

Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi nei LEA. Verso un processo di innovazione nelle politiche italiane dei servizi

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

In Europa sin dalla metà degli anni '80 diverse organizzazioni della società civile, delle persone che usano sostanze, delle realtà del mondo dei servizi nella loro varia espressione e delle amministrazioni competenti, hanno adottato la RdD/LdR **come prospettiva specifica ed integrata al sistema di intervento, per giungere ad una visione più generale e trasversale** in grado di comprendere i diversi aspetti di questo mondo in mutamento e di rispondere in modo differenziato alle diverse espressioni del fenomeno.

La RdD/LdR è esplicitamente compresa da quasi 20 anni sia nella Strategia europea sulle droghe che nel Piano d'azione comunitario¹, che invitano gli Stati membri ad adottarla e promuoverla.

EMCDDA, (European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction) e HRI (Harm Reduction International) definiscono la RdD/LdR come **"Un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani"**.

EMCDDA individua sin dai primi anni 2000 nella RdD il **IV Pilastro delle politiche sulle droghe** e su questa base sostiene che **"In Europa in generale aumentare una più vasta copertura dei servizi di RDD è una priorità"**².

Uno studio recentemente condotto in Svizzera dall'Università di Zurigo³ ha dimostrato come il pacchetto di misure di RdD abbia avuto un ruolo cruciale nel fermare la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di sostanze e anche tra la popolazione generale.

Il Contesto italiano

Il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017, che ha inserito la RDD/LDR tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali, rappresenta una occasione importante per realizzare questo obiettivo in Italia, superando gli approcci di opposizione puramente ideologici e preconcetti diffusi in questi anni.

¹ <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1326/strategia-2013-2020.pdf>;
[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52017XG0705\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52017XG0705(01))

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

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

LEA

LA RIDUZIONE DEL DANNO È UN DIRITTO

Il Decreto ha di fatto recepito l'esigenza posta dalle istituzioni e organizzazioni europee e dalle realtà istituzionali e della società civile italiane sulla base degli importanti risultati raggiunti dalle diverse esperienze diffuse nel nostro paese ormai da più di 20 anni, aprendo uno spazio importante per la prospettiva di sviluppo più generale delle politiche e delle funzioni del sistema pubblico in Italia.

Il decreto riconosce la RdD/LdR come diritto delle persone che usano sostanze a ricevere prestazioni di servizi adeguate alle loro reali esigenze sociosanitarie e non centrate esclusivamente su schemi preordinati rigidi (prioritariamente patologici o di stampo morale).

E le opportunità che si aprono sono rilevanti sul piano dei **modelli organizzativi dei Servizi pubblici e del Terzo settore**, dell'integrazione sociosanitaria e degli stili di lavoro e di azione, spostando l'asse sul riconoscimento dei diritti di salute del mondo dei consumatori e quindi sulla valorizzazione delle attività di incontro precoce, di fornitura di materiali adeguati, sulla reciprocità dello scambio, sul legame debole nella costruzione di relazioni forti, sull'accompagnamento, di **promozione e valorizzazione del supporto tra pari, verso il superamento degli stigmi e nel riconoscimento primario delle risorse, responsabilità e competenze delle persone che usano sostanze in sinergia con il sistema di intervento.**

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

Come organizzazioni della società civile e del sistema di intervento riteniamo sia urgente **superare questa inerzia e queste inadempienze**, tanto più gravi quanto più riguardano **il diritto di accesso a prestazioni** divenute, grazie ai LEA, dovute, e comunque fondamentali per la salute delle persone e il governo del fenomeno dell'uso di droghe a costi umani, sociali ed economici contenuti.

Inoltre, preoccupa che la manovra di bilancio, appena presentata, ancora una volta destini risorse insufficienti al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e quindi ancor di più all'attuazione degli stessi Livelli Essenziali di Assistenza.

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

È urgente colmare i ritardi delle politiche sulle droghe in Italia, superare il gap tra Regioni nei sistemi di intervento.

In Italia sin dagli anni '90 si realizzano importanti interventi di RdD: Unità di strada, Equipe dei contesti del divertimento, Drop-in e Strutture di accoglienza a bassa soglia, Servizi innovativi e Spazi di prossimità che offrono strumenti di tutela sociosanitaria, attività di ascolto e counseling orientati all'autotutela ed alla autoregolazione dei consumi, Programmi di accompagnamento a bassa soglia che vanno oltre i modelli rigidi socio-riabilitativi, Programmi di trattamento con metadone e buprenorfina volti prioritariamente alla valorizzazione delle risorse e competenze dei consumatori rispetto ai propri percorsi di cura più adeguati, Servizi di consulenza on line, pratiche di Drug checking, interventi di RdD/LdR rivolte alle persone con HIV, pratiche di supporto tra pari e di coinvolgimento attivo delle persone che usano sostanze.

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

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

Diverse **ricerche** condotte in Italia (ad. esempio: sul modello italiano di intervento sull'overdose⁴, sui consumatori di cocaina⁵, sulle NPS) così come anche le indagini ed i monitoraggi sui servizi promossi dal CNCA hanno, inoltre, **documentato le esperienze e le competenze acquisite nel nostro Paese sulla RdD/LdR**.

E tuttavia sono realtà di interventi e servizi ricche e importanti ma **limitate ad alcune regioni e ad alcune città**, prevalentemente del Centro Nord, una mappa diseguale che richiede che si attivi un processo di disseminazione uniforme della RdD/LdR su tutto il territorio nazionale sia di tipo politico-istituzionale, che di tipo socio-sanitario, sociale e culturale. L'introduzione della RdD/LdR nei LEA ha di fatto recepito **l'esigenza di superare questo gap**, aprendo uno spazio importante per la prospettiva più generale di innovazione delle politiche e delle funzioni del sistema degli interventi.

Parallelamente e spesso insieme alle realtà dei servizi di RdD/LdR si sono realizzate esperienze di supporto tra pari tra le persone che usano sostanze in contesti diversi di uso e consumo. Sulla spinta di tali esperienze nel 2013 la comunità variegata italiana delle persone che usano sostanze psicoattive organizzò, in occasione di un Seminario della Rete ITARDD a Napoli, un gruppo di lavoro nazionale che ha messo a punto "La Carta dei diritti delle persone che usano sostanze" lanciata a Genova nel 2014 al Convegno "Sulle orme di don Gallo", che rappresenta un riferimento centrale per ogni discorso politico volto a delineare l'esigibilità dei diritti.

RdD/LdR e innovazione nel sistema dei Servizi

L'inserimento della RdD/LdR nei LEA permette di aprire un processo strategico politico-istituzionale teso a uniformare in tutte le Regioni italiane i servizi e gli interventi e quindi la garanzia di erogazione delle varie prestazioni utili e di difesa dei diritti in ogni territorio dei consumatori in ognuna delle diverse espressioni dei loro bisogni.

La RdD/LdR rappresenta l'orizzonte attraverso il quale è possibile **superare il modello unico ambulatoriale o residenziale monoservizio che è ormai in profonda crisi rispetto all'evoluzione dei fenomeni**, verso la realizzazione di **una molteplicità complementare di servizi socio-sanitari ad alta integrazione**, (dalla prevenzione alla riduzione dei rischi e dei danni, dalla presa in carico precoce alla cura ove utile e necessario, dallo sviluppo di un sistema sociosanitario complesso alle politiche di sicurezza delle città) corrispondenti alla molteplicità delle espressioni del fenomeno degli usi e consumi di droghe e in definitiva attuando quel modello territoriale sociosanitario dei servizi che è alla base delle leggi costitutive del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

⁴ <https://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/naloxone>

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

Ma questo processo richiede che la prospettiva culturale della RdD/LdR, i modelli organizzativi e le tipologie degli interventi e dei servizi, abbiano **un riconoscimento istituzionale pieno nei Sistemi Sanitari Regionali con pari dignità dei SerD e degli altri servizi pubblici e del privato sociale.**

In particolare è necessario che **i modelli e i regolamenti delle partnership e delle co-progettazioni tra pubblico e Terzo settore, le modalità di accreditamento e in generale di istituzione e funzionamento** concreto dei servizi di RdD/LdR siano oggetto di un confronto e una discussione tra soggetti diversi istituzionali e non.

Si tratta quindi di **rafforzare e innovare il sistema pubblico dei servizi per le dipendenze** valorizzando anche l'integrazione con il Terzo settore come uno dei modelli più appropriati e efficaci dei servizi per le dipendenze e per i consumatori di sostanze. Il primo passo in questa logica deve andare nel senso di riconoscere, rendere stabili e moltiplicare le importanti **esperienze dei servizi di RdD/LdR già operanti** realizzate anche con il contributo delle organizzazioni del Terzo Settore, in integrazione e accordo con i Dipartimenti delle Dipendenze con modalità diverse e specifiche nelle varie Regioni e ASL, che purtroppo solo in alcuni casi sono già parte attiva dei Servizi ordinari sociosanitari.

Il processo innescato dalla definizione dei LEA in questo campo soprattutto è anche l'occasione per riconoscere e valorizzare l'approccio sociosanitario integrato della RdD/LdR come uno degli strumenti delle politiche pubbliche, risultato particolarmente efficace in molte realtà europee, per un governo sociale del fenomeno degli usi e consumi di droghe e sostanze psicoattive.

Fin dagli anni '90 le maggiori città europee hanno rivendicato una politica di governo del fenomeno **rivolto anche a ricostruire i legami tra le persone che usano droghe con i cittadini e gli abitanti in alternativa alla logica della tolleranza zero**, che ha diffuso un modello securitario tutto incentrato sull'inasprimento delle pene, un irrigidimento dei trattamenti dei consumatori di droghe ed una loro sempre maggiore marginalizzazione sociale. L'ultima dichiarazione europea in questo senso risale al febbraio 2016.⁶

La RdD/LdR inoltre:

- **offre il vantaggio** di configurarsi come una strategia tipica delle politiche pubbliche sociali e sociosanitarie con un forte interesse collettivo più generale, in quanto non si chiude sui propri modelli e schemi culturali e di politica dei servizi, ma riesce ad essere, secondo una logica pragmatica, in continua sintonia con i cambiamenti e a costruire le innovazioni corrispondenti in termini di risposte innovative, modelli di intervento e sempre maggior professionalità;

- **consente un miglior equilibrio costi-benefici**, puntando su interventi che implicano investimenti mediamente non elevati e che, contenendo i rischi e danni più gravi correlati al consumo, consentono nel medio periodo significativi risparmi in termini di spesa sociale e sanitaria, aumento dei consumatori contattati, sensibilizzati e responsabilizzati, oltre a favorire il contenimento dell'impatto sociale del fenomeno;

- **promuove un orientamento per la ricerca scientifica** e sul campo mirato a monitorare e valutare la continua trasformazione dei fenomeni e dei bisogni, l'impatto delle politiche e delle attività dei servizi sui vari e diversi fenomeni di consumo e abuso e rappresenta, in questo senso, un supporto essenziale per aggiornare gli orientamenti di politica dei servizi;

⁶ <https://drogriporter.hu/en/the-warsaw-declaration-on-urban-drug-policies>

LEA

LA RIDUZIONE DEL DANNO È UN DIRITTO

- **ricosce e valorizza le risorse e le competenze delle persone che usano sostanze** non solo nelle attività dei servizi e nelle **esperienze di peer support**, ma anche riconoscendo lo statuto di soggetti che intervengono nel dibattito pubblico sugli orientamenti delle politiche più generali;

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

Una Rete di associazioni e soggetti della società civile e del mondo degli operatori per rendere esigibili i diritti sanciti dai i LEA RDD/LDR

Per realizzare tale processo e gli obiettivi collegati abbiamo costruito **una Rete di organizzazioni della Società Civile, del Terzo Settore, Operatori, Persone che usano sostanze**, con la finalità di promuovere confronti, iniziative e negoziazioni con le **Regioni, il Ministero della Sanità, i Comuni** e tutti gli interlocutori pubblici coinvolti, volte a realizzare nel modo più compiuto possibile i diversi obiettivi che compongono l'intero processo di riconoscimento pieno della RdD/LdR a partire dall'attuazione dei nuovi LEA.

Le azioni più significative riguardano la continua promozione, in parte già avviata, di **un dialogo in materia con il Governo, le Regioni, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il Ministero della Salute e le Città**.

Uno dei nostri obiettivi più importanti riguarda, come già avviene in alcune Regioni ed in via di realizzazione in altre, l'attivazione di **Tavoli partecipati per la definizione operativa a livello regionale dei LEA della RdD/LdR** a partire proprio dai risultati delle ormai pluriennali esperienze realizzate.

Le nostre iniziative mirano a definire **un Atto di Indirizzo nazionale sulla RdD/LdR e ad aggiornare le Linee Guida** già prodotte dalle Consultazioni nazionali esistenti negli anni 2000 e 2008, con l'intento di **rendere uniformi le politiche regionali** di programmazione e realizzazione di tali interventi, mantenendone al tempo stesso la necessaria dinamicità e la capacità innovativa, sottraendole ai rischi di appiattimento burocratico.

Un primo esempio di questo percorso è stata la **Conferenza del 14 giugno 2018 a Torino, "LEA. La RdD è un diritto"**, promossa da alcune delle nostre organizzazioni in collaborazione con la Regione Piemonte, che ha aperto un dialogo iniziale e di prospettiva con alcune Regioni, con il coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni ed alcuni primi rappresentanti del Ministero della Salute.

In quella sede è emersa la **proposta di istituire un Gruppo di Lavoro tra associazioni della società civile, del Terzo settore e Regioni, con il coinvolgimento delle persone che usano sostanze, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni**, per concordare **un Documento di Indirizzo nazionale sulla RdD/LdR** che individui e articoli servizi, interventi e prestazioni e definisca gli standard generali di qualità intesi come elementi di base uniformi e ineludibili per tutte le Regioni come anche gli altri LEA prevedono.

Riproponiamo il metodo già adottato per la stesura del Piano Nazionale AIDS che ha prodotto un documento importante e innovativo frutto della collaborazione tra società civile, esperti e rappresentanti

delle Regioni e del Ministero della Salute che contiene, tra l'altro, indicazioni importanti sugli interventi di RdD/LdR

È stata inoltre posta, nel dialogo con il Ministero della Salute, ma non solo, la necessità di un confronto su tutti i temi legati alla RdD/LdR di sua specifica competenza, in particolare per concordare anche in questo settore **criteri per il monitoraggio e la valutazione dei LEA**, che rendano identificabile e misurabile in modo appropriato gli interventi di RdD/LdR.

Nello stesso tempo, è emersa l'esigenza di **promuovere iniziative nazionali e nelle singole realtà regionali e cittadine di discussione pubblica** sui diversi temi della RdD/LdR, del loro possibile impatto sociale e di pianificazione condivisa nelle politiche e negli approcci dei territori a questi fenomeni.

Le nostre richieste

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

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

CNCA, Forum Droghe, Antigone, CGIL, FP-CGIL, LILA, la Società della Ragione, ITARDD, Comunità di S. Benedetto, Gruppo Abele, LegacoopSociali.

ALLEGATO

Indicazioni di principi, servizi, prestazioni e funzioni di base per un indirizzo nazionale uniforme per i LEA/RdD. (tratti dalla elaborazione di diversi tavoli a livello regionale con le istituzioni, tra i quali il documento elaborato dal gruppo di lavoro della Regione Piemonte e il documento nazionale del CNCA sui LEA della RdD/LdR, risultato delle diverse esperienze realizzate sul campo e in alcune Regioni, che saranno entrambi disponibili come contributi per l'elaborazione di un Documento Nazionale Unitario della Conferenza Stato-Regioni).

Principi

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

Servizi

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

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

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

Indicatori per il monitoraggio dei LEA RdD/LdR come previsto dalla normativa specifica.