionali che gli operatori sanitari indicavano loro, per raggiungere il duplice obiettivo di evitare sia l'aggravarsi delle condizioni di salute del singolo, sia il diffondersi del contagio.

2) Altro intervento dei Gruppi Operativi riguarda l'assistenza alle donne tossicodipendenti o ex, sieropositive, per una eventuale gravidanza, allo scopo anche di una corretta informazione, che in un primo momento in certi ambienti sanitari, limitavano ad una sollecitazione per una interruzione di gravidanza.

Le analisi dei nati da madre sieropositiva hanno evidenziato, che ad una percentuale assai elevata di sieropositivi alla nascita, ha corrisposto un andamento più favorevole nei controlli effettuati a 10-12 mesi di vita. E' stato quindi proposto un rapporto costante tra i G.O.T. a livello territoriale e le U.O. Ospedaliere di Ostetricia e Pediatria per poter effettuare un efficace follow-up dei soggetti sieropositivi.

3) Altro dato significativo è quello relativo alla percentuale dei soggetti ex tossicodipendenti da breve tempo, ovvero "liberi da droga" da 10-18 mesi, ma con esperienza di abuso di droghe da tre-cinque anni ed oltre,

che sono risultati sieronegativi in misura superiore rispetto a coloro che da tempo più recente hanno fatto uso saltuario di droghe per via endovenosa. Questo risultato conferma come la presenza del virus HIV anche nell'Area Fiorentina risalga a circa due o tre anni fa, ma conferma anche l'importanza, troppo spesso dimenticata, dell'educazione sanitaria sempre attuata dagli operatori dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze negli anni 1978/85 durante la sperimentazione del trattamento farmacologico con la morfina. Il piano Terapeutico individuale prevedeva l'appoggio psicologico e sociale, oltre al farmaco sostitutivo-morfina, che permetteva a numerosi utenti l'abbandono della "piazza", e la consapevolezza dell'importanza di alcune norme igienico-sanitarie tra le quali l'uso della siringa che doveva essere sempre "strettamente individuale e mono-uso, per evitare patologie associate come, l'epatite virale B. In tal modo si è potuto proteggere quei soggetti che mettevano in atto tali precauzioni anche da un nuovo "pericolo" allora sconosciuto, il contagio da virus HIV.

AIDS  
e  
Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

INDAGINE SUI SOGGETTI SEGUITI DAI G.O.T. NELL'AREA  
FIORENTINA SOTTOPOSTI ALL'ANALISI PER LA RICERCA  
DEGLI ANTICORPI ANTI HTLVIII

	Al 30/9/'86	Al 31/12/'86	Al 31/3/'87
Sogg. esaminati	262	539	670
Sogg. risultati positivi	79(30%)	163(30,2%)	198(29,5%)

CONTROLLI effettuati nel primo trimestre 1987 su soggetti già esaminati nel 1986 e che hanno avuto un esito diverso da quello precedente:

Sogg. Controllati Tot.42

da sieronegativi a sieropositivi n° 6

da Sieropositivi a sieronegativi n°12

EVOLUZIONE dei casi risultati sieropositivi negli anni 1985 - 1986

Al 31/3/1987 hanno attualmente diagnosi di:

LAS n° 20 Soggetti

ARC n° 9 Soggetti

AIDS n° 2 Soggetti

815

AIDS  
e  
Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

La lettura dei dati sui sieropositiviricontrati nel gruppo dei consumatori di droghe per via endovenosa; assistiti dai Servizi per le Tossicodipendenze, nelle diverse Regioni italiane deve portare ad una analisi approfondita sui fattori che epidemiologi, infettivologi ed operatori possono evidenziare senza escluderne pregiudizialmente alcuno.

Si notano differenze sostanziali tra le varie Regioni:  
LOMBARDIA: 54,9%    PIEMONTE: 32,6%    TOSCANA: 30%

Se pure le percentuali di sieropositivi sono in numero inferiore rispetto alle ipotesi degli esperti nell'anno 1985/86, il fatto che anche in Toscana il 70% circa dei sieropositivi si trovi nel gruppo dei consumatori di droghe, deve stimolare maggiormente tutte le forze che operano in questo campo, circa la prevenzione

tra i vari presidi sanitari ed assoluta riservatezza delle notizie relative alle analisi effettuate.

Questo risultato particolarmente importante al fine di offrire una corretta e completa informazione alle Autorità Sanitarie ed agli organi di stampa in merito alle statistiche sul numero dei soggetti tossicodipendenti in carico ai Servizi che sottoposti volontariamente al test per la ricerca degli anticorpi anti HTLVIII, risultavano positivi o negativi.

# AIDS: aspetti sociali del problema, con particolare riferimento alla sfera preventiva

M. SANTI

*Coordinamento Nazionale Operatori Tossicodipendenze  
Comitato Tecnico Tossicodipendenze Area Fiorentina*

Come Gruppi Operativi per le Tossicodipendenze dell'Area Fiorentina, rileviamo che sull'argomento prevenzione non di rado sono stati consumati gli stessi errori a suo tempo effettuati sul tema delle tossicodipendenze. In particolare:

a) si ritiene che l'informazione sanitaria sia esaustiva di tutte le problematiche psicologiche e sociali che il fenomeno si porta dietro, mentre sarebbe opportuno legare l'intervento socio-sanitario alla modificazione degli "stili di vita" dei gruppi a "rischio".

Ciò comporta l'elaborazione di una strategia molto complessa che riguarda essenzialmente il dotarsi di strumenti atti ad incidere sulle motivazioni di coloro che si "bucano", ad esempio:

a nostro parere il primo visibile errore, è stato quello di ritenere, che "chi" è informato, è "salvo", motto di antica memoria, adottato a suo tempo anche nel campo delle tossicodipendenze.

b) si è formata nell'opinione pubblica l'idea che il problema AIDS, sia problema strettamente sanitario, in particolare ospedaliero, a cui delegare illusoriamente, tutti gli aspetti connessi, rimuovendo l'aspetto di fondo e cioè: che siamo in presenza della mancanza sia di un vaccino che di un farmaco.

Trattandosi, in effetti, anche nel caso dell'AIDS di problema complesso, quello sanitario è uno degli ele-

AIDS  
e  
Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

menti da ricongiungere all'interno di interventi multidisciplinari integrati.

In questo senso i Servizi Territoriali dovrebbero farsi carico di rispondere a questi bisogni che sono soprattutto psicologici e sociali, oltre che sanitari, naturalmente. In altre parole si tratta anche di evitare l'equazione: AIDS=OSPEDALE.

c) netta è l'impressione di essere di fronte alla tendenza a combattere più il malato della malattia.

A tale proposito bisogna pur dire che attualmente l'opinione pubblica è molto attenta a cercare l'identikit del nuovo "appetato", e poco incline a farsi coinvolgere in una informazione complessa ed articolata. In parte ciò è dovuto anche alle modalità di presentazione del problema, in genere offerto sul filo rosso dell'emergenza, quindi in termini strumentali e riduttivi.

Ci permettiamo l'ennesima analogia con le tossicodipendenze, quando la richiesta all'esperto di turno, era rivolta a stabilire contorni precisi e pregiudizievoli del "futuro drogato".

I danni prodotti da questo clima, frutto di innumerevoli assemblee, depliant, ecc., non sono stati valutati in tutta la loro ampiezza, con riflessi negativi abbastanza rilevanti nelle persone coinvolte nel problema. Ci riferiamo, ad esempio, ai sieronegativi.

d) ritroviamo la presenza (sovrapposizione altamente scorretta ed impropria) di una emergenza-educazione sessuale per far fronte all'emergenza AIDS.

La scuola in particolare ha risentito di questo clima, attraverso improvvisate assemblee condotte, talvolta, da altrettanti improvvisati esperti. In effetti la scuola sconta ritardi storici sul problema educazione sessuale, che nessun effetto AIDS potrà colmare.

Crediamo importante, passata la prima ondata di richieste, ricondurre la tematica AIDS all'interno della normale programmazione socio-sanitaria (educazione sanitaria) o comunque all'interno di iniziative che permettano al cittadino di dotarsi di strumenti critici e di occasioni anche atte a modificare stili di vita a rischio. Risultati soddisfacenti sono stati ottenuti attraverso lavori seminariali, in particolare con gli studenti di scuola media superiore, i quali hanno il grande vantaggio di parlare il linguaggio dei coetanei, e quindi di essere essi stessi ottimi veicoli di prevenzione, e il tema AIDS diluito e considerato uno degli aspetti da trattare rispetto ai problemi sociali emergenti.

e) come ampiamente verificato dalla nostra esperienza, riteniamo più opportuna la definizione di comportamenti a rischio, anziché quella di categorie a rischio.

Basti pensare in proposito all'evoluzione del fenomeno

Comitato Tecnico per le Tossicodipendenze  
GRUPPO EPIDEMIOLOGIA

U.S.L.10/Area Fiorentina

RICERCA PER ANTICORPI ANTI HIV  
RIEPILOGO I TRIMESTRE 1987

n° Sogg. sottoposti per la prima volta  
analisi anticorpi anti HIV nel 1987 Tot. 131 dicu  
(residenti nelle UU.SS.LL. anche se  
inseriti in Comunità Terapeutica) Risultati

	neg.	Pos.
M.	79	18
F.	22	12
TOT.	101	30

RIEPILOGO TOTALE DE SOGGETTI ESAMINATI  
per fasce di età

	1986		1987 I Trim.	
	neg.	pos.	neg.	pos.
INF. A.18	M. 5	1	2	-
	F. 3	-	1	-
19-23	M. 64	36	19	7
	F. 40	24	18	5
24-29	M. 106	42	29	10
	F. 63	30	13	6
30 e oltre	M. 60	22	13	2
	F. 35	8	6	-
TOTALE	376	163	101	30

QUANTI SOGGETTI ESAMINATI ERANO A RISCHIO:

	neg.	pos.
solo per uso droghe per via end.	58,2%	28,2%
uso droga ed omosessualità	1,2%	4,3%
partners di sieropositivi	2,5%	1,5%
figli di sieropositivi	1,8%	0,8%
altro (specificare)	1%	0,5%

tossicodipendenze ed alla presenza più estesa di consumatori occasionali di eroina che non contraggono dipendenza fisica, come il tossicodipendente accertato. Entrambi hanno in comune lo stesso campo di azione, ma l'intensità differenziata delle frequentazioni a rischio, li colloca in misura diversa di fronte al problema AIDS.

Lo stesso concetto, a nostro giudizio, può essere applicato al discorso omosessualità.

La nostra esperienza ha rilevato come una fetta consistente delle attuali possibilità preventive, consista da parte dei Servizi Socio-Sanitari Territoriali nell'attivare tutte quelle forme di sostegno e di aiuto

AIDS  
e  
Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

811

AIDS

e

Sindromi  
Correlate

Roma  
19-21 maggio 1987

atte a modificare stili di vita di soggetti a rischio.

Ai Servizi per le Tossicodipendenze di Firenze, per esempio, su circa 700 soggetti sottoposti ad esami il 30% è risultato sieropositivo.

Il grosso lavoro quindi, non consiste solo nel tentare di modificare i comportamenti dei sieropositivi, ma soprattutto interessandosi a quel 70% di sieronegativi che continuando a "bucarsi" può andare ad ingrossare la fascia dei sieropositivi.

Il senso mi sembra abbastanza chiaro in ordine alla diffusione dell'infezione; questo lavoro può essere estremamente agevolato da un clima sociale meno teso e più consapevole, anche al fine di evitare, per i soggetti coinvolti che alla caduta delle difese immunitarie si aggiunga la caduta delle difese psicologiche.

Ed infine, al di là delle nostre paure o dei nostri pregiudizi, ricordiamoci che il problema rimane per tutti identico: attualmente non esiste né vaccino né farmaco. La collaborazione si impone, o per consapevolezza raggiunte o per necessità.

COMITATO TECNICO TOSSICODIPENDENZE

Sede: Borgo Pinti, 68 r.

Tel. 2758712/2758713/2476932

**PROGETTO FINALIZZATO CNR**  
**"MEDICINA PREVENTIVA"**  
(Sottoprogetto SP7 "Tossicodipendenze")

ATTI della GIORNATA di STUDIO

**"GLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI NELLE  
TOSSICODIPENDENZE GIOVANILI: RAPPORTI  
TRA RICERCHE E POLITICHE DEI SERVIZI"**

ISTITUTO "MARIO NEGRI"  
MILANO 19.6.1987

A cura del **G.I.V.I.To.G.** (Gruppo Interdisciplinare Valutazione Interventi nelle Tossicodipendenze Giovanili) costituito da Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" e Coordinamento Nazionale Operatori Tossicodipendenze (C.N.O.T.)

## SIGNIFICATI DELLA GIORNATA DI STUDIO

(Mario Santi, Coordinamento Nazionale Operatori Tossicodipendenze)

Credo che questa giornata di confronto sulle problematiche legate agli interventi socio-sanitari nelle tossicodipendenze giovanili e quindi al rapporto centrale tra ricerche e politiche dei servizi debba necessariamente affrontare alcuni temi di fondo che hanno accompagnato, anche in termini conflittuali, questo decennio di tossicodipendenze in Italia.

Alcuni, tra gli altri, riguardano:

- l'evoluzione del fenomeno, le varie interpretazioni e connessioni con gli stili di vita "normali" che rappresentano la cornice storica in ordine all'uso ed abuso di sostanze, eroina compresa;
- i presupposti teorici di modelli operativi che suggerivano offerte sociali articolate per fasce rispetto ai bisogni dell'utenza e possibili tendenze atte a concretizzare risposte univoche e standardizzate a livello terapeutico;
- la professionalità degli operatori, attraverso una preparazione specifica e l'acquisizione di una "cultura d'insieme", presupposto per un possibile lavoro d'équipe;
- le competenze e gli ambiti d'intervento del "Pubblico" a confronto con la presenza del volontariato, variamente definito.

Altri temi fondamentali comunque sono sul tappeto, basti pensare alle varie fasi legislative (da più parti definite d'emergenza) che hanno accompagnato il dopo "685", ivi comprese le varie proposte di legge da tempo congelate in Parlamento e, per quanto conosciute, completamente inadeguate allo sviluppo reale del fenomeno. Basti pensare in proposito che nel 1985, a seguito di un leggero calo di morti per overdose, il messaggio amplificato dai mezzi di comunicazione suggerito dai dati offerti a livello istituzionale, fu del tipo "battaglia quasi vinta, eroina quasi scomparsa". In effetti fu una rozza analisi epidemiologica, completamente avulsa dal tentare di capire le nuove modalità d'uso di sostanze stupefacenti che si stavano affermando, specie a livello del mondo giovanile e degli adolescenti in particolare.

Difatti il 1987, se manterrà la stesa linea di tendenza, registrerà circa 400 morti per overdose, il più alto indice di tutti questi anni, a drammatica testimonianza di un fenomeno in netta espansione, ivi compreso l'uso non terapeutico di sostanze legali.

D'altra parte questi sintomi circa le mutate condizioni d'uso di sostanze stupefacenti con la comparsa del consumatore occasionale di eroina, era già nota agli operatori socio-sanitari del Coordinamento Nazionale, fin dal 1983.

Intuizioni culturali, frutto di un costante e diretto rapporto con la realtà tossicomana, che non necessariamente corrispondevano ai canoni classici della ricerca, ma che si rivelarono validi strumenti di lavoro.

Quest'ultima considerazione mi permette dunque, di entrare nel merito dei problemi tuttora aperti sul significato di ricerca nel settore.

- il primo riguarda sicuramente il ruolo degli operatori, non di rado oggetti passivi della ricerca, anziché protagonisti paritetici che contribuiscono a realizzare uno strumento operativo atto a migliorare la propria professionalità;
- il secondo è costituito dalle ricadute operative della ricerca in tempi reali, affinché la ricerca stessa non costituisca reperto storico magari affascinante, ma completamente superato dalle realtà operative dei servizi;
- il terzo (o forse il primo) attiene alla validità della ricerca che nel nostro settore può significare, in positivo, un contributo a decodificare una realtà complessa e contraddittoria, oppure all'opposto, e quindi in negativo, costringere la stessa ad adeguarsi a modelli interpretativi obsoleti, convalidanti stereotipi culturali correnti, offrendo quindi coperture scientifiche a ritardi culturali che fortemente hanno influenzato la progettazione e realizzazione di adeguate politiche d'intervento socio-sanitarie nel campo delle tossicodipendenze.

In ultima analisi il quesito di fondo di questa giornata riguarda essenzialmente i possibili (teoricamente indispensabili) punti di incontro tra conoscenze scientifiche del ricercatore e conoscenze scientifiche del tecnico socio-sanitario, senza che questo, come qualcuno potrebbe maliziosamente alludere, comporti confusione di ruoli e di professionalità.

Se avviato, questo processo potrebbe essere un'ottima esemplificazione concreta di lavoro di équipe quasi sempre enfatizzata in molte ricerche come punto cardine per una conoscenza integrata della realtà, ma non di rado puntualmente disatteso perché prigioniero di molti corporativismi professionali.

# I servizi per le tossicodipendenze dopo l'AIDS

Cinzia Groppi\*, Mariella Orsi Salvadori\*\*, Mario Santi\*\*\*

In un settore come quello delle tossicodipendenze, già soggetto a costanti variazioni nel tempo delle tipologie di abuso, si è verificata nel corso degli ultimi 5 anni una più consistente modificazione dell'utenza: la comparsa dell'infezione da HIV ha infatti comportato la presenza di utenti che comunque si trovano, al di là del loro attuale rapporto con la droga (ex-tossicodipendenti o attuali consumatori), in una delle seguenti condizioni:

- infezione avvenuta e documentabile al test HIV: sieropositività
- infezione non avvenuta: sieronegatività
- non noto se l'evento infezione si sia già verificato e/o attualità di tale rischio: periodo della "finestra sierologica" con la consapevolezza di essere comunque un soggetto che ha rischiato/rischia di infettarsi
- malattia conclamata (ARC, AIDS).

Tale situazione ha necessariamente comportato una variazione del-

*Modificazioni della  
metodologia  
operativa:  
l'esperienza di un  
gruppo, quello  
fiorentino, tra i più  
avanzati del settore*

l'assetto operativo dei Gruppi Operativi Tossicodipendenze (GOT) dell'area fiorentina, la quale si è gradualmente manifestata ed esplicitata nel corso del tempo ed ha riguardato tutte le varie professionalità presenti (medico, operatori sociali, psicologo).

Il risultato di tale "adeguamento" dei Servizi Pubblici alle emergenti problematiche HIV-correlate dell'utenza è in buona parte visibile solo adesso e non è sempre consapevolmente noto ai vari operatori del settore.

Necessitano quindi alcune rifles-

sioni che possano contribuire all'acquisizione di una maggiore conoscenza di quanto realmente fatto (contro l'opinione diffusa che i Servizi non si siano sufficientemente "attrezzati" per affrontare il problema HIV), e per l'ottenimento di una sorta di "linee-guida" comuni, nelle quali probabilmente già molti operano e si riconoscono, ma che non hanno ancora acquisito una "ufficiale condivisione".

Appariva agli autori del presente lavoro assolutamente impervio ed improprio trattare il tema HIV e tossicodipendenze in maniera non integrata (sanitaria, psicologica e sociale disgiuntamente), ma per una necessaria semplificazione si sono affrontati separatamente alcuni temi HIV-inerenti, lasciando alle conclusioni il compito di una integrazione interdisciplinare.

\* Medico Epidemiologo GOT USL 10/C, Firenze

\*\* Sociologa GOT USL 10/G, Firenze

\*\*\* Psicologo GOT USL 10/A, Firenze

## Aspetti sanitari

*Modificazioni dell'approccio medico e corretto HIV-counseling*

Per i soggetti che non hanno eseguito il test, per i sieronegativi e per i loro partners l'approccio sanitario, fermi restando i criteri e le modalità di detossicazione e follow-up finora adottati, non può più prescindere dalla concomitante attuazione di un programma di screening e di una corretta informazione.

L'accettazione del tossicodipendente a sottoporsi al test la prima volta o ai vari periodici controlli passa necessariamente attraverso una presa di coscienza dell'utente del concetto che "controllarsi" vuol dire "garantirsi":

- dalla falsa ignoranza ("non so, quindi non mi riguarda")
- di porre rapidamente in atto eventuali presidi terapeutici ove si presenti una sieroconversione
- di prendere graduale coscienza (durante i vari controlli) del problema HIV e della persistenza del rischio di infezione ove lo stile di vita (in senso tossicomano e sessuale) non si modifichi
- di comprendere l'importanza, a tutti i livelli, di trovarsi sieronegativo e anche di scoprirsi sieropositivo, specialmente per quanto attiene ai comportamenti sessuali ed alla convivenza con i propri familiari.

Ma è assolutamente chiaro a tutti gli operatori che solo l'utente può decidere il momento della esecuzione del test (il primo o i successivi controlli), che sarà quello nel quale egli si sente consapevole di poterne affrontare l'esito, in particolare se l'esito dovesse essere positivo.

Quindi, pur tenendo presente l'importanza della capillarità e regolarità del test volontario (il quale assume, in tale ottica, valenza di prevenzione a vari livelli), occorre sapere "motivare" l'utente alla scelta di sottoporsi al test, attendendo il

momento in cui tale scelta diviene sufficientemente tranquilla e ben supportata dalla sua attuale situazione socio-relazionale circostante.

La stessa valenza assumono i tentativi di persuadere i partners omo ed eterosessuali dei soggetti tossicodipendenti ad affrontare il test, in una ipotesi operativa di un ulteriore "strumento di aggancio terapeutico" che passa attraverso gli stessi colloqui di counseling effettuati dagli operatori con la coppia, nei quali emerga che è sempre importante salvaguardare la propria salute, non solo nel senso dell'evitare l'HIV, ma anche per gli altri possibili rischi aggiuntivi nel persistere della tossicomania.

Questo risultato conferma come la diffusione del virus HIV nell'area fiorentina sia stata più recente che in altre zone, confermando l'importanza dell'educazione sanitaria attuata dagli operatori dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze fino dagli anni 1978-1985, già durante la sperimentazione del trattamento farmacologico sia metadonico che morfino.

Infatti già allora il piano terapeutico individuale prevedeva, oltre che il farmaco sostitutivo, anche l'appoggio psicologico e sociale, che permetteva a numerosi utenti l'abbandono o la minor frequentazione della piazza. Prevedeva inoltre l'informazione relativa ad alcune norme igienico-sanitarie tra le quali il corretto uso della siringa (che doveva essere sempre strettamente individuale e mono-uso), che allora veniva fornita più che altro per evitare le patologie legate alla manualità dell'uso di droghe per via endovenosa: per esempio epatite B ed eventi settici.

In tal modo si è potuto proteggere alcuni soggetti da un pericolo allora sconosciuto: il contagio da virus HIV.

Occorre quindi, anche oggi, imporre come priorità la prevenzione dell'infezione da HIV tra la popolazione tossicodipendente non infet-

ta, i loro partners sessuali, i figli e la comunità eterosessuale. Ciò richiede un miglioramento dei programmi di trattamento esistenti. Un metodo promettente pare essere il trattamento metadonico, che rende disponibile alla maggior parte dei tossicodipendenti l'opportunità di ridurre il rischio di infezione, specie se integrato con un counseling sul "sesso sicuro".

Per tale ragione la misura proposta da alcune parti di ridurre quantitativamente o qualitativamente i trattamenti con metadone (modalità e tempi di detossicazione, posologia iniziale, ecc.) potrebbero vanificare i vantaggi e gli sforzi intrapresi dai Servizi.

Per le stesse motivazioni è da valutare positivamente, per l'effetto psicologico e sociale, oltre che sanitario, la recente esperienza di somministrazione di AZT ai soggetti sieropositivi, ma con bilancio immunologico sensibilmente alterato.

Vi è in questi soggetti una notevole consapevolezza, più che una semplice speranza, di poter rimandare la loro potenziale progressione verso la malattia quanto più essi usino correttamente il farmaco e modifichino regolarmente il loro stile di vita. Sembra quasi che, nonostante la disperazione per essere sieropositivi, sia stata questa la loro prima battaglia da vincere e il sapersi "in trattamento" li rassicura.

Evidentemente prendere il farmaco non significa solo ricevere un trattamento "sanitario", come ormai fanno molti di coloro che operano nel campo delle tossicodipendenze, ma entrare nell'ambito di una "assistenza integrata" in cui è difficile ed inutile distinguere pragmaticamente gli effetti biologici da quelli psicologici e sociali di tale trattamento.

Riuscire a non far sentire più il tossicodipendente sieropositivo solo un soggetto in attesa di cure, ovvero in un lungo oscuro periodo latenza pre-AIDS, vuol dire attivare

una concreta volontà di vivere nel modo migliore e per il più lungo tempo possibile, davvero in attesa che armi più efficaci per la malattia siano trovate.

Consulenza HIV e corretta informazione sono necessariamente abbinata, invece, per quanto attiene al rapporto degli operatori con i familiari o conviventi del tossicodipendente: appare importante che essi sappiano che non vi è rischio di contagio al di fuori delle note modalità, così come appare rassicurante sapere che il proprio figlio è inserito ed acconsente a seguire un programma di controlli sierologici.

L'approccio sanitario sui sieronegativi si configura oggi come una sorta di educazione sanitaria a dimensione individuale-familiare, nella quale sia sempre garantita la riservatezza delle informazioni sul piano individuale, specialmente per quanto attiene all'ambiente di lavoro e di vita sociale del soggetto.

Per i sieropositivi il medico del GOT ha dovuto modificare il suo approccio, dovendo tener conto di almeno 3 punti:

- fornire costantemente a tali soggetti una adeguata informazione, correggendo le più note aree di misconoscenza (per esempio: sieropositività = malattia; infezione = non più speranza di vita; tossicodipendente = sieropositivo) o di cattiva interpretazione ("il sieropositivo non può più fare alcuna attività comune con altri perché è contagioso: niente sport, nessun lavoro, etc.")
- adottare tutte le strategie per un riaggancio ad un progetto vitale, che spesso viene a mancare nel soggetto eroinomane che si scopre sieropositivo. Per esempio le recenti acquisizioni che l'assunzione di AZT da parte dei portatori asintomatici rallenterebbe la progressione della malattia devono essere rese note all'utente, così come l'evidenza scientifica che una modificazione positiva

dello stile di vita comporta un beneficio in termini di allungamento del periodo di latenza da sierconversione ad eventuale evoluzione a patologia conclamata — affrontare i problemi della sessualità e della procreazione, evidenziando che è possibile per il sieropositivo avere dei rapporti sessuali con un partner consapevole.

#### *Modificazioni delle terapie detossicanti*

Le terapie detossicanti basate sul farmaco sostitutivo hanno assunto un nuovo significato in presenza dell'epidemia HIV: oggi il metadone, oltre che strumento di aggancio dell'utente al servizio e mezzo per la formulazione di un programma riabilitativo post-detossicazione, è divenuto nella coscienza medica un sistema per allontanare il tossicodipendente dalla piazza, evitandogli ulteriori rischi di contagio attraverso lo scambio di siringhe infette. Naturalmente deve rimanere chiaro che un tossicodipendente può contagiarsi anche in altro modo (rapporto sessuale con soggetto infetto).

Adottare però il metadone per tutti e sempre avrebbe condotto ad una progressiva perdita di "significati terapeutici" insiti in tale tipo di trattamento. Invece il rendere cosciente il soggetto che, ove non vi sia il rispetto del proprio piano terapeutico, il ritorno alla piazza è una sua scelta personale e consapevole dei rischi di contagio (HIV, epatite), restituisce al metadone la sua "connotazione terapeutica non solo detossicante", rappresentando ciò una ulteriore evoluzione dell'atteggiamento del medico GOT.

I trattamenti metadonici, inoltre, non sono più rigidamente effettuati secondo i noti protocolli: il medico GOT di fronte ad un soggetto sieropositivo modifica la durata della detossicazione secondo le caratteristiche del caso. Nel caso di soggetti ammalati assume importanza

anche il dosaggio iniziale di metadone, e si sente negli ambienti GOT la necessità anche di superare, per casi selezionati, il "tetto" consigliato a livello regionale.

Una serie di altri presidi farmacologici vengono oggi sempre più estesamente adottati, forse non solo per la presenza dell'epidemia HIV, ma è indubbio che questa ha contribuito nello sforzo di fornire all'utente un più ampio ventaglio di risposte.

Ad esempio l'uso di clonidina, precedentemente riservato alle cosiddette detossicazioni rapide, si è diffuso al supporto pre e post-detossicazione metadonica, così come la prescrizione controllata di farmaci sintomatici, in grado di ridurre certa parte della sintomatologia astinenziale.

Come sostegno al programma di trattamento individuale vengono sporadicamente usate anche benzodiazepine ansiolitiche non ipnotiche, per brevissimi periodi di tempo e sotto controllo medico.

Va diffondendosi anche l'uso di naltrexone, prescritto in casi specifici (presenza di attività lavorativa dell'utente già detossicato, per esempio), con il quale l'intento di allontanare il soggetto dalla piazza è perseguito per lunghi periodi, ove sussiste naturalmente l'aderenza al programma di trattamento.

Una notazione a parte deve essere riservata per le ospedalizzazioni, che nell'area fiorentina sono riservate a specifiche situazioni, tentando fino dove è possibile di seguire il sieropositivo non asintomatico presso il suo ambiente familiare.

#### *Modificazioni del rapporto operativo sanitario/utente in situazioni particolari*

Tra le situazioni particolari risulta di grande rilevanza sociale quella dei soggetti tossicodipendenti detenuti (che rappresentano oggi una larga parte della popolazione carceraria). Questi si sottopongono al test

su base esclusivamente volontaria e l'adesione è fatta firmare.

Un problema sentito è quello della integrazione dei detenuti sieropositivi nella comunità penitenziaria: infatti pur non essendovi alcun obbligo di isolamento e anzi essendo stato questo sconsigliato dall'OMS, vi è tuttavia un disagio evidente dei detenuti a convivere nella stessa cella con i sieropositivi.

Un altro non secondario problema attiene alla possibilità di accesso dei sieropositivi ad attività lavorative che comportino il contatto con alimenti.

In mancanza di direttive circa la gestione del problema HIV dal punto di vista del trattamento penitenziario, e dovendo gestire nel modo migliore gli equilibri interni al fine di non creare tensioni, si sono costituite in alcuni Istituti sezioni ove ubicare i soggetti sieropositivi individuati attraverso il test volontario. Ma questa scelta, apparentemente risolutoria, potrebbe rivelarsi inadeguata, poiché i detenuti di tali sezioni potrebbero trovarsi esclusi dalle attività trattamentali (lavorative, culturali, ricreative), in quanto "facilmente individuabili" dal resto della comunità.

In tal senso anche la garanzia dell'anonimato viene a decadere.

Può accadere che il timore di non essere più accettato o di perdere un posto di lavoro faccia sì che il soggetto non accetti di sottoporsi al test.

Inoltre, per una diffusa misconoscenza sull'HIV, in carcere il tossicodipendente viene automaticamente ritenuto sieropositivo, per cui anch'esso, che si sottoponga o no al test, rischia di trovarsi isolato.

Questo stato di cose apre una serie di interrogativi cui occorrerà dare, nelle sedi appropriate, una risposta operativa. Vero è che nella società esterna ciascuno sceglie le sue frequentazioni, ciascuno può adottare o non adottare le opportune cautele, decidendo quali rischi vuole addossarsi. La comunità carceraria

è diversa: in essa esistono detenuti tenuti nella stessa cella, dove il contatto fisico non è il risultato di una scelta, ma è il frutto di una imposizione.

Si tratta chiaramente di riuscire a discriminare se far prevalere la tutela del singolo (anonimato garantito, non obbligatorietà dello screening) o quella della comunità.

In attesa delle risposte istituzionali a tali quesiti, il medico può ugualmente fare qualcosa, puntando sulla educazione ed informazione corretta e ripetuta a gruppi di detenuti sul problema HIV, mirando alla responsabilizzazione dei comportamenti ed alla partecipazione consapevole alla vita di relazione penitenziaria, facendo anche opera di prevenzione alla diffusione del contagio e fornendo utili supporti alla complessa gestione trattamentale del problema HIV in carcere.

Un'altra specificità di intervento socio-sanitario è data dalle problematiche inerenti lo stato di gravidanza in donne sieropositive tossicodipendenti o ex-tossicodipendenti.

Una modalità operativa peculiare e supportata da dati scientifici e da un continuo aggiornamento medico sul problema viene oggi richiesta agli operatori dei Servizi.

Questi devono essere in grado di fornire:

- adeguate informazioni, sulla base di dati aggiornati, circa la probabilità di contagio materno-fetale e sulla evoluzione dell'infezione nei bambini nati da madri sieropositive: ad esempio è importante informare la futura madre che, rispetto alle evidenze di qualche anno fa, per le quali si indicava una progressione a malattia conclamata per la totalità dei nati, oggi si può affermare che circa il 75-80% di tali bambini non presenta evoluzione patologica (vedi Registro Nazionale sui casi di AIDS pediatrico). Tali dati potranno condurre la futura madre a decidere con-

maggior coscienza e consapevolezza se condurre la gravidanza a termine o meno;

- assistenza psico-socio-sanitaria costante alla sieropositiva, sia durante la gravidanza che dopo il parto;
- rapporto costante tra Servizi Tossicodipendenze e U.O. Ospedaliere di Ostetricia e di Pediatria, al fine di poter effettuare sia un efficace supporto medico e tossicologico alla madre, sia un adeguato follow-up dei nuovi nati.

La gravidanza in atto o il desiderio di maternità delle ragazze sieropositive tossicodipendenti, ex-tossicodipendenti o partners di tossicodipendenti devono essere valutate dall'operatore sanitario in maniera differenziata per ogni singolo caso, poiché la prestazione consultoriale divenga "tecnica" e non pietistica e conduca l'utente a scelte ragionevoli e consapevoli.

Per far ciò è necessario che il sanitario:

- sia costantemente aggiornato sul tema specifico;
- abbia una profonda conoscenza del singolo caso, ben integrata da notizie psicologiche, sociali, familiari e della sfera relazionale riguardanti il caso stesso, fornite dai vari collaboratori del GOT;
- sia in grado di svolgere una azione specifica di "coordinamento e mediazione" tra le istanze dell'utente, dell'eventuale partner, della famiglia d'origine e le necessità organizzative delle U.O. implicate, qualora sia deciso che la gravidanza venga condotta a termine.

#### Aspetti psicologici e sociali

Fin dall'inizio dell'emergere del problema del contagio del virus HIV i Servizi Pubblici territoriali rilevarono la delicatezza del problema AIDS, non solo riguardo gli aspetti

specificamente medici, ma anche a quelli psicologici e sociali, che sono strettamente correlati.

In breve tempo abbiamo assistito ad una affannosa rincorsa da parte degli ambienti sanitari a modificare, rettificare o smentire notizie che venivano diffuse con grande rilievo dai mass-media e che diventavano fuorvianti per l'opinione pubblica, creando in essa degli stereotipi (tossicodipendente = sieropositivo = malato) difficilmente smantellabili poi, su base razionale.

L'eccessivo allarmismo, destato dalle cifre relative ai decessi, in parte avvenuti, ma in parte risultanti da proiezioni statistiche, comportava i seguenti rischi:

- a) che pochi soggetti accettassero di sottoporsi al test, per paura che l'eventuale risposta positiva potesse essere divulgata negli ambienti di vita e di lavoro del soggetto, con conseguente maggiore emarginazione sociale;
- b) che soggetti ormai usciti dall'esperienza della droga da tempo, risultati successivamente sieropositivi, potessero tornare ad abitudini e stili di vita negativi;
- c) che soggetti risultati sieropositivi, ma che per loro scelta non desideravano farsi adeguatamente seguire dai Servizi, non riuscissero ad attuare le misure precauzionali che gli operatori sanitari indicavano loro per evitare il diffondersi del contagio o l'aggravarsi delle proprie condizioni di salute.

Un dato significativo è quello della percentuale dei soggetti ex-tossicodipendenti da breve tempo (10-18 mesi), ma con esperienza di uso di droghe per tre-cinque anni ed oltre, che sono risultati sieronegativi in misura superiore rispetto a coloro che da tempo più recente hanno fatto uso, anche saltuario, di droghe per via endovenosa.

Gli operatori dei Servizi devono poter lavorare su questo per aiutare i sieropositivi ad acquisire moti-

vazioni vitali, ad adottare strumenti idonei a limitare il contagio tra i loro partners sessuali e tra i loro compagni di esperienza di droghe.

Ciò serve anche a renderli attivi, quali ulteriore veicolo di corretta informazione e quindi quali modello di prevenzione specialmente per quegli ambienti in cui più difficilmente passano i messaggi preventivi emanati dalle forze istituzionalmente preposte (operatori dell'area sanitaria), ambienti nei quali gli operatori non penetrano o nei quali raramente riescono ad essere considerati credibili.

Per evitare che nell'opinione pubblica, oltre che nella cerchia dei tossicodipendenti, si rafforzi l'opinione che l'unica risposta per coloro che hanno sviluppato la patologia AIDS debba essere il ricovero ospedaliero, gli operatori dei Servizi Pubblici nell'area fiorentina hanno cercato di sviluppare un sistema integrato di risposte psico-socio-sanitarie adatto anche a questi soggetti.

Infatti, in alcune realtà, per coloro che sono ancora inseriti in nuclei familiari validi, vengono forniti counseling e sostegno psicologico, oltre a interventi di assistenza sanitaria, specialmente infermieristica.

Per coloro che non hanno risorse sufficienti per una abitazione idonea, sia dal punto di vista igienico che socio-ambientale, o che necessitano di brevi ricoveri ospedalieri per controlli clinici o per l'impostazione di terapie farmacologiche, ma che mantengono sufficienti livelli di autonomia personale, si cerca l'inserimento in centri di accoglienza temporanea, spesso forniti dal volontariato, in attesa di disporre di qualche appartamento per nuclei di 3-4 persone autogestite, con assistenza infermieristica e sociale domiciliare fornita dalle USL.

Infine nel novembre 1989 è stata aperta, a cura della Caritas, del Comune di Firenze e della Regione Toscana, "Casa Vittoria", una

struttura residenziale di accoglienza per i malati di AIDS (circa 8-10 utenti di entrambi i sessi) senza alcuna risorsa economica o familiare. Tali soggetti, pur essendo in situazione sanitaria fortemente compromessa ai fini di una autonomia personale, non rimangono in tal modo abbandonati in ospedale e possono godere di una assistenza psicologica e sanitaria più umana e personalizzata.

## Conclusioni

—La complessa problematica sopraesposta, relativa all'evento "infezione da HIV", vuole fornire degli spunti di riflessione-acquisizione riguardo a modificati modelli di intervento nel settore specifico.

Nonostante lo sforzo di rappresentare l'universo "Servizi Pubblici Tossicodipendenze-HIV" nella sua globalità, gli autori del presente lavoro sono consapevoli di avere ugualmente operato una relativa semplificazione del problema ed ulteriori contributi saranno necessari.

Ma su un punto occorre fare chiarezza: quanto più i tossicodipendenti (sieronegativi o sieropositivi) saranno facilitati nell'accesso ai servizi territoriali, ove possono iniziare un percorso riabilitativo usufruendo di un serio intervento psicologico, sanitario e sociale utile ad affrontare le problematiche della loro dipendenza psico-fisica dalle sostanze legali e illegali, tanto più potremmo essere efficaci nel limitare la diffusione del contagio HIV anche tra la popolazione generale.

Quanto più, invece, gli strumenti invocati per la lotta alla droga (sanzioni amministrative, carcere, ricoveri coatti in centri di cura), si rivolgono contro la popolazione dei tossicodipendenti che vive nel "sommerso" (non accede, cioè, ai Servizi), tanto più le risposte di questi alla

(segue a pag. 74)

---

I servizi per le tossicodipendenze dopo l'AIDS  
(segue da pag. 55)

società potranno essere dannose (e potrà anche aumentare la diffusione del virus HIV per contatti eterosessuali) o divenire aggressive (uso di siringhe con sangue infetto come arma). Il virus dell'AIDS è sicura-

mente una grossa sfida che si è aperta alla società civile: appare prioritario creare, contro le risposte frammentarie e "specialistiche", una cultura socio-sanitaria integrata tra ricerca scientifica, servizi territoriali,

strutture educative e volontariato per vincere la paura, la diffidenza e lo sgomento che ancora prevalgono nella società, nell'interesse di coloro che, inconsapevolmente o meno, sono stati contagiati dal virus.

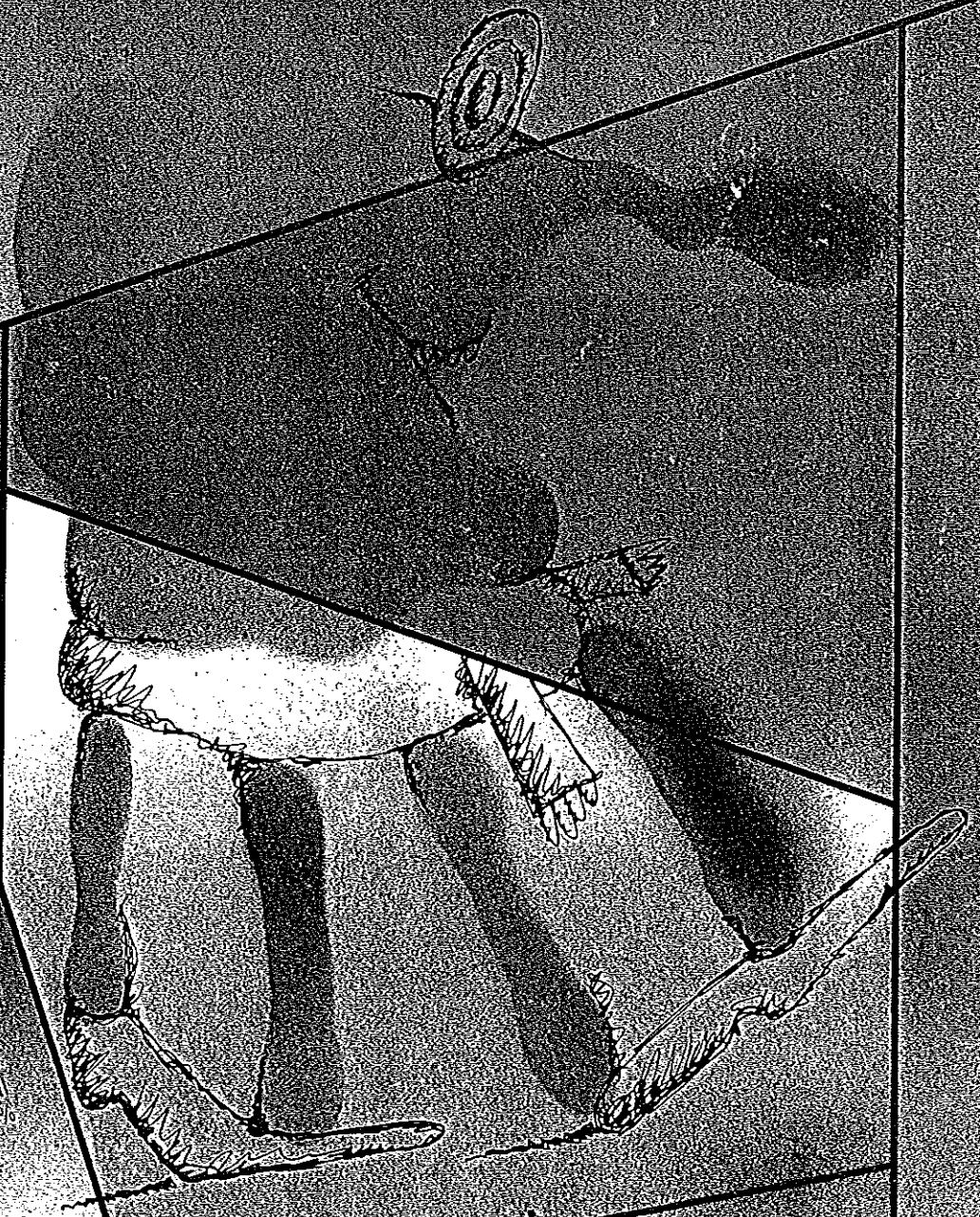
---

**DROGA OUT**

# SENZA LA DROGA E' MEGLIO

Campagna informativa  
sulle dipendenze

**UNA MANO  
CHE AIUTA**



INFORMAZIONE DEL  
COMUNE DI FIRENZE

11 - 210000-1990

REGISTRAZIONE  
MINISTERO  
FIRENZE N. 30  
SPEDIZIONE IN  
ABBONAMENTO  
POSTALE GR. II  
70%

# IL FENOMENO «DROGHE»

A livello nazionale sono circa 40.000 le persone in trattamento per problemi di tossicodipendenza: 32.000 in carico ai servizi pubblici e 8.000 inseriti nelle comunità terapeutiche.

Le morti per eroina sono in continuo aumento e nel 1989 hanno sfiorato il migliaio. L'area giovanile è quella più colpita dal fenomeno «droghe», ma ormai le persone oltre i trenta anni che fanno uso anche saltuario di eroina costituiscono un dato di fatto assolutamente non più eccezionale. Inoltre molti Osservatori che si occupano a livello nazionale e internazionale del problema indicano come possibile uno sfondamento anche in Italia della cocaina.

I dati dei nostri servizi dell'area fiorentina, che dal 1981 hanno seguito oltre 5.000 persone, confermano questa complessa realtà e un aumento di tutte le dipendenze da sostanze siano esse legali o illegali.

Questo per dichiarare con estrema franchezza che il problema non riguarda solo l'eroina, ma un'inquietante domanda di «chimico» che si riferisce all'uso di sostanze meno note all'opinione pubblica, ma altrettanto pericolose per quanto riguarda la nostra salute.

In effetti in molti ci siamo chiesti che tipo di cultura di stili di vita si andassero ad affermare in questi anni perché un fenomeno si espandesse così rapidamente. Difatti se in una prima fase ormai lontana il consumo poteva avere connotazioni «politico-esistenziali», oggi sembra

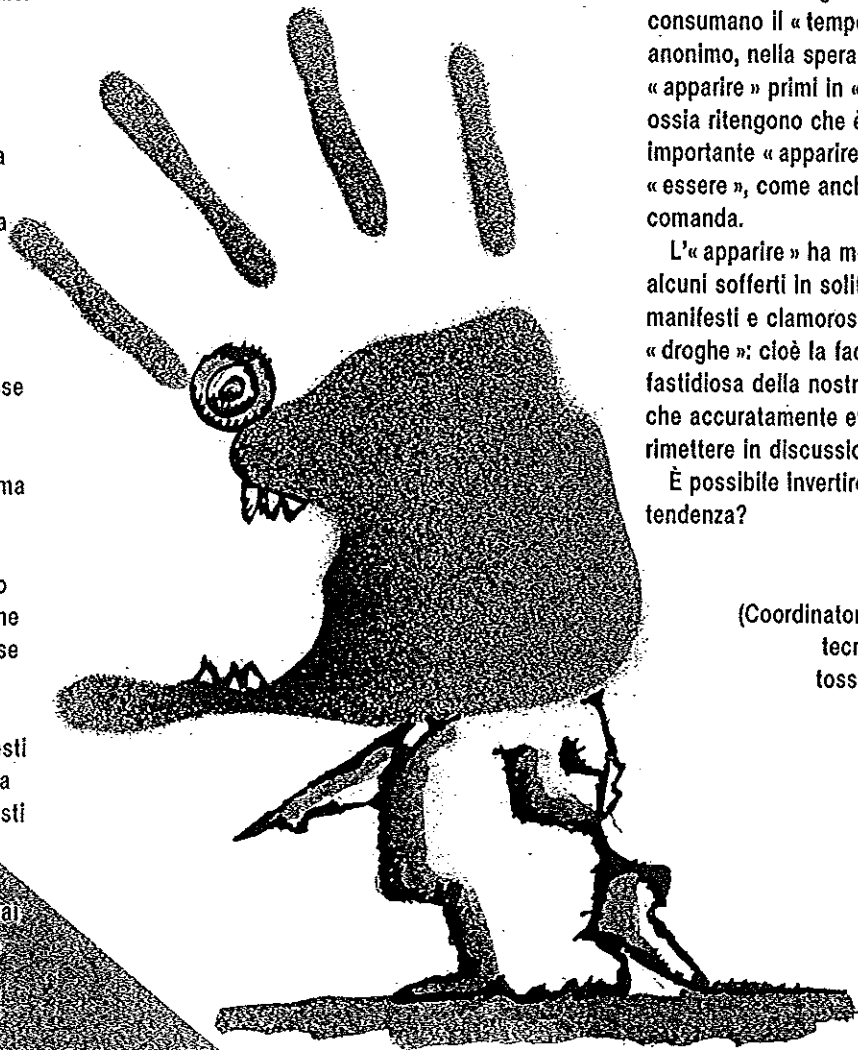
nettamente prevalere un atteggiamento passivo e consumistico.

Difatti molti giovani che si sono rivolti ai nostri servizi hanno espresso problemi e bisogni analoghi ai loro coetanei che non consumano «droghe» ma che consumano il «tempo» in modo anonimo, nella speranza di «apparire» primi in «qualcosa», ossia ritengono che è più importante «apparire» che «essere», come anche pubblicità comanda.

L'«apparire» ha molti costi, alcuni sofferti in solitudine, altri manifesti e clamorosi, tipo le «droghe»: cioè la faccia più fastidiosa della nostra «normalità» che accuratamente evitiamo di rimettere in discussione.

È possibile invertire questa tendenza?

*Mario Santi*  
(Coordinatore del comitato tecnico scientifico tossicodipendenze)



1990: l'impronta di Droga Out diventa un uomo, un animale, un oggetto. Con pochi segni si trasforma l'impronta in tutto

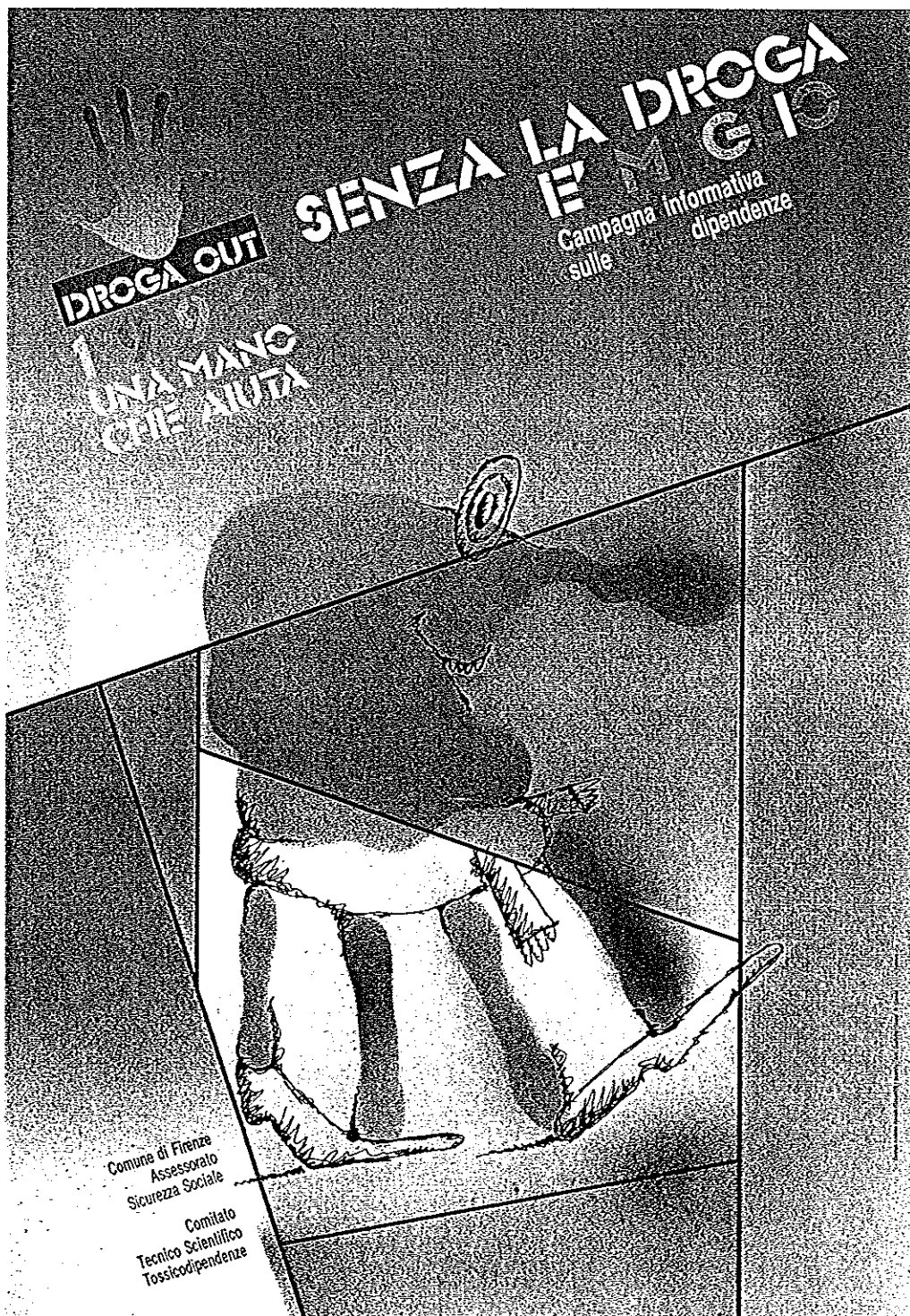
quello che la fantasia desidera. I disegni saranno usati per un opuscolo diffuso presso tutte le famiglie fiorentine

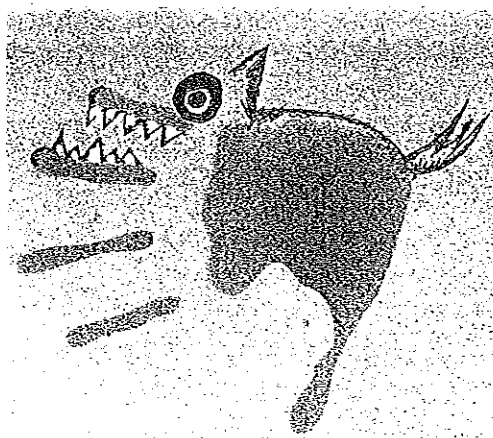
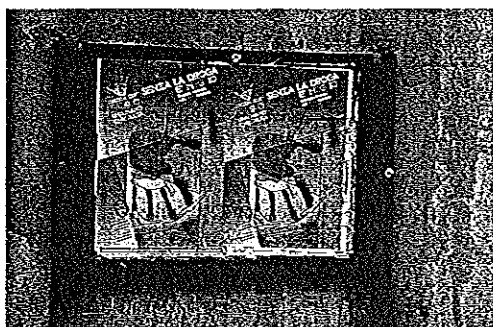
**Mario Santi**  
Coordinatore  
del Comitato  
Tecnico Scientifico  
Tossicodipendenze

Mi sembra opportuno ricordare che l'Amministrazione Comunale imposta e realizza campagne di prevenzione nel settore, già dal lontano 1976, in collaborazione con i servizi Tossicodipendenze o il Comitato tecnico Scientifico che comprende tutte le istituzioni che operano a vario titolo contro le dipendenze.

L'aspetto essenziale di qualsiasi campagna di prevenzione è la conoscenza del fenomeno, della sua evoluzione e dei meccanismi psicologici sociali e sanitari legati al problema delle dipendenze. Questo anche al fine di evitare iniziative di prevenzione che poggiano su analisi completamente superate dagli avvenimenti.

La campagna di prevenzione denominata Droga Out, ed in particolare l'ultima fase legata al personaggio Dylan Dog, appartiene alla filosofia d'intervento che privilegia il campo delle dipendenze culturali come terreno preparatorio ad eventuali dipendenze chimiche. Il personaggio utilizzato, conosciuto dai giovanissimi, ha incontrato moltissime simpatie. Chiaramente questo non basta, perché è necessaria anche una rete di ri-

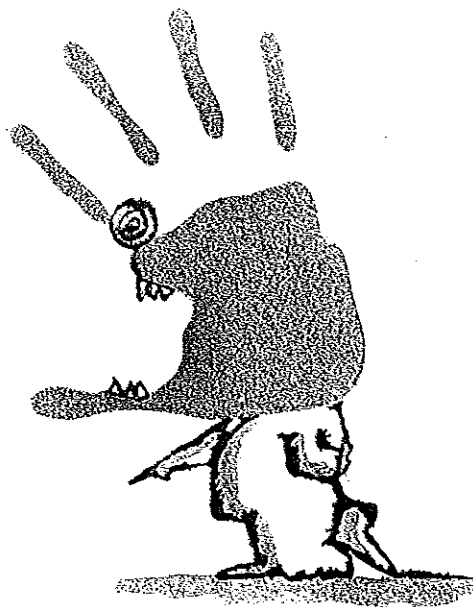




sposte collegate al territorio che riguardano coloro che si trovano in difficoltà perché lambiti o già inseriti nel giro delle tossicodipendenze. A Firenze per fortuna questa rete esiste, a livello dei servizi Pubblici per le Tossicodipendenze o del Privato Sociale, ivi compresi i soccorsi per coloro trovati in overdose. Difatti, questa campagna comprende anche la mappa dei servizi ai quali chiedere aiuto.

Su un fatto è bene fare chiarezza: il fenomeno sta cambiando, altre droghe sono apparse all'orizzonte, altrettanto pericolose come l'eroina, mentre la percezione del rischio, specie a livello dei giovanissimi è praticamente assente, o peggio le considera come "non droghe", con buona pace dei mezzi di comunicazione ancora ancorati a stereotipi di comodo che spettacolarizzano sempre il fenomeno, senza riflessione alcuna sugli attuali stili di vita sempre più densi di supporti chimici, legali o illegali, aspetti intesi come secondari.

Forse per capire meglio un problema complesso quale quello delle tossicodipendenze è necessaria una lettura attenta degli stili di vita della popolazione sia giovanile che non, perché è proprio dietro questo volto di normalità che si rispecchia la natura dello "sballo" e dello stravolgersi ad ogni costo.



# VII CONVEGNO NAZIONALE A.I.D.S. E SINDROMI CORRELATE

Bari, 12-14 novembre, 1993

## MODULO PER ABSTRACT (da inviare entro il 15 settembre 1993)

(Per le modalità di compilazione del modulo ed invio, leggere sul retro)

**TITOLO:** L'assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS: l'esperienza di una Casa-alloggio a Firenze.

**AUTORI:** M.Orsi, N.Maggini, D.Milo, M.Santi, S.Mininni, S.M.G.Bonari  
(Casa Vittoria, FI)

**OBIETTIVO:** sulla base dell'esperienza maturata in quattro anni nella prima Casa-alloggio istituita in Toscana a gestione mista (Comune, USL e Caritas) per l'assistenza a soggetti affetti da patologia AIDS correlata, si propone un'analisi volta ad evidenziare le caratteristiche di tale risposta. Ciò al fine di proporre un confronto tra le varie strutture di accoglienza esistenti in Italia per evidenziare vantaggi, limiti e prospettive delle Case-alloggio, quali elementi di una rete integrata di assistenza nei diversi contesti territoriali, atti a ridurre, sia i ricoveri impropri, sia forme di emarginazione sociale per malati di AIDS carenti di risorse finanziarie e/o di nucleo familiare di riferimento.

Gli autori, che compongono il Comitato di gestione (Infettivologo ospedaliero, Sociologo, Psicologo, Assistente sociale) e lo staff della casa (Psicologo, Medico, Suore infermiere professionali), propongono una riflessione critica sui seguenti punti:

A) modalità della presa in carico del paziente per favorirne un corretto inserimento nella Casa-alloggio.

B) forme appropriate di collaborazione tra strutture ospedaliere (reparto M.I.), territoriali (SerT, Servizio sociale) e staff della casa, per garantire la continuità terapeutica e un supporto psico-sociale tecnicamente adeguato, riducendo la componente assistenzialistica di tale struttura.

C) importanza del lavoro di gruppo tra gli operatori coinvolti nella gestione e tra lo staff e gli ospiti.

D) modalità di sensibilizzazione e aggiornamento per i volontari che operano nella casa, anche per favorire un'assistenza individualizzata, basata sui bisogni differenziati dei singoli ospiti.

**RISULTATI:** su 33 soggetti assistiti presso casa Vittoria (24 M, 8 F e 1 transessuale), pur essendo 22 i soggetti tossico o ex-tossico-dipendenti con forti difficoltà comportamentali e spesso abbandonati dalla famiglia, in numerosi casi si sono recuperate, sia la capacità di autogestione di spazi vitali (occupazione anche saltuaria, rapporti affettivi con partner stabili, ...), sviluppando talvolta forme significative di auto-aiuto, sia i rapporti con il nucleo familiare nelle fasi terminali della vita.

1997

Mario Santi\*

*I Servizi per le tossicodipendenze*

Dagli anni Settanta, il nostro Paese è stato massicciamente investito dal problema droga identificata, soprattutto in quegli anni, con l'eroina; gli effetti sono stati dirompenti.

La società civile ha cercato nei modi più disparati – o meglio disperati – di difendersi da un dramma annunciato, ma ancora oscuro nei contorni e nello sviluppo.

La prima fase ha riguardato, di conseguenza, un atteggiamento meramente censorio e di rimozione del problema da parte della collettività, totalmente impreparata a cogliere le cause e i sintomi di un processo che si andava radicando nella nostra cultura.

Successivamente, e siamo alla seconda fase, complici anche, scomodi testimoni, i morti per overdose, il meccanismo difensivo è stato rivolto a dividere lo scenario in «bianco-nero», il «nero» era dominato da «esperti» che utilizzavano, di volta in volta, per chi usava eroina e altro una serie di stereotipi e generiche motivazioni del tipo «disillusione politica», «famiglia allo sbando», «scuola che non funziona».

In effetti, in quel periodo, si sono accumulati molti «scheletri negli armadi», sia nei confronti dei «marginali», sia dei «garantiti», questi ultimi, anche con l'avallo dei cosiddetti esperti, rassicurati sul fatto che la «normalità» costituiva, a priori, una sorta di polizza assicurativa nei confronti dei rischi, indipendentemente dall'evoluzione del fenomeno.

La terza fase, ancora strumentalmente presente, ignora qualsiasi cognizione epidemiologica dello sviluppo del problema dipendenze e risulta ancorata a possibili miracoli che ri-

guardano tanto il farmaco ritenuto risolutivo, quanto, in contrapposizione, l'aspetto salvifico delle Comunità terapeutiche.

Niente, in effetti, che riguardi oggettivamente, viste anche le positive esperienze in corso, modelli di prevenzione e di «aiuto» a coloro che sono incappati nel problema droghe.

La spinta rimane quella tesa ad una coscienza collettiva che non ama collegare gli attuali stili di vita con il consumo di «droghe» mosso da un mercato abile al «giuoco delle tre carte»: nuove droghe presentate come innocue, e quindi senza percezione di rischio; droghe classiche, ma usate in modo diverso dal passato; vecchie droghe riapparse dopo un sommerso oscuro durato anni.

In altre parole, allo soglie degli anni 2000 che si portano dietro il

dramma AIDS ed i cronici da eroina, con una quota-parte non indifferente della popolazione coinvolta, attraversata da marcati disturbi psichici si privilegia ancora la contrapposizione ideologica, specie di «convitato di pietra» da nessuno apparentemente desiderato, ma utilizzato in effetti per dividere e allontanare una comprensione laica, scientifica e umana del problema.

Questa contrapposizione ideologica si determina su tematiche quali le politiche giovanili, la legalizzazione, la depenalizzazione e quant'altro annunciato in questo periodo storico. In realtà questi argomenti dovrebbero, nei fatti, rappresentare una scommessa per concludere la fase dei «miracoli», ed avviare un processo realistico di contrasto all'uso di sostanze, dove prevenzione-cura-riabilitazione, tanto per usare classiche definizioni, abbiano diritto di cittadinanza in quanto emendate da guerre ideologiche obsolete e talvolta interessate.

È giunto il momento di avviare una strategia complessiva che non ammicchi a scorciatoie, che verosimilmente apparterrebbero ancora alla terza fase, ossia a quella dei miracoli.

\* Psicologo, Direttore Dipartimento dipendenze, Azienda Sanitaria, Firenze.

## Ricerca "Dance": indagine sul consumo di ecstasy nelle principali discoteche di tendenza dell'area fiorentina nella stagione 1996

Mario Santi\*, Stefano Bertoletti\*\*, Duilio Borselli\*\*\*, Susanna Giaccherini\*\*\*\*, Eloisa Mingione\*\*\*\*

### Riassunto

Con la ricerca "Dance" ci siamo proposti di approfondire la conoscenza delle principali discoteche di tendenza dell'area fiorentina e di rilevare qual è tra i frequentatori l'uso di ecstasy, le modalità e circostanze di consumo, la percezione dei rischi relativi e l'opinione sulla sicurezza all'interno delle discoteche. Dall'analisi delle caratteristiche socio-demografiche del campione dei 479 frequentatori intervistati si evidenzia un'età media di circa 20 anni, un buon inserimento socio-lavorativo e un livello di istruzione medio-alto. Il sottogruppo dei consumatori, pari al 40% del campione intervistato, è rappresentato in modo significativo da soggetti maschi di età compresa tra i 18 e i 24 anni. I dati forniscono un supporto per individuare ipotesi di prevenzione specifiche e mirate e per la ricerca di modalità di intervento adeguate.

Parole chiave: Ecstasy, Discoteche

### Abstract

*"Dance" Research: an investigation on ecstasy use in the main disco clubs within the Florentine area in 1996*

*The purpose of the "Dance" research was to study the most trendy disco clubs within the Florentine area and to identify the phenomenon of ecstasy use among the clubgoers, the ways and circumstances of consumption, the perception of the relative risks and the opinion on the safety inside disco clubs. The analysis of the social and demographic characteristics of the 479 subjects interviewed shows an average age of 20 years and a good social, educational and working level. Consumers, corresponding to 40% of the interviewed sample, are mostly represented by male subjects aged between 18 and 24 years. Data provide a useful support for the identification of specific prevention programmes and for the designing of suitable interventions.*

Keywords: Ecstasy, Disco clubs

### Introduzione: nascita e sviluppo del progetto

In questo lavoro vengono presentati i risultati relativi alla ricerca Dance realizzata nel territorio della Provincia di Firenze durante il 1996 come integrazione del "Progetto Vivere", costitutivo della IV campagna di prevenzione "Droga out" del Comune di Firenze, descritto in precedenti pubblicazioni (Bertoletti et al., 1997; Santi et al., 1997).

Lo sviluppo dei rapporti con alcuni gruppi giovanili contattati sul territorio del Comune di Firenze durante la realizzazione del Progetto Vivere ha posto in luce che la tendenza al consumo e all'abuso di droghe di sintesi in contesti particolari, quali discoteche di "tendenza" e After Hours, e l'affermarsi di stili di vita ricchi di comportamenti a rischio rappresentano fenomeni diffusi tra le compagnie informali di adolescenti, di fronte ai quali l'équipe del progetto, così come i servizi, si trovavano impreparati e disorientati.

Con la ricerca Dance ci siamo proposti di esplorare il mondo delle discoteche di tendenze e dello scenario techno<sup>(1)</sup> (Bagozzi, 1996; De Luca, 1996) allo scopo di individuare e contestualizzare ipotesi di prevenzione e di intervento specifiche e mirate, compiendo un percorso di ricerca che rispettasse gli elementi di complessità del fenomeno e cercando di evitare un'ottica eccessivamente influenzata dall'allarme sociale e dalle opzioni riduzionistiche che assumono il consumo di sostanze come elemento primario caratterizzante gli stili di vita e la frequentazione di tali ambienti.

L'indagine effettuata ha previsto, nella prima fase, l'analisi dei principali scenari dell'universo techno in area locale, utilizzando il modello dell'osservazione partecipante periferica (Lapassade, 1996): sono stati presi in considerazione 20 locali dell'area fiorentina che organizzavano in modo continuo o episodico serate Techno Progressive e gli eventi principali realizzati in Toscana nel

\* Direttore Dipartimento Dipendenze Azienda Sanitaria 10 Firenze

\*\* Ricercatore Cooperativa C.A.T.

\*\*\* Responsabile Ufficio Tossicodipendenze e Aids - Comune di Firenze

\*\*\*\* Psicologa, ricercatrice Ufficio Tossicodipendenze e AIDS del Comune di Firenze

periodo aprile-luglio 1996 (After hours, serate Techno all'interno dei Centri Sociali Occupati e un rave illegale). Parallelamente è stata esplorata la rete costituita da negozi di dischi specializzati, negozi di abbigliamento di tendenza e da sale giochi, che funziona come punto di contatto tra il circuito promozionale delle serate (diffusione dei flyers) e il pubblico stesso. Si tratta di luoghi che rappresentano spesso occasioni aggregative in cui è possibile incontrare protagonisti del mondo della notte come DJ, Animatori, Art Directors e P.R. Nel corso dell'osservazione partecipante sono state realizzate 30 interviste approfondite, tramite registrazione audio, sia a frequentatori che ad operatori del settore.

Il materiale raccolto è stato in parte utilizzato per l'elaborazione dei dati emersi dall'indagine epidemiologica, realizzata nella seconda fase dell'attività attraverso l'uso di un questionario volto a indagare il fenomeno del consumo di sostanze all'interno di alcune delle discoteche precedentemente osservate.

Il progetto si è avvalso di un'équipe multidisciplinare<sup>(2)</sup> e del camper del Progetto "Vivere": il mezzo mobile, collocato all'ingresso dei locali, è stato allestito con impianti video-musicali che trasmettevano materiale di genere Techno, realizzato da artisti fiorentini, per attrarre l'attenzione dei giovani frequentatori. In tal modo il camper ha rappresentato sia uno spazio per la somministrazione dei questionari che un'occasione di ascolto delle esperienze e talvolta delle richieste di aiuto dei frequentatori.

## Metodologia

### a) Campione

Il questionario per i frequentatori delle discoteche è stato somministrato ad un campione di 479 soggetti nel corso di 8 uscite notturne effettuate presso 7 discoteche di tendenza e durante un concerto Rock, in media dalle 23 alle 06 della mattina.

Nel corso delle uscite è stato somministrato anche il questionario rivolto agli operatori delle discoteche. In totale sono stati raccolti 43 questionari.

### b) Materiale

Per la rilevazione relativa ai frequentatori delle discoteche abbiamo utilizzato l'"Intervista semistrutturata per la rilevazione dell'uso di sostanze entattogene" (Schifano et al., 1997) riguardante l'uso di ecstasy tra i frequentatori delle discoteche, le modalità e circostanze di consumo, l'associazione con altre sostanze e la sintomatologia correlata.

Tale intervista è stata ampliata con domande volte a rilevare l'opinione dei frequentatori su alcuni aspetti legati al mondo delle discoteche: sostanze più consumate, motivi del consumo di ecstasy e percezione dei rischi relativi, sicurezza all'interno delle discoteche.

Agli operatori dei locali da ballo è stato somministrato un questionario composto da una parte specifica relativa alla descrizione dell'universo "discoteca" e all'organiz-

zazione interna del lavoro e da una parte comune a quello somministrato ai frequentatori.

## Analisi statistica

Per l'analisi dei dati<sup>(3)</sup> è stato utilizzato il modello di analisi loglineare (analisi bivariata).

Per verificare la presenza di differenze statisticamente significative, all'interno del campione dei frequentatori abbiamo preso in considerazione i sottogruppi consumatori/non consumatori e all'interno del campione dei consumatori il sottogruppo consumatori abitudinari, poliassuntori e sintomatici.

Sono stati effettuati dei confronti tra il campione dei frequentatori e quello degli operatori relativamente alla parte comune ai due questionari.

## Analisi dei risultati

### a) Questionario per i frequentatori

Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche del campione esaminato (N=479), sono state prese in considerazione le variabili età, sesso, stato civile, titolo di studio, studi in corso e occupazione (Tabella 1).

L'età media del campione è di 20,2 anni. Il campione si distribuisce per il 27,5% nella fascia di età inferiore ai 18 anni, per il 59,4% nella fascia compresa tra i 18 e i 24 anni, per il 13,1% nella fascia superiore ai 24 anni. La prevalenza dei soggetti intervistati è di sesso maschile (70,7%), celibe/nubile (97,9%), con scolarità medio alta (il 30% ha conseguito la maturità e circa il 40% ha ancora in corso studi superiori o universitari). Riguardo al lavoro risulta occupato in modo stabile il 35,3% del campione.

Il 40% degli intervistati (N = 187) dichiara di aver fatto uso di ecstasy (Fig. A), contro il 60% di non consumatori (N = 281). Nel 70,5% dei casi i soggetti hanno comunque ricevuto offerta di ecstasy.

Dall'analisi statistica non emergono differenze significative tra il gruppo dei consumatori e il gruppo dei non consumatori relativamente alle variabili stato civile, titolo di studio e studi in corso, mentre risulta statisticamente significativa l'associazione tra la variabile sesso e la variabile "uso di ecstasy" (Fig. B) e tra quest'ultima e la variabile "lavoro": nel primo caso l'analisi loglineare evidenzia l'associazione tra le categorie femmine-non uso e maschi-uso ( $z = 3.86, p < .05$ ); nel secondo si rileva l'associazione tra le categorie disoccupati/uso ( $z = 2.61, p < .05$ ) e studenti/non uso ( $z = 4.87, p < .05$ ). Risulta inoltre significativa l'associazione tra il consumo di ecstasy e la fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni ( $z = 4.21, p < .05$ ) e tra il non consumo e la fascia di età inferiore ai 18 anni ( $z = 2.54, p < .05$ ).

Per quanto riguarda il gruppo dei consumatori, l'età media della prima assunzione è di 17,6 anni. Il consumo di ecstasy generalmente avviene in discoteca (81,2%), ma anche in occasione di feste private (24,7%), ai concerti (6,5%), da soli (5,3%), allo stadio (4,7%) e in altre

circostanze non specificate (14,1%). La sostanza viene acquistata da amici nel 58,2% dei casi, in discoteca nel 35%, in locali pubblici nel 6,2%; il 25,4 % indica altre situazioni di acquisto che però non vengono specificate. Il costo medio di una singola compressa è di £ 45.000 (range 10.000 - 70.000). In media nel corso di una serata vengono assunte da 1,5 a 3 compresse di ecstasy (n° minimo: range 0,25- 5, media = 1,6; n° massimo: range 0,25 - 21, media = 3,23). La durata dell'assunzione di ecstasy è di anni nel 40,4% dei casi, giorni nel 30,7% dei casi, mesi nel 19,3% dei casi e settimane nel 9,6% dei casi. Raggruppando le categorie giorni/settimane e mesi/anni, come indici rispettivamente di un consumo temporaneo della sostanza (40,4% dei consumatori) e di uno prolungato (59,6%), l'analisi statistica evidenzia un'associazione significativa ( $z = 2.46, p < .05$ ) tra il consumo temporaneo e l'assenza di sintomi e tra il consumo prolungato e la presenza di sintomi; è inoltre significativa ( $z = 1.82, p < .05$ ) l'associazione tra il consumo temporaneo e la non assunzione concomitante di altre sostanze e tra il consumo prolungato e l'assunzione di altre sostanze.

Le assunzioni avvengono a distanza di settimane nel 32,3% dei casi, di ore nel 30,7% dei casi, di mesi nel 19,5% dei casi, di giorni nel 11% dei casi e di anni nel 6,7% dei casi. Raggruppando le categorie ore/giorni/settimane (elevata frequenza di consumo = 73,8%) e mesi/anni (bassa frequenza di consumo = 26,2%) si rileva un'associazione statisticamente significativa ( $z = 2.11, p < .05$ ) tra l'elevata frequenza di consumo e la presenza di sintomi e tra la bassa frequenza di consumo e l'assenza di sintomi; è inoltre significativa l'associazione ( $z = 3.28, p < .05$ ) tra l'alta frequenza di consumo e l'uso concomitante di altre sostanze e tra la bassa frequenza di consumo e il non uso di altre sostanze. Risulta inoltre statisticamente significativa l'associazione tra il consumo prolungato di ecstasy e l'elevata frequenza di assunzione ( $z = 3.57, p < .05$ ) da cui abbiamo individuato la categoria dei "consumatori abitudinari", pari al 51,3% dei consumatori.

Il 77,1% del gruppo dei consumatori dichiara di fare uso di altre droghe contemporaneamente all'assunzione di ecstasy (Fig. C). La poliassunzione si associa in modo statisticamente significativo con il sottogruppo dei consumatori abitudinari ( $z = 3.11, p < .05$ ).

Il 47,2% dei consumatori dichiara la persistenza di sintomi anche fuori dell'effetto dell'ecstasy, contro il 52,8% di asintomatici (Fig. D). Anche in questo caso risulta significativa l'associazione tra la presenza di sintomi e la categoria dei consumatori abitudinari ( $z = 2.48, p < .05$ ).

Si è rilevata un'associazione statisticamente significativa ( $z = 4.34, p < .05$ ) tra la presenza di sintomi e l'uso concomitante di altre sostanze.

Rispetto alla percezione del rischio legato al consumo di ecstasy e all'opinione dei frequentatori su alcuni aspetti legati al mondo delle discoteche, emergono i seguenti dati:

- per quanto riguarda il rischio più grosso a cui si può andare incontro durante l'effetto di ecstasy, il 37,2% indica correttamente il collasso per colpo di calore, mentre il 50,2% il collasso per fatica e il 12,6% nessun

rischio grave. Quest'ultima risposta si associa in modo significativo ( $z = 2.95, p < .05$ ) con il sottogruppo dei consumatori.

- le precauzioni da usare per ridurre i rischi legati all'uso di ecstasy sono individuati correttamente nel bere molte bevande non alcoliche dal 41,3% del campione; il 47% indica il farsi guidare dall'esperienza degli amici e l'11,7% l'usarla al di fuori della discoteca.
- sostanze più consumate nelle discoteche abitualmente frequentate: dalle risposte si evidenzia la classifica riportata in Tabella 2.
- motivi del consumo di ecstasy da parte dei giovani all'interno delle discoteche (Tabella 3). Dall'analisi statistica risulta significativa l'associazione tra la categoria "non Consumatori" e rispettivamente gli item "per esibirsi" ( $z = 2.15, p < .05$ ), "per noia" ( $z = 1.68, p < .05$ ) e "per sballarsi" ( $z = 1.80, p < .05$ ); risulta inoltre statisticamente significativa tra l'associazione tra la categoria "consumatori" e l'item "per non sentire la fatica" ( $z = 2.77, p < .05$ ).
- fattori importanti per aumentare il livello di sicurezza delle discoteche (Tabella 4). Dall'analisi statistica risultano significative le associazioni tra la categoria "non consumatori" e gli item "aumento del controllo sul pubblico all'interno" ( $z = 2.08, p < .05$ ), "aumento della presenza di forze dell'ordine" ( $z = 1.84, p < .05$ ) e "selezione del pubblico all'ingresso" ( $z = 2.62, p < .05$ ); risulta inoltre significativa l'associazione tra la categoria "consumatori" e l'item "cambiamento degli orari di apertura" ( $z = 1.86, p < .05$ ).

#### b) Questionario per gli operatori

Rispetto ai dati anagrafici il campione (N=43) presenta le caratteristiche riportate in Tabella 5.

L'età media degli operatori intervistati è di 26,9 anni. In prevalenza sono maschi (92,3%), celibi (76,2%), con scolarità medio-alta (il 48,8% ha la maturità e il 17,9% frequenta ancora le superiori o l'università). Il questionario è stato somministrato ad operatori che all'interno della discoteca ricoprono ruoli diversificati: "public relation", gestori/proprietari, addetti alla sicurezza, d.j., art director, responsabili del personale, "selector", guardarobiere, cubiste. Oltre al lavoro svolto all'interno della discoteca, la maggior parte del campione (70%) dichiara di svolgere altre attività lavorative.

Riguardo agli aspetti ritenuti più importanti per svolgere un buon lavoro all'interno della discoteca, il campione degli operatori presenta la distribuzione riportata in Tabella 6. La bassa propensione per la formazione professionale sembra essere confermata dal fatto che solo il 25% del campione dichiara di aver frequentato un corso specifico per svolgere l'attività nell'ambito delle discoteche.

Per quanto riguarda le opinioni degli operatori su alcuni aspetti del mondo della discoteca emergono i seguenti dati:

- sostanze più consumate nelle discoteche dove abitualmente lavori: dalle risposte si evidenzia la classifica riportata in Tabella 7.

- motivi del consumo di ecstasy da parte dei giovani all'interno delle discoteche (Tabella 8). Dal confronto tra il campione dei frequentatori e quello degli operatori, l'analisi statistica mostra una associazione significativa tra la categoria "operatori" e l'item "per moda" ( $z = 3.002, p < .05$ ).
- fattori importanti per aumentare il livello di sicurezza delle discoteche (Tabella 9).

Dal confronto tra il campione degli operatori e quello dei frequentatori emerge un'associazione statisticamente significativa tra il gruppo degli operatori e la scelta dell'item "selezionare il pubblico all'ingresso" ( $z = 4.35, p < .05$ ).

### Conclusioni

Dai risultati della nostra indagine emergono delle indicazioni interessanti per quanto riguarda il fenomeno del consumo di ecstasy all'interno del mondo delle discoteche di tendenza. Dall'analisi delle caratteristiche socio-demografiche del campione dei frequentatori si evidenzia un'età media di circa 20 anni, un buon inserimento socio-lavorativo e un livello di istruzione medio-alto. Il sottogruppo dei consumatori, pari al 40% del campione intervistato, è rappresentato in modo significativo da soggetti maschi di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Gli studenti si collocano prevalentemente tra i non consumatori, mentre coloro che non hanno nessuna occupazione tra i consumatori.

L'ecstasy viene acquistata prevalentemente dagli amici, cosa che, da quanto emerge dai racconti dei frequentatori, permette di abbattere il costo delle singole pasticche che in media è di £ 45.000. Il consumo di Mdma avviene prevalentemente in discoteca e in una serata in media vengono assunte da 1,5 a 3 compresse.

Tra le sostanze più usate in concomitanza dell'ecstasy emergono in modo particolare cannabinoidi e alcol. Questo dato trova conferma nelle classifiche che i frequentatori e gli operatori fanno delle sostanze più consumate all'interno delle discoteche e in cui ecstasy, alcol e cannabinoidi risultano ai primi tre posti. Nel gruppo dei poliassuntori si rileva un'associazione significativa con la presenza di sintomi persistenti anche al di fuori degli effetti dell'Mdma. In generale tra i sintomi si riscontrano più frequentemente difficoltà di memoria, diminuzione di peso, comportamenti stravaganti, flashback, che sembrano rimandare all'effetto anfetaminico-allucinogeno dell'ecstasy anche se non è possibile individuare in che misura l'assunzione concomitante di altre sostanze incida su tale sintomatologia.

In particolare all'interno del campione dei consumatori si evidenzia un 51,2% di "abitudinari", caratterizzati dall'uso prolungato e ad alta frequenza di ecstasy, dalla poliassunzione di sostanze e dalla presenza di sintomatologia correlata.

Rispetto alle opinioni espresse sul mondo delle discoteche emergono delle differenze interessanti sia all'interno del campione dei frequentatori, sia tra questi e il

campione degli operatori. Nella scelta dei motivi che spingono i giovani al consumo di ecstasy, tra i frequentatori sembrano emergere due tendenze generali: da un lato l'idea che attraverso l'assunzione della sostanza sia possibile sperimentare nuove sensazioni attraverso la "fusione" con il ritmo e con l'ambiente; dall'altro che attraverso l'uso di ecstasy si possa "superare dei limiti": in questo caso le risposte che si associano significativamente ai non consumatori rimandano all'idea che il limite (dovuto talvolta ad una situazione esistenziale di "noia") venga superato attraverso la ricerca dell'eccesso (sballo, esibizionismo); per i consumatori, invece, il limite sembra essere quello fisico della stanchezza e della fatica, che viene oltrepassato attraverso gli effetti eccitanti della sostanza.

Anche nelle scelte effettuate dal campione degli operatori si ripropone l'idea del consumo di ecstasy legato alla ricerca sia dello "sballo" che della "fusione" con l'evento; tuttavia, rispetto al campione dei frequentatori, il consumo di ecstasy per gli operatori risulta significativamente legato a tendenze dettate dalla moda, scelta che sembra sottolineare l'attenzione degli "addetti ai lavori" agli aspetti più commerciali e consumistici del mondo della discoteca e ribadire l'importanza attribuita alle conoscenze sulle tendenze del mercato per lo svolgimento del proprio lavoro.

Circa i fattori da tenere in considerazione per aumentare il livello di sicurezza nelle discoteche, sia nel campione dei frequentatori che in quello degli operatori sembrano emergere due linee di tendenza, una relativa all'incremento dell'offerta di servizi specifici per ridurre i rischi derivanti dall'abuso di sostanze (acqua gratuita e limitazione della vendita di alcolici, diffusione di conoscenze e di informazioni, formazione/sensibilizzazione del personale), un'altra all'adozione di misure di controllo (presenza di forze dell'ordine, controllo da parte di personale interno delle discoteche) e selezione sul pubblico. In particolare questi ultimi aspetti vengono indicati in maniera significativa dal gruppo dei non consumatori che sembra esprimere, così, l'esigenza di una maggior tutela e protezione all'interno dei luoghi di divertimento.

Gli operatori, rispetto al gruppo dei frequentatori, scelgono in modo significativo la selezione del pubblico all'ingresso. La tendenza all'incremento delle misure di controllo sembra, in questo caso, orientata prevalentemente a "tenere fuori il problema" piuttosto che risolverlo o contenerlo all'interno della discoteca.

Pur consapevoli che questa prima parte di elaborazione della ricerca non esaurisca la complessità e la ricchezza del lavoro svolto, abbiamo voluto offrire, a quanti operano nell'ambito della prevenzione, la possibilità di un reale confronto sulle dimensioni del fenomeno "nuove droghe", in relazione ai contesti di aggregazione giovanile, alla luce di dati concreti che permettano di andare oltre generici allarmismi e facili stereotipi e forniscano, invece, un supporto per la ricerca di modalità di intervento adeguate.

**Note**

- (1) La musica Techno deriva dalla House Music, nata a Chicago nel 1986 nel club (il Warehouse) da cui prende il nome. La House conserva l'impronta di spiritualità del Soul e gli interventi vocali sottolineano quel senso di fraternità che costituisce il collante della comunità House stessa. House significa anche musica fatta in casa, composta con l'ausilio di strumenti tecnologici, quali il computer e il campionatore, che mediante un sistema digitale consentono di registrare, elaborare, mixare qualsiasi suono (dalle note musicali ai rumori urbani).  
La musica Techno accentua le parti sonore prodotte dai computer miscelandole con i ritmi e le influenze della House, ma la voce scompare e aumenta la velocità delle battute (da 130 al minuto fino a 180-200 nella Hardcore-Techno).
- (2) Équipe composta da: il responsabile e 2 ricercatrici dell'Ufficio Tossicodipendenze e Aids del Comune di Firenze, un coordinatore e 3 operatori di strada (A. Lugli, G. Bucca, M. Masini) della Cooperativa C.A.T.
- (3) Per la consulenza statistica si ringrazia la Dott.ssa N. Minicucci, ricercatrice presso l'Università degli studi di Padova.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione dei frequentatori

		%
SESSO	Maschio	70,7
	Femmina	29,3
STATO CIVILE	celibe/nubile	97,9
	Coniugato	1,7
	Separato	0,4
TITOLO DI STUDIO	licenza elementare	1,7
	licenza media inf.	48,7
	Professionale	17,9
	maturità'	30
STUDI IN CORSO	Laurea	1,7
	Nessuno	47,8
	scuola media	1,7
	Professionale	9,4
	Superiori	26,2
LAVORO	università'	14,9
	occupato stabilmente	35,3
	Saltuario	11,8
	in cerca di 1 <sup>a</sup> occup.	3,4
	Disoccupato	5,9
	Studente	43,6

Tabella 2. "Quali sono le sostanze più consumate nelle discoteche che frequentate abitualmente?"

ECSTASY		1°
ALCOL		2°
CANNABINOIDI		3°
AMFETAMINE		4°
LSD		5°
COCAINA		6°
SPECIAL K		7°
PSICOFARMACI		8°
EROINA		9°

**Bibliografia**

- 1) Bagozzi F.: "Generazione in ecstasy", Ed. Gruppo Abele, Torino 1996
- 2) Bertolotti S., Borselli D., Giaccherini S., Mingione E., Santi M. (a cura di): Progetto "Vivere". Un viaggio tra percorsi metropolitani., 2° numero speciale Bollettino S.I.R.T., Comune di Firenze, settembre 1997.
- 3) De Luca M. N.: "Le tribù dell'ecstasy", Theoria, Napoli-Roma 1996.
- 4) Lapassade G., relazione presentata alla Conferenza Internazionale "Ecstasy e sostanze psichedeliche", Bologna 18-19 novembre 1996.
- 5) Santi M., Borselli D., Bertolotti S., Giaccherini S., Mingione E., Schifano F.: "Giovani ed ecstasy: quale percezione del rischio?", in Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, XX (2), 1997.
- 6) Schifano F., Berto D., Bricolo R.: "Proposta di un'intervista semistrutturata per la rilevazione dell'uso di entactogeni", in Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, XX (2), 1997.

Tabella 3. "Perché i giovani consumano ecstasy all'interno delle discoteche?"

	%
PER SBALLARSI	53,9
PER SPERIMENTARE NUOVE SENSAZIONI	36,4
PER FONDERSI CON IL RITMO	27,6
PER NON SENTIRE LA FATICA	22,1
PER PROVARE PIACERE	19,4
PER SOCIALIZZARE MEGLIO	18,5
PER ESIBIRSI	18,2
PER MODA	17
PER NON SENTIRSI SOLI	10
PER FARE SESSO	7,3
PER NOIA	7
PER IMBROCCARE	5,8
PER RILASSARSI	5,5

Tabella 4. "Quali sono i fattori che ritieni più importanti per aumentare il livello di sicurezza delle discoteche?"

	%
OFFRIRE SERVIZI SPECIFICI PER RIDURRE IL DANNO DA ABUSO DI SOSTANZE (es. acqua disponibile e gratuita)	37,8
AUMENTARE LA PRESENZA DELLE FORZE DELL'ORDINE	32,3
AUMENTARE IL CONTROLLO SUL PUBBLICO ALL'INTERNO	32
PROMUOVERE NEL PUBBLICO LA CONOSCENZA PER UN USO SICURO DELLE SOSTANZE	31,1
SELEZIONARE IL PUBBLICO ALL'INGRESSO	26,7
FORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE DI SICUREZZA SULL'ABUSO DI SOSTANZA	25,6
LIMITAZIONE DELLA VENDITA INTERNA DI BEVANDE ALCOLICHE	24,4
CAMBIAMENTO DEGLI ORARI DI APERTURA (es. after tea)	9,9
RIDUZIONE DELL'ORARIO DI APERTURA	4,1

Tabella 5. Caratteristiche socio-demografiche del campione degli operatori.

		%
SESSO	maschio	92,3
	femmina	7,7
STATO CIVILE	celibe/nubile	76,2
	coniugato	14,3
	separato	9,5
TITOLO DI STUDIO	licenza elementare	2,3
	licenza media inf.	30,3
	professionale	16,3
	maturità	48,8
	laurea	2,3
STUDI IN CORSO	nessuno	82,1
	scuola media	-
	professionale	-
	superiori	5,1
	università	12,8
ALTRA OCCUPAZIONE OLTRE A QUELLA IN DISCOTECA	libero professionista	24
	artigiano	19
	dipendente	31
	nessuna	26

Tabella 6. "Quali sono gli aspetti più importanti per svolgere un buon lavoro all'interno della discoteca?"

	%
COLLABORAZIONE D'EQUIPE	57,5
CONOSCENZA DELLE TENDENZE DI MERCATO	55
CREATIVITA' PERSONALE	47,5
CONOSCENZA CULTURA GIOVANILE	32,5
ESPERIENZA NEL CAMPO	32,5
CAPACITA' IMPRENDITORIALE	20
RISPETTO DELLA GERARCHIA	7,5
FORMAZIONE PROFESSIONALE	2,5

Tabella 7. "Quali sono le sostanze più consumate nelle discoteche in cui lavori?"

ALCOL	1°
ECSTASY	2°
CANNABINOIDI	3°
AMFETAMINE	4°
LSD	5°
COCAINA	6°
PSICOFARMACI	7°
EROINA	8°

Figura A. "Hai mai usato ecstasy?"

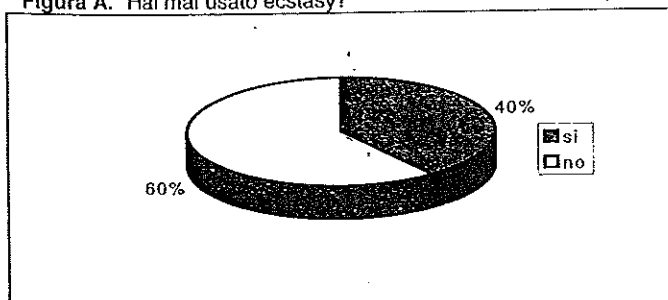


Tabella 8. "Perché i giovani consumano ecstasy all'interno delle discoteche?"

	%
PER SBALLARSI	52,5
PER SPERIMENTARE NUOVE SENSAZIONI	50
PER MODA	37,5
PER FONDERSI CON IL RITMO	35
PER SOCIALIZZARE MEGLIO	25
PER NON SENTIRE LA FATICA	22,5
PER PROVARE PIACERE	17,5
PER ESIBIRSI	12,5
PER NOIA	10
PER NON SENTIRSI SOLI	7,5
PER RILASSARSI	5
PER FARE SESSO	5
PER IMBROCCARE	2,5

Tabella 9. "Quali sono i fattori che ritieni più importanti per aumentare il livello di sicurezza delle discoteche?"

	%
SELEZIONARE IL PUBBLICO ALL'INGRESSO	62,5
AUMENTARE IL CONTROLLO SUL PUBBLICO ALL'INTERNO	37,5
AUMENTARE LA PRESENZA DELLE FORZE DELL'ORDINE	30
FORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE DI SICUREZZA SULL'ABUSO DI SOSTANZA	30
PROMUOVERE NEL PUBBLICO LA CONOSCENZA PER UN USO SICURO DELLE SOSTANZE	27,5
OFFRIRE SERVIZI SPECIFICI PER RIDURRE IL DANNO DA ABUSO DI SOSTANZE (es. acqua disponibile e gratuita)	25,6
LIMITAZIONE DELLA VENDITA INTERNA DI BEVANDE ALCOLICHE	25
CAMBIAMENTO DEGLI ORARI DI APERTURA (es. after tea)	5
RIDUZIONE DELL'ORARIO DI APERTURA	2,5

Figura B. "Distribuzione uso/sexso"

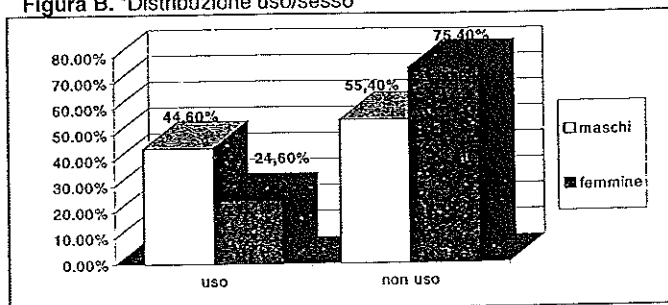


Figura C. "Nella stessa serata assumi altre cose insieme all'ecstasy?"

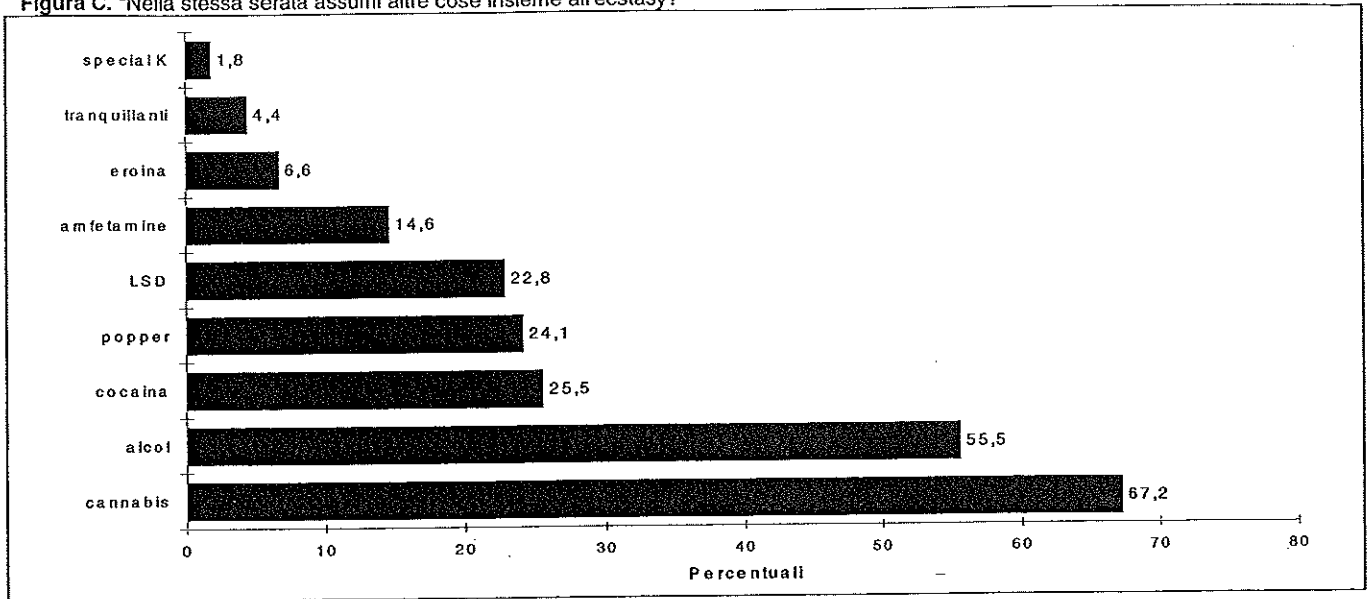
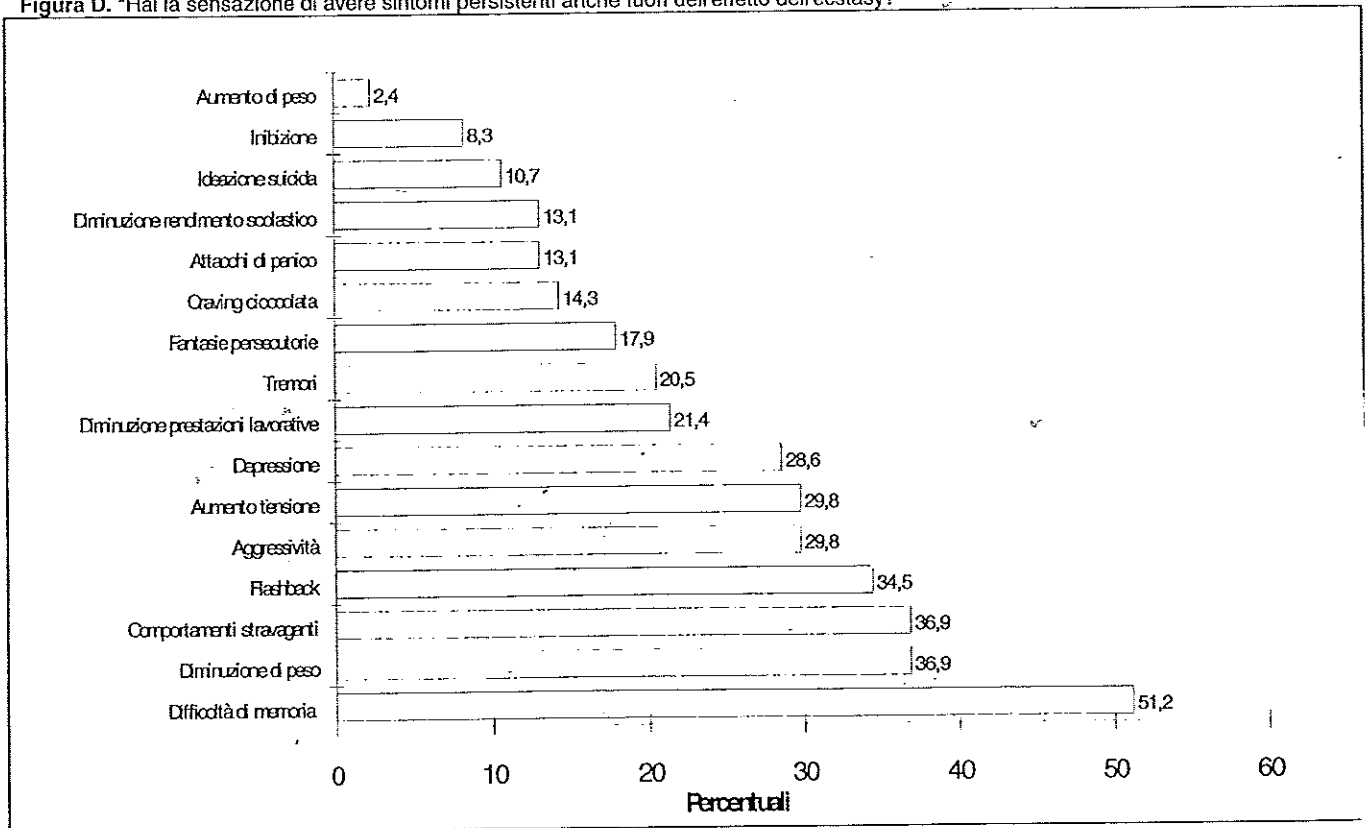


Figura D. "Hai la sensazione di avere sintomi persistenti anche fuori dell'effetto dell'ecstasy?"



AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE  
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE  
GRUPPO OPERATIVO ALCOLDIPENDENZA

# ALCOL E CARCERE

ESPERIENZE DI ALCOLOGIA PENITENZIARIA  
IN TOSCANA

a cura di  
MASSIMO CECCHI

FONDO NAZIONALE LOTTA ALLA DROGA  
REGIONE TOSCANA

## PRESENTAZIONE

Firenze, 25 Febbraio 2000

Dal 1996 esiste una collaborazione continuativa tra il Gruppo Operativo Alcoldipendenza (GOA) del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Sanitaria di Firenze e la Direzione dell'Istituto Mario Gozzini di Firenze, Solliccianino, che ha visto gli operatori della nostra alcologia e quelli penitenziari della struttura fiorentina, dare vita ad interventi tecnici, coordinati e integrati di prevenzione, sensibilizzazione sulle Problematiche Alcol Correlate e ad un progetto specifico di intervento sulle PPAC rivolto ai detenuti ristretti nell'Istituto.

L'intento è stato quello di portare avanti delle attività di prevenzione e di sensibilizzazione rivolte a tutti i detenuti in generale, in modo continuativo, che non si limitassero al periodo di svolgimento dei Corsi facenti parte del progetto, ma continuasse organicamente durante l'anno, attraverso gruppi di auto aiuto e altri momenti formativi.

Infatti, un altro intento di questa esperienza è stato quello di non separare le PPAC dalle altre dipendenze da sostanze e dalle esperienze che i detenuti avevano su di esse.

Per questo è stato introdotto un Corso che fornisse elementi di riflessione e di confronto su tutte le diverse sostanze psicoattive.

Questa pubblicazione, curata e voluta da Massimo Cecchi, un nostro operatore da anni impegnato sia sul fronte dei problemi alcologici che su quelli riferiti al carcere, giunge alla fine del progetto e ha lo scopo di presentare l'esperienza fiorentina, una tra le poche esistenti nel nostro paese, a quanti tra gli operatori si avvicinano alle problematiche alcol correlate, in un contesto particolare come è il carcere.

Ha anche il compito di fornire elementi teorici e tecnico-pratici su aspetti dell'alcologia di base utili per il lavoro degli operatori delle dipendenze e penitenziari.

Azienda Sanitaria di Firenze  
Dipartimento delle Dipendenze  
*il Direttore Dr. Mario Santi*



Lega Italiana Lotta all'Aids

## ATTI

# DEL CONVEGNO NAZIONALE



***HIV: un'epidemia senza confini.***

***Globalizzazione: una risposta sociale***

***Firenze***

***8-9 Febbraio 2002***

***Mario Santi***  
Coordinatore Dipartimento Tecnico Dipendenze-  
Azienda Sanitaria di Firenze

Credo che sia importante, in modo estremamente sintetico, cercare di ripercorrere la storia della questione del rapporto tra tossicodipendenza da eroina e AIDS e tra le attuali nuove droghe e AIDS.

Schematizzando molto è possibile affermare che, riguardo al problema dell'HIV, nel periodo dagli '70 agli anni '90 la tendenza principale è stata quella di identificare le categorie a rischio, la tendenza attuale risulta invece quella di identificare i comportamenti a rischio, ed in seguito capiremo perché.

L'Italia, intorno agli anni '70, è stato uno dei pochi Paesi ad essere invaso massicciamente dal problema dell'eroina, a differenza del nord Europa e della Germania dove il problema ancora non esisteva, e dell'Inghilterra, dove la sostanza prevalentemente consumata all'epoca era l'amfetamina.

Questo fenomeno italiano è potuto avvenire perché le maglie di ingresso erano particolarmente larghe.

Come tutti sappiamo l'eroina in quel periodo veniva assunta esclusivamente per via iniettiva, con scarsa attenzione alle norme igieniche, disattenzione che nel tempo ha comportato una diffusione del virus dell'HIV.

Il problema fu affrontato lavorando sulle categorie a rischio (tossicodipendenti ed omosessuali), che con il tempo hanno pagato un debito molto alto, forse infinito. Non possiamo infatti dimenticare che i Servizi Territoriali in quegli anni hanno compiuto danni umani veramente drammatici, contribuendo al senso di marginalità sociale di questi

soggetti. I malati di AIDS, necessitando di aiuti adeguati, si trovavano costretti a dichiarare il loro stato di malattia in contesti forse non ancora preparati ad accoglierli senza stigmatizzarli.

Occorre ricordare che per lungo tempo per l'HIV, come per la tossicodipendenza, c'è stato un forte dibattito sull'opportunità di fare prevenzione o di fare cura.

Dal '75 in poi, dopo la prima legge sulla droga, si è verificata una perdita di tempo enorme a causa del dibattito tra chi sosteneva di proseguire con la prevenzione e chi sosteneva che andava messo in moto il meccanismo dell'Assistenza Sanitaria; tale concetto che attualmente sembra una banalità non lo era assolutamente in quegli anni.

Credo che le spiegazioni a questo fenomeno siano tante, ma la principale è che nei settori della tossicodipendenza e dell'AIDS, che sono in realtà vasi comunicanti, vi è stato un investimento ideologico errato, che non contemplava i veri bisogni di queste persone.

Va anche considerato il fatto che parlare di prevenzione in quegli anni era piuttosto facile, forse per lo scarso impegno che richiedeva, altra cosa era invece il "curare", che significava ammettere l'esistenza del fenomeno. Questa non ammissione ha dunque comportato notevoli ritardi nella progettazione e costruzione di servizi adeguati.

Altra analogia tra i settori delle tossicodipendenze e dell'AIDS era la diffusa convinzione che più terroristica era l'informazione e migliore risultava l'attività la prevenzione.

Come tutti sappiamo questo è un concetto profondamente errato, infatti, quando si faceva prevenzione con persone che portavano la loro ideologia e non competenze effettive, i giovani a cui ci rivolgevano "chiudevano l'audio".

Ricordo a proposito dell'AIDS come in quegli anni la stampa fornisse una rappresentazione del fenomeno in termini di combattere il malato e non la malattia; inoltre, in quel periodo, da più parti emergevano raccapriccianti proposte di isolamento dei soggetti sieropositivi.

Anche il problema dei mass media, sollevato nel corso di questo Convegno, è da parte mia pienamente condiviso, credo infatti di essere uno dei pochissimi operatori pubblici intervistati anche dalle televisioni nazionali e posso affermare che il tempo che viene accordato per spiegare la situazione è spesso di pochi secondi. Penso che quanto ho riferito sia emblematico dell'attenzione dei mass media posta al problema.

Quando tentavo di spiegare che il fenomeno della dipendenza e delle attuali polidipendenze stava purtroppo entrando a far parte degli stili di vita normali, mi fu risposto che questo argomento non faceva notizia, i mass media cercavano situazioni clamorose, che più efferate apparivano e più facevano notizia.

Credo, con molto rammarico, che da questo punto di vista non sia cambiato niente.

In Italia devo dire che c'è stata una certa apertura in termini di riduzione del danno, in quanto la possibilità di reperire siringhe sterili è stata nel complesso piuttosto buona, ma il tutto è avvenuto non senza sollevare numerose polemiche.

Al proposito vorrei riferire un fatto: venne in Italia un Ministro della Sanità dello Stato di New York, che stava iniziando ad interessarsi del nuovo fenomeno degli operatori di strada. In tale occasione riferì che il percorso di accesso alle siringhe, nel suo Stato, era piuttosto complesso,

prevedendo, tra le altre cose, la ricetta medica; tutto ciò aveva alimentato notevolmente il mercato nero delle siringhe, incrementandone il prezzo al nero.

Risulta evidente come tali ideologie, riguardo ad un problema così complesso, abbiano provocato notevoli ritardi ed una messa in opera di attività completamente scollate dalla realtà del fenomeno.

La situazione attuale dell'AIDS è piuttosto complessa, siamo passati infatti a parlare di comportamenti a rischio anche negli eterosessuali.

Riferendoci ai comportamenti a rischio emerge subito il collegamento con l'Ecstasy e sostanze simili, che non sono direttamente collegate con HIV/AIDS, ma che con il loro effetto disinibente riducono, o addirittura annullano, i meccanismi di protezione.

Sempre in riferimento all'Ecstasy, quando iniziò ad apparire sul panorama italiano negli anni '88/'90 venne considerato, secondo le stesse tappe molto banali ma drammaticamente reali, come un problema non rilevante; in altri termini era totalmente assente la percezione che tali consumi sarebbero potuti divenire pericolosi.

Questo aspetto si è poi rilevato essere alla base di quelli che potevano essere i comportamenti a rischio, con particolare riferimento al contagio da HIV.

In questi nuovi stili di consumo rientrano poi le vecchie sostanze, assunte però con modalità nuove, proprio per il cambiamento degli stili di vita: il buco ed il laccio sono infatti meccanismi che dal punto di vista edonistico e narcisistico trovano sempre meno accoglienza.

Ritengo inoltre che debba essere posta maggiore attenzione la problema sottovalutato della cocaina, che

stranamente ancora gode di quelle protezioni culturali di 30 anni fa, quando si pensava che fosse un problema esclusivo delle classi più agiate.

Oltre alle problematiche sino ad ora esposte abbiamo anche il problema della popolazione extracomunitaria, quella assolutamente non protetta, dove l'Assistenza Sanitaria è evanescente oppure non cercata.

Inoltre, non bisogna dimenticare che oggi nelle carceri troviamo dal 40 al 60 % di persone extracomunitarie e di queste buona parte ha problemi di tossicodipendenza.

Questi non sono piccoli numeri, allora forse, memori del passato, converrebbe prendere atto del fenomeno prima che diventi ingestibile.



**Regione Toscana  
Azienda Sanitaria Firenze  
Dipartimento delle Dipendenze  
Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo**

# **Le dipendenze nel territorio della ASL 10 Firenze:**

## **Bollettino anno 2002 e andamento nel periodo 1996-2002**

**A cura di Stefania Polvani e Francesca Rodolfi**

**Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo  
ASL 10 Firenze**

**Aprile 2003**

## 1. Il Dipartimento Dipendenze

*in ricordo di Mario Santi*

Le strategie di azione del Dipartimento delle Dipendenze sono, per legge, orientate alla prevenzione, cura e riabilitazione della dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali (T.U. 309/90 - D.M. 444/90 e Piano Sanitario Regionale).

Negli ultimi anni si è evidenziato nella popolazione giovanile il consumo delle cosiddette "nuove droghe", in particolare di ecstasy, e quello di bevande alcoliche; queste problematiche hanno stimolato l'attivazione di risorse verso la prevenzione primaria e secondaria e la promozione di stili di vita sani e l'accoglienza presso i Servizi di nuove aree di popolazione, accanto a quelle più "tradizionali" di consumatori di eroina, cocaina e politossicodipendenti (per un flusso annuo - costante negli ultimi anni - di circa 3200 soggetti, incluso il Ser.T di Sollicciano).

In risposta al fenomeno delle "nuove droghe", il Dipartimento ha inaugurato già nel 1997, tra i primi in Italia, un centro di ascolto (Caos 41), che attraverso una équipe multiprofessionale svolge attività di ascolto e orientamento per i ragazzi di età compresa tra i 16 e 25 anni. Parallelamente sono andate aumentando le attività di prevenzione nelle scuole particolarmente incentrate sui temi del disagio e dei consumi di sostanze illegali e di bevande alcoliche. Accanto a queste sono nate attività di prevenzione nei diversi contesti di vita che, tradizionalmente non vengono privilegiati (lavoro, sport, tempo libero), anche in collaborazione con altri settori della ASL 10. Si sono inoltre consolidati negli anni i progetti di prevenzione/intervento sul territorio realizzati mediante operatori di strada.

Il Dipartimento si fa carico dal punto di vista delle dipendenze, della gestione delle strutture di Sollicciano 1 e della Casa Circondariale "Mario Gozzini", dove promuove, oltre alle normali attività di assistenza, dei corsi di formazione/informazione destinati ai detenuti e al personale penitenziario e la rilevazione socio/epidemiologica delle informazioni relative all'utenza. E', inoltre, previsto un intervento specifico nel carcere minorile.

Negli ultimi anni si sono consolidate le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze legali. Oltre ad implementare specifici ambulatori per tabagisti sono state potenziate le attività rivolte a etilisti e bevitori a rischio condotte presso i servizi del Dipartimento che contempla l'alcoldipendenza e le problematiche e patologie alcolcorrelate quale area di competenza e assicura l'erogazione del complesso delle prestazioni assistenziali denominate "alcolismo" (promozione della salute, trattamento, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, rilevazione dati ed osservatorio epidemiologico, ricerca, formazione e aggiornamento professionale). Nel 2002 si è configurata la nuova organizzazione dell'attività alcolologica del dipartimento, istituendo all'interno delle 6 UFM, i Servizi alcolologici territoriali (SAT) situati presso i servizi per le tossicodipendenze e coordinati dal dipartimento tecnico delle dipendenze con il compito di erogare l'assistenza primaria in termini di prevenzione, cura e riabilitazione all'utenza con patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC).

Da anni i Sert del Dipartimento sono in stretto contatto con il servizio 118 con l'intento di conoscere l'entità degli interventi per overdose e intossicazione da sostanze psicoattive, e con l'Università degli Studi per il monitoraggio dei decessi per overdose.

Il Dipartimento si avvale di due strutture organizzative: l'Osservatorio socio/epidemiologico per le tossicodipendenze e l'alcolismo, che garantisce i flussi informativi istituzionali, promuove indagini ad hoc e cura la pubblicazione annuale di questo bollettino (dal 1996), e il Centro di documentazione sulle tossicodipendenze e l'A.I.D.S., in rete con il territorio nazionale, che raccoglie la produzione scientifica, materiali ed informazioni sul complesso delle problematiche in questione.

## 2. Il Bollettino dell'Osservatorio

Il Bollettino annuale dell'Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL 10 di Firenze pubblica la sintesi elaborata delle informazioni raccolte durante l'anno come "debito informativo istituzionale" dal Dipartimento e dai Servizi che lo compongono verso l'Azienda, la Regione e il Ministero della Salute, anche come risposta istituzionale alla normativa nazionale e regionale. Per la raccolta dei dati è stato attivato il progetto regionale "Gestione SERT", Sistema Informativo specifico per i Servizi toscani, che a seguito di una prima fase di sperimentazione ha previsto dal 2003 una fase di perfezionamento.

Dal 1999 le attività dell'Osservatorio sono valorizzate da uno specifico progetto finanziato sulla quota Regionale del Fondo Nazionale Lotta alla Droga.

Questa settima edizione, collegata ai precedenti Bollettini annuali e alla pubblicazione "Le dipendenze nel territorio della ASL 10: analisi di un quinquennio" (2000), illustra la sintesi dei dati annuali 2002 e presenta i dati descrittivi dell'andamento delle dipendenze negli ultimi 7 anni.

Dai dati raccolti si può mettere in evidenza che:

- l'utenza Sert nel periodo in esame risulta piuttosto stabile, con una tendenza in diminuzione;
- si registra una consistente attività riferibile alla presenza di soggetti appoggiati (residenti in altre Asl);
- l'utenza dei SAT (Servizi Alcolologici Territoriali) risulta in aumento fino al 2001, con una lieve diminuzione nell'ultimo anno;
- gli utenti Sert, anche nel 2002, si distribuiscono prevalentemente nella fasce di età tra 30-34 anni e 35-39 anni;
- si conferma la centralità dell'eroina come sostanza di abuso primario, anche se in diminuzione, mentre si registra un aumento del numero di utenti in carico con uso primario di thc e cocaina;
- prevale come sempre il trattamento a metadone, soprattutto di lungo periodo; si registra inoltre un aumento dei trattamenti con buprenorfina;
- si registra un'ulteriore diminuzione del numero di utenti inviati in Comunità terapeutiche gestite da EE.AA.;
- l'utilizzo delle quattro strutture a gestione diretta risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2001;
- la prevalenza di soggetti HBV positivi e di HCV positivi risulta in aumento, ancora in lieve diminuzione la prevalenza di soggetti HIV positivi. Il numero dei test diagnostici eseguiti risulta ancora inferiore alla metà del numero di utenti in carico;
- si registra una forte diminuzione dei decessi per overdose (dato provinciale); in aumento i casi di decesso dovuti ad assunzione congiunta di sostanze illegali ed alcol.

Tossicodipendenza: Servizi Pubblici  
ed esperienza con la morfina.



• indice  
mese

### Un'esperienza rimossa

Parlano i protagonisti di Napoli e Firenze

Grazia Zuffa

- International version ○
- Diario di bordo ○
- Forum Droghe ○
- Motore di Ricerca ○
- Presentazione ○
- Redazione ○
- ARCHIVIO** ○
- Arretrati ○
- Speciali ○
- Quaderni ○
- RUBRICHE** ○
- Agenda ○
- Lettere ○
- Mappamondo ○
- International Drug Tribune ○
- Drugstories ○
- MATERIALI** ○
- Documenti ○
- Libri e recensioni ○
- Multimedia ○
- Schede ○
- FAQ ○
- Link ○
- TEMI** ○
- Assistenza giuridica ○
- Carcere ○
- SVAGO** ○
- Cannaquiz ○
- Fuori di testa ○
- Cow Jones ○
- Sondaggi ○
- Vetrina ○
- @ ○

La sperimentazione della morfina come sostanza sostitutiva nasce spontaneamente, si può dire, verso la fine degli anni '70, insieme coi primi servizi per le tossicodipendenze che prendono avvio con la legge 685 del '76. In seguito i cosiddetti decreti Aniasi (dal nome dell'allora ministro della sanità) offrono, nel 1980, una cornice normativa per questi primi trattamenti pionieristici: ai servizi è riconosciuta una maggiore libertà sia nella scelta dei farmaci (la morfina oltre il metadone), sia nelle modalità di consegna ai consumatori. Ricostruire con esattezza la "mappa della morfina" di quegli anni è un obiettivo troppo ambizioso, a distanza di tanto tempo. Fuoriluogo ha perciò scelto di ripercorrere quella fase storica, rifacendosi a due esperienze significative, quella di Napoli e di Firenze, attraverso le testimonianze di alcuni operatori che al tempo ne furono protagonisti. Clara Baldassarre è stata per lungo tempo responsabile di un Sert, e attualmente è dirigente nel dipartimento farmacodipendenze dell'Asl Napoli 1. Ricorda che sul finire degli anni '70 si cominciarono a creare i primi servizi: si chiamavano Cmas (centri medici di assistenza sociale), erano presidi territoriali inizialmente appoggiati agli ospedali. E aggiunge: "quando cominciai a lavorare nel servizio, nell'82, la morfina c'era già, anche se la maggior parte dei tossicodipendenti prendeva il metadone. Erano terapie un po' inventate... all'epoca non c'era formazione". Era però una "invenzione" con una precisa logica alle spalle e pianificata con una certa accuratezza. Forse per questo, lo psicologo Tommaso Pagano definisce quel sistema di distribuzione della morfina "pre-olandese": ogni soggetto in trattamento riceveva una scheda con un numero personale, necessaria per recarsi da un medico di base che faceva la prescrizione. La ricetta valeva per la settimana, e con questa il consumatore poteva ritirare in farmacia giornalmente le fiale. Il dosaggio era però individuato dal servizio, dove gli utenti erano comunque tenuti a presentarsi almeno una volta la settimana. "In questo modo - spiega Pagano - noi operatori mantenevamo con la persona una relazione più stabile, che non si esauriva nella sola "contrattazione" del dosaggio di morfina". Il sistema delle schede, con un archivio centralizzato, era funzionale ad evitare le doppie prescrizioni, ma serviva anche a favorire la mobilità della persona, che con questa poteva presentarsi ad un presidio diverso da quello di residenza abituale.

Marina Siconolfi, medico, adesso responsabile di un Sert, cominciava la sua carriera proprio agli inizi degli anni '80. Le preme sottolineare la particolare congiuntura storica in cui si inseriva quella sperimentazione: allora esisteva un nucleo "forte" di medici giovani, che venivano dal movimento del '68 e degli anni '70 e collaboravano con entusiasmo, accollandosi a volte gratuitamente i "pazienti". A volte li conoscevano di persona perché erano stati insieme sui banchi di scuola. Questi medici erano in rapporto continuo col servizio, per discutere i trattamenti, le patologie correlate, i casi difficili. C'era però anche

una minoranza che lo faceva per soldi, perché la ricetta costava sulle diecimila lire. Dice Siconolfi: "Capitava che un solo medico avesse anche trenta tossicodipendenti in carico, con un guadagno di circa trecentomila lire la settimana, una bella somma all'epoca...". Una buona parte del lavoro dei servizi consisteva nel creare i rapporti sul territorio, coi medici, ma anche coi farmacisti. Baldassarre rievoca i tanti incontri coi farmacisti per spiegare il senso della terapia, per coinvolgerli nel controllo delle ricette: molti rispondevano positivamente, controllavano con cura le ricette e telefonavano al presidio per avere conferma in caso di modificazione dei dosaggi.

Eppure la sperimentazione entra in crisi proprio per le smagliature della rete territoriale: le farmacie che accettavano di distribuire le fiale erano poche, in alcune di queste si verificavano dei concentramenti di utenza. Alla farmacia di fronte alla stazione ad esempio si presentavano 300 consumatori ogni mattina, alle 8,30 del mattino c'era già la fila fuori. I farmacisti perciò tendevano ad "anticipare" la morfina, dando tutte in una volta le fiale per più giorni. Si creò in breve tempo un circuito perverso: gli utenti tendevano a "farsi" più spesso e rifornivano anche il mercato "grigio", poi si presentavano in anticipo ai medici per la prescrizione settimanale e reclamavano al servizio l'aumento del dosaggio. Perciò diminuivano ancora di più i medici e le farmacie disponibili, mentre gli operatori entravano in crisi. La morfina fu eliminata dalle terapie nell'84 per decisione del Ministero, anche se sarà dato tempo ai servizi fino alla fine dell'85 per "passare" l'utenza al metadone. Confessa Baldassarre: "Quando a Roma si decise di togliere la morfina, io tirai un sospiro di sollievo. Con gli occhi di oggi il bilancio è diverso. Il primo punto a favore della sperimentazione è l'opera di prevenzione delle malattie correlate che veniva fatta insieme al trattamento.

### **Mai neppure un'overdose**

Allora non si sapeva dell'Aids, ma, per evitare il contagio dell'epatite, le fiale venivano consegnate con le relative siringhe pulite. E distribuivamo anche il Narcan, il farmaco contro l'overdose". "Eravamo troppo legati a una cultura salvifica, la nostra preoccupazione era di passare l'utente al metadone, e poi "scalare" anche quello. Oltretutto avevamo il fiato sul collo delle comunità terapeutiche e dei mass media, che ci accusavano di "indurre" la tossicodipendenza", è il giudizio sintetico di Siconolfi.

Osservo criticamente che l'immagine dell'utente quale rimbaizza dai loro racconti assomiglia da vicino allo stereotipo del "tossico" irresponsabile, che non riesce a controllare il rapporto con la sostanza e per di più la spaccia. I miei interlocutori non sono d'accordo: il fatto che non ci sia mai stata un'overdose è la prova che i "ragazzi" si sapevano autoregolare, eccome. Pagano racconta una storia esemplare: quella di Ettore, bravissimo muratore che lavorava tutti i giorni, e tutti i giorni si prendeva la morfina. La sua dose giornaliera era di sei fiale: se ne faceva bastare quattro, le altre le vendeva. Nella sua condizione di marginalità, la vendita di morfina era un'opportunità, che si inseriva "nell'economia del vicolo". "Un mercato grigio "democratico", contro quello nero gestito dalla camorra", commenta ironico. È un'osservazione che suggerisce una riflessione politica più ampia, a monte delle strategie di contrasto alla droga: un intervento di riduzione del danno, quale quello che stiamo trattando, può aiutare a stabilizzare il consumatore, ma alle condizioni sociali date. Come dire che, se uno straccio di welfare non esiste, la riduzione del danno da sola non se lo può inventare. La sperimentazione di Firenze appare per certi versi più

riflettuta, sin dall'inizio. Mario Santi, che, insieme a Corrado Corradeschi e a pochi altri fiorentini è stato un fondatore dei servizi per le tossicodipendenze, ricorda come momento di svolta un convegno dell'aprile '79 dal titolo: "Eroina, quali servizi?". "Fu lo spunto per una riflessione nuova e anche per scelte operative - spiega Santi -. Noi del Cmas fiorentino contrapponevamo un approccio "sociale" ad uno "patologizzante": fino a quel momento gli eroinomani erano stati trattati solo in ospedale, tutti nell'ottica del "caso psichiatrico". Da lì nasce l'idea di attivare la rete sanitaria di base attraverso il coinvolgimento dei medici generici. Ne furono convinti 400, su un totale di circa 800, un numero considerevole se si pensa alle resistenze che la questione droga ha sempre suscitato nel sistema sociosanitario "normale". Rispetto all'esperienza napoletana, quella fiorentina era più conforme al modello generale della sanità pubblica: il Cmas funzionava come un supporto specialistico, che eseguiva la diagnosi, accertava il dosaggio e rilasciava ai tossicodipendenti un attestato sanitario per ottenere la morfina nelle farmacie. Erano i medici di base a prenderli poi in carico, con la prescrizione settimanale. Era ancora loro compito l'eventuale modifica del dosaggio, anche se concordata in genere con "Borgo Pinti" (come si diceva allora, dal nome della sede storica del Cmas cittadino). "La nostra preoccupazione era di offrire un servizio non stigmatizzante cercando, tramite il decentramento sul territorio, di salvaguardare la "normalità" di vita dell'utente. Usavamo trattamenti con morfina, ma anche con metadone, a seconda dei casi: ma non abbiamo mai pensato che il farmaco fosse risolutivo, eravamo ben lontani dalle concezioni biologiste" precisa ancora Santi.

### **Il cittadino tossicodipendente**

La vera originalità dell'esperienza fiorentina consisteva nel complesso raccordo istituzionale. Fu creato un comitato a livello provinciale, coordinato dalla Prefettura, di cui facevano parte, oltre ai servizi, la magistratura, le forze dell'ordine, il reparto di tossicologia dell'ospedale, l'ordine dei medici, l'ordine dei farmacisti, il provveditorato agli studi. Il comitato aveva il compito di monitorare il fenomeno nella sua complessità, dalla pericolosità delle sostanze sul mercato clandestino, alla funzionalità del sistema di distribuzione del farmaco, alla tenuta sociale dei consumatori, cercando di prevenire il più possibile il "danno" del carcere. Mariella Orsi, sociologa, che ha lavorato nel primo servizio per tossicodipendenti di una zona dell'hinterland fiorentino, ricorda commossa il contributo di Riccardo Bordoni, che era allora medico di quel distretto: "Riccardo applicava la strategia dei "tre meno": meno overdose, meno malattie infettive, meno carcere". Queste erano le priorità, e la morfina era utile nell'ottica di riduzione del danno. Il servizio era mirato a farsi carico di tutti i bisogni delle persone, non solo dell'aspetto tossicodipendenza: il rifiuto degli sterili specialismi favoriva l'ascolto, attento e intelligente, del soggetto. "Il nostro - chiarisce Orsi - era un approccio centrato sui diritti/doveri di cittadinanza. Lavoravamo molto sulla responsabilizzazione delle persone, perché essere tossicodipendenti non significa essere criminali".

Anche a Firenze la sperimentazione ebbe termine nell'85, avendone decretato il fallimento per decreto ministeriale. "Non si sa bene su quali basi scientifiche - commenta Santi - ma nel frattempo erano cambiati il clima culturale e anche le caratteristiche del fenomeno. Dopo il 1980 i consumi si stavano estendendo, non esistevano solo i tossicomani, ma anche i semplici consumatori. E quando la droga comincia ad entrare nella normalità degli stili di vita, diventa un "peccato" che non è ammesso". È un'osservazione che conserva, ahinoi, tutta la sua validità.



• indice mese

Luglio 2001

## Prima del metadone

Grazia Zuffa

- International version ○
- Diario di bordo ○
- Forum Droghe ○
- Mclore di Ricerca ○
- Presentazione ○
- Redazione ○
- ARCHIVIO**
- Arretrati ○
- Speciali ○
- Quaderni ○
- RUBRICHE**
- Agenda ○
- Lettere ○
- Mappamondo ○
- International Drug Tribune ○
- Drugstories ○
- MATERIALI**
- Documenti ○
- Libri e recensioni ○
- Multimedia ○
- Schede ○
- FAQ ○
- Link ○
- TEMI**
- Assistenza giuridica ○
- Carcere ○
- SVAGO**
- Cannaquiz ○
- Fuori di testa ○
- Cow Jones ○
- Sondaggi ○
- Vetrina ○
- @

Quanti oggi ricordano che, in Italia, gli albori delle terapie per le tossicodipendenze sono stati segnati dalla sperimentazione della morfina come "farmaco" sostitutivo dell'eroina? Non molti, temo, neppure fra gli operatori dei servizi. Eppure sono state diverse le città e le regioni interessate, e significativi i numeri dei soggetti in trattamento con morfina: nel solo territorio urbano di Firenze erano circa settecento, a Napoli almeno cinquecento, e millecinquecento nell'intera regione, tanto per dare alcune cifre. L'inchiesta che Fuoriluogo presenta in queste pagine ha dunque una duplice finalità: offrire un contributo di ricostruzione storica, e al tempo stesso illuminare le ragioni dell'oblio che avvolge questa esperienza. La sperimentazione ebbe termine alla metà degli anni '80, quando iniziò l'era della "astinenza a tutti i costi", culminata nella legge repressiva del '90. E tuttavia quel lungo medioevo trattamentale non basta a spiegare l'attuale dimenticanza: seppur con riserve e distinguo, la riduzione del danno è ormai sulla bocca di tutti, e la distribuzione di morfina può a buon diritto considerarsi "l'antecedente storico" italiano della riduzione del danno, molti anni prima che questa espressione fosse coniata. Azzardo un'ipotesi. Quel trattamento si rifaceva ad una lettura "non patologizzante" del fenomeno, difficile da capire e da accettare ancora oggi, almeno nel nostro paese. Dicevano gli operatori del Cmas fiorentino, in un convegno del '79: "Il problema è di mettere il tossicodipendente in situazioni il più possibile "normali" con frequentazioni il più possibile diverse da quelle che è costretto a fare-subire "in quanto" tossicodipendente". Da qui la pratica intelligente di decentrare sul territorio la distribuzione del farmaco, coinvolgendo gli attori dell'assistenza sanitaria di base "normale", appunto; perché, per citare ancora le parole degli operatori di Firenze, "non è possibile che una persona faccia progetti diversi se deve recarsi ogni giorno in un posto per farsi somministrare la dose". Concetti ancora d'avanguardia, se pensiamo che i tossicodipendenti di oggi sono costretti a recarsi quotidianamente al Sert a bere il metadone, magari per anni. È un'organizzazione del servizio afflittiva e stigmatizzante per l'utente, che non a caso risale al 1990; ma che da allora in poi non è mai stata messa seriamente in discussione.

C'è un'altra riflessione che quell'esperienza suggerisce. La morfina aveva una capacità di "attrarre" l'utenza, assai superiore al metadone, com'è ovvio. Consentire a trattare un soggetto con morfina significava per l'operatore non solo accettare il fattore "piacere" legato alla droga (l'aspetto più furiosamente negato della tossicodipendenza); ma anche riconoscere che il consumatore ha, alla pari di tutti, un "sapere su di sé", che la sostanza di per sé non inficia. Come acutamente rilevano oggi gli operatori napoletani che mi hanno aiutato a ricostruire la vicenda, la "sconfitta" della morfina segna l'inizio di un approccio curativo sul tossicodipendente, invece che col tossicodipendente. Si passerà infatti al metadone (obbligatorio per tutti), il farmaco "buono" contro la "droga" morfina. Ma il furore censorio non risparmierà neppure il metadone, che sarà usato sempre più con modalità "punitiva" e dosaggi restrittivi: fino alla diserzione dei

"pazienti" dai servizi, la prova provata della saggezza del "malato" contro l'insania del "terapeuta". Questo dilemma, fra la cura della persona (fra l'altro anche tossicodipendente) e la cura del "disturbo-tossicodipendenza", magari contro la persona, sopravvive ancora oggi. Ripensare a quella storia lontana ci aiuta a risolverlo con maggiore consapevolezza.

[ [forum](#) ] [ [registrati](#) ] [ [newsletter](#) ]