

LA SPECOLA

periodico d'informazione dell'osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze
patologiche
ASL di Bologna

LE OVERDOSE NELLA CITTÀ DI BOLOGNA

numero monografico a cura di
Vladimiro Albertazzi

➤ ***Uno sguardo attorno al problema***

Vladimiro Albertazzi

➤ ***Overdose: tra definizione ed esperienza clinica***

Intervista a Claudio Comaschi medico farmaco
tossicologo responsabile SER.T. Est di Bologna

➤ ***La strada del 118***

Intervista a Bruni Iarussi Medico 118 di Bologna

➤ ***L'attenzione nella detenzione***

Raffaella Strazzari, psicologa Orietta Venturi, assistente sociale SER.T. Nord Carcere Bologna

➤ ***Le overdose tra marginalità e mercato***

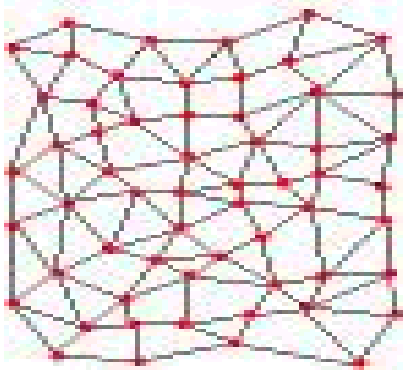
Francesco Grassi, responsabile Centro Diurno Comune di Bologna

➤ ***Prospettive tra solitudine e abbandono***

Massimo Orio Villa, referente del gruppo appartamento Beetwen

➤ ***Orientarsi***

Sintesi del Rapporto 2004 sulle dipendenze patologiche in area metropolitana
Dott. Raimondo Pavarin, responsabile Osservatorio Epidemiologico Metropolitano
Dipendenze Patologiche ASL di Bologna



Questo numero di Specola vuole affrontare la questione delle overdose nell'area metropolitana di Bologna, città dove, rispetto agli anni precedenti, aumenta il numero stimato di overdose tra i tossicodipendenti ed aumenta il numero di overdose letali e di decessi. La

metà delle overdose letali sono avvenute tra novembre e dicembre e ciò potrebbe essere messo in relazione con il grado di purezza delle sostanze sul mercato in quel periodo E' evidente "un aumento degli interventi per overdose del 118 nei quartieri non centrali di Bologna di fronte ad una stabilità nelle zone della stazione e dell'università¹".

RAPPORTO 2004

Questi elementi ci inducono a pensare che qualcosa nel sistema dei servizi di cura - tra prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno- comincia a scricchiolare.

Il nostro obiettivo non è individuare responsabilità o carenze, ma è rendere più leggibile il fenomeno mettendo attorno al tema una pluralità di punti di vista di professionisti che "toccano con mano" il rischio overdose.

L'overdose è associata, nel linguaggio comune, all'arresto respiratorio, al collasso cardiocircolatorio ed infine all'arresto cardiaco indotto da oppiacei.

In realtà l'eccesso di qualsiasi sostanza, anche di quelle legali, può produrre overdose. Inoltre il mix tra più sostanze, la loro varietà e variabilità, aumenta la vulnerabilità del soggetto..

COMASCHI

Questo viene assunto, dai sevizi di cura delle persone tossicodipendenti, come uno degli eventi sentinella, oltre all'abbandono del programma terapeutico ed alla scarcerazione che aumentano il rischio di overdose

Il momento della scarcerazione costituisce una fase di particolare rischio, dal momento che la tolleranza all'eroina è diminuita o scomparsa a seguito dell'astinenza forzata.

Detenzione e scarcerazione rappresentano due momenti in cui il trattamento antiastinenziale e l'uso di farmaci antagonisti sembrano rivestire particolare importanza

¹R.M. Pavarin: Rapporto 2004 sulle dipendenze in area metropolitana pag 11

Da alcuni anni, nel carcere di Bologna, il proseguimento della somministrazione del metadone a mantenimento nei casi di carcerazioni medio-brevi, ha enormemente ridotto il rischio.

In alcune situazioni bassi dosaggi di metadone vengono aumentati nei giorni precedenti la scarcerazione, scarcerazione che, verosimilmente, significa strada.

VENTURI
STRAZZARI

Spesso scarcerazione si associa a un fuori privo di condizioni abitative e lavorative, legami sociali interrotti, reti di sostegno precarie.

Marginalità sociale, deterioramento delle condizioni sanitarie, mancanza di una fissa dimora, rendono più probabili l'evento overdose, soprattutto in presenza di un mercato delle sostanze illegali che si è differenziato e frammentato, con la presenza sul territorio di partire diverse ed una qualità poco omogenea (o poco o troppo tagliata). Nel caso in cui l'overdose si verifica nelle zone centrali l'intervento del 118 è più tempestivo.

GRASSI

653 sono stati gli interventi del 118 nel 2004. Recentemente è stato modificato il protocollo di intervento e nel tossicodipendente in overdose da oppiacei viene generato un codice rosso base che prevede l'utilizzo del protocollo Narcan effettuato da un infermiere. Soltanto qualora la situazione non migliori viene richiesta l'automedica col medico. Questo protocollo rende disponibile il medico per altri interventi e comunque i tossicodipendenti vengono correttamente soccorsi.

IARUSSI

Contrariamente a quello che si può pensare le persone soccorse non sono necessariamente indigenti, spesso provengono da un ambiente studentesco. Se a chiamare per il soccorso è un amico della persona in overdose all'arrivo del 118 è in genere ancora presente. Se invece a chiamare è un passante (nel 40% dei casi) questo raramente si ferma.

Indifferenza e abbandono sembrano essere gli atteggiamenti prevalenti del "passante" verso le persone tossicodipendenti.

Solitudine, abbandono, rinuncia sono sentimenti con cui la persona tossicodipendente si confronta quotidianamente nella ricerca e individuazione di una prospettiva di vita praticabile.

VILLA

Vladimiro Albertazzi



Solitamente si parla di overdose al singolare riferito prevalentemente all'iperdosaggio di oppiacei. In realtà emergono una pluralità di "tipologie" di overdose che non sembrano essere riferibili all'uso esclusivo di eroina. E' possibile definire tali tipologie?

Nel linguaggio comune e/o giornalistico l'overdose è associata all'arresto respiratorio, al collasso cardiocircolatorio ed infine all'arresto cardiaco

indotto da oppiacei.

In realtà il termine overdose, mutuato dalla farmacologia (letteralmente: sovradosaggio), è estremamente aspecifico e non è collegato ad alcuna sostanza in particolare.

Da questa premessa viene da se che un sovradosaggio, o più comunemente una quantità eccessiva (concetto collegato anche all'esistenza di una dose non dannosa o utile) d' un qualsiasi farmaco o sostanza può essere pericoloso o letale.

A questo proposito ricordiamo che i testi di fisiologia riportano in circa venti litri al giorno la dose letale di acqua per un essere umano (ben lo sanno colleghi che si occupano di polidipsia psicogena).

In farmacologia si parla di Indice Terapeutico = dose letale nel 50% dei soggetti/ dose efficace (utile) nel 50% dei soggetti, che in qualche misura ci dice quanto è facile "sbagliare", ma ciò allargherebbe troppo il discorso.

Per rimanere nello specifico campo operativo dei servizi per le dipendenze patologiche, possiamo concentrarci su tutti quegli eventi realmente o potenzialmente dannosi o letali collegati all'assunzione di sostanze, per ogni via (orale, inalatoria o endovenosa) a scopo "voluttuario" e/o comunque fuori da prescrizione e controllo medico.

Teoricamente qualunque sostanza che tenda a mantenere la propria autosomministrazione, da sola o in associazione con altre può essere assunta in dosi, con modalità o in momenti funzionali tali da risultare capace di generare un danno funzionale, organico o il decesso dell'assuntore.

Le sostanze in causa tipicamente possono essere :

**Claudio
Comaschi
medico
farmaco
tossicologo
responsabile
SER.T. Est
di Bologna**

*Varietà e
variabilità
delle
sostanze*

oppiacei (eroina, morfina, metadone, buprenorfina ecc..)

alcol (in ogni forma)

eccitanti (cocaina, amfetamina, ecstasy ecc....)

sedativi ipnotici (barbiturici, benzodiazepine ecc....)

varie altre (GHB, THC, fenciclidina, xantine ,nicotina, inalanti ecc..)

questa come altre classificazioni è arbitraria e non corrisponde a rigidi schemi farmacologici.

Ogni possibile combinazione delle sostanze su citate può risultare dannosa o addirittura letale.

Va da se che l'elenco completo di tutti i possibili mix avrebbe solo il valore di esercizio poco più che accademico. Nelle combinazioni possibili possono ed effettivamente a volte sono assenti gli oppiacei. Questo anche perché negli ultimi anni a fatica e lentamente si è andata diffondendo una cultura dei rischi associati all'uso, in particolare di oppiacei, che ha comportato una maggior attenzione da parte dei consumatori ed ad una altalenante riduzione degli eventi letali legati agli stessi. L'effetto è anche da attribuirsi ad un insieme di interventi diretti o mediati da interventi tra pari di counselling in senso lato ,oltre che alla disponibilità di interventi medici, farmacologici e multimodali specificatamente indirizzati a contrastare il suddetto fenomeno.

Ciò che sembra emergere attualmente è l'utilizzo frequente di miscellanee di sostanze nel tentativo di ottenere effetti più o meno gratificanti nell'illusione di riuscire a contenere o controllare i rischi, associando la legalità delle sostanze ad una supposta loro minor pericolosità.

L'overdose appare come evento traumatico ed improvviso. Secondo te è possibile individuare degli eventi "sentinella" che aiutano ad individuare la condizione di rischio?

Nel "manuale operativo" dell'ex Ser.T. Savena S. Stefano, attuale Ser.T. Est, dal 1998 è scritto che l'overdose ,ove venga a conoscenza degli operatori, è essa stessa un evento sentinella che deve portare a una ridefinizione, sia delle scelte terapeutiche operate sul singolo caso, sia delle procedure generali del servizio.

Da un altro punto di vista sono note la condizioni che più spesso si associano alla comparsa d'overdose: in sintesi qualunque interruzione di programma terapeutico (solo farmacologico, multimodale o solo

*Mix tra
sostanze*

*Sostanze
legali e loro
pericolosità*

*Rischio:
interruzione
programma,
scarcerazione*

psicosocioriabilitativo, residenziale o non) e la scarcerazione aumentano il rischio di comparsa dell'evento.

Evento sentinella che indica l'aumento di rischio effettivo, senza per altro indicarne una sua imminenza temporale potrebbe, ad esempio, essere considerata la comparsa o ricomparsa di più sostanze nelle abitudini d'abuso del paziente.

Che tipo di attività viene svolta dal tuo servizio per prevenire il fenomeno?

In realtà, è bene ricordarlo, i capisaldi di ogni intervento sanitario e sociale hanno l'intento di aumentare la quantità di vita e di aumentarne la qualità, nell'ordine. Si sottolinea come non possa essere considerato etico, ad esempio nel caso di pz. dipendente da oppiacei, tentare di aumentare la ipotetica qualità della vita (es. raggiungendo dello stato drug free) a rischio di una riduzione della quantità della stessa (ricaduta con decesso per overdose, o contrazione di patologie infettive gravi).

Banalmente su un paziente vivo possiamo tentare o ritentare sempre nuove strade e strategie terapeutiche, su un paziente deceduto nulla ci è più concesso fare.

Quindi tutto il nostro lavoro ha come fine dichiarato anche la prevenzione dell' overdose, come delle altre cause di decesso.

L'intento di facilitare il riaggancio e la rapida riformulazione di un percorso terapeutico condiviso ad ogni interruzione o drop out è decisamente concepito in tal senso.

Dalla tua esperienza quale aspetto della rete dei servizi andrebbe potenziato (o inventato) per meglio prevenire le overdose?

Fermo restando il principio che tendere ad un obiettivo non significa che lo stesso sia sempre completamente raggiungibile, il riaggancio ed il re-invio rapido, dopo ogni interruzione di programma ,al servizio per la dipendenze patologiche può essere una mezzo lecito di intervento preventivo.

Ma vorrei, dando per scontata l'attenzione alle sostanze illecite, e alla luce delle risposte precedenti, tentare di allargare in modo non convenzionale il discorso.

Abbiamo visto come le overdose siano, dai dati locali, nazionali e soprattutto internazionali, sempre più spesso frutto di un mix di sostanze in cui compaiono oltre ai classici oppiacei altre sostanze tra cui l'etanolo e le

*Vita:
quantità
qualità*

benzodiazepine, due sostanze sostanzialmente legali e di accesso facile o relativamente facile.

Potrebbe essere proposto in tutta coscienza un'insieme di interventi di ampio respiro allo scopo di far sì che venga ridotta (si pensi alle pubblicità degli alcolici) la sensazione di relativa innocuità conseguenza, non causa, della legalità di una sostanza.

Questo contribuirebbe ad una corretta educazione alla salute alimentare e in senso lato.

Inoltre andrebbe rafforzata la presa di coscienza, già per altro avanzata allo stato attuale, dell'attenzione necessaria nell'uso di farmaci (i sedativi ipnotici benzodiazepinici) che hanno costituito un grande passo avanti, all'epoca della loro comparsa, rispetto all'armamentario precedentemente disponibile, ma che, come tutti, hanno limiti ed effetti collaterali ed indesiderati da tenere in debito conto.



Sono state circa 650 nel 2004 i vostri interventi per overdose. Ci può spiegare il percorso del vostro intervento e come è strutturato?

*Bruno Iarussi,
medico, 118
Bologna*

I miei dati da centrale operativa parlano di almeno 653 interventi nel 2004 considerando il solo comune di Bologna e i soli interventi in strada e di 601 interventi già presenti nel 2005 fra cui già ben 6 decessi per overdose.

*653 interventi
nel corso del
2004*

Per rispondere a questa domanda devo dare due notizie su come è strutturato il 118. Dunque: alla centrale afferiscono le richieste di soccorso che vengono gestite da operatori i quali fanno alcune domande all'utente per meglio chiarire la gravità dell'evento da cui dipende il tipo di mezzi che andrà impegnato. Le domande sono poche e semplici. Viene chiesto in sostanza se chi chiama vede l'accaduto e se si se il o i pazienti coinvolti nell'evento respirano, sono coscienti o hanno precedenti noti per patologie croniche. Dalle risposte date viene generato un codice di criticità (bianco, verde, giallo, rosso base e rosso echo). Il medico viene coinvolto solo nei rossi, Nel rosso base rimane in attesa di eventuale conferma da parte di un altro mezzo intervenuto (in genere con infermiere). Nel rosso Echo interviene in prima battuta sempre insieme ad altro mezzo, dal momento che il medico si muove su un auto che non può caricare pazienti. Perché il codice di criticità sia rosso bisogna che siano in qualche modo compromessi i sistemi cardiocircolatorio o respiratorio. Tipicamente nel TD in overdose da oppiacei viene generato un rosso base con intervento di una macchina dotata di infermiere che segue un cosiddetto protocollo "Narcan" e cioè quanto identifica un TD in overdose in base a semplici valutazioni (miosi, desaturazione dell'ossigeno nel sangue) seguendo comunque un metodo codificato (*quello dell'ALS advanced life support che si basa sul cosiddetto ABC valutazione di A = airway: pervietà delle vie aeree, B = breathing; respirazione; C = circoulation, circolo e quindi pressione arteriosa e frequenza cardiaca*), assiste la ventilazione e somministra due fiale di Naloxone in vena + 1 in muscolo per evitare la reoverdose dal momento che l'emivita del Naloxone è più breve di quella dell'eroina. La maggior parte delle volte quest'intervento è sufficiente a risvegliare il paziente che in genere poi rifiuta di venire in ospedale e dunque l'intervento finisce lì. In rari casi, in genere per mix di droghe o per overdose davvero pesanti che

Codice rosso

hanno comportato lunghi tempi di ipossia, se il paziente non si risveglia viene chiamata l'automedica ed in questi casi il medico procede a una rianimazione completa ed avanzata con diversi esiti (ancora quest'anno abbiamo avuto dei decessi per overdose). Questo protocollo fu pensato appunto per rendere più libero il medico per altre emergenze. Infatti in certi periodi dell'anno (tipicamente verso l'arrivo del bel tempo) gli interventi per overdose erano in numero tale da rischiare di compromettere il buon funzionamento del sistema. Per nostra esperienza possiamo ritenerci soddisfatti del funzionamento di questo protocollo. L'automedica rimane più libera ed i TD vengono comunque correttamente soccorsi.

*Il sistema
tiene*

Viene registrato chi telefona? Amico, passante?

L'operatore di centrale è tenuto in ogni intervento a chiedere il numero di telefono del chiamante (che è poi comunque visibile dal telefono dell'operatore dotato di questa funzione). Non è tenuto, ovviamente a chiedere se si tratta di amico o altro. Per la mia esperienza in genere il chiamante è un compagno del TD in overdose in oltre il 60 % dei casi. Negli altri si tratta di passanti che in genere, purtroppo, sono avari di informazioni dal momento che il loro senso civico si limita a segnalare l'evento. Se gli si chiede, ad esempio, di accertarsi dello stato di coscienza raramente il passante si presta a far ciò.

*Accompagnamento,
abbandono*

Colui che telefona è ancora presente al vostro arrivo?

Contrariamente a quanto si può immaginare se il chiamante è un TD amico di quello in overdose è in genere presente al momento del nostro arrivo, più raramente se si tratta di un semplice passante.

Dalla vostra esperienza, è realistica l'equivalenza tossicodipendente in overdose = marginale e "barbone"? oppure ciò è quanto di più lontano dalla realtà?

Dipende da cosa si intende per barbone, Dal mio punto di vista la droga del barbone è l'alcool. Il TD ha una sua specificità. E' in genere più giovane, non necessariamente è indigente (certo se non è all'ultimo stadio di tossicodipendenza), spesso proviene da un ambiente studentesco, E' ovvio

*Non sono
indigenti,
spesso
universitari*

che più ci si avvicina al limite di questo tipo di vita più si sovrappongono le due figure.

Sappiamo che non tutte le persone soccorse in overdose accettano di andare al P.S.. chi non accetta immagino venga lasciato sul posto. Solo, con un amico, in un locale pubblico o altro?

La stragrande maggioranza dei TD soccorsi rifiutano di venire in PS. Quelli che non rifiutano sono in genere TD alle prime esperienze. E dunque si; vengono lasciati sul posto dove è spesso presente anche la Polizia. Non so, onestamente cosa la Polizia faccia a queste persone. La mia sensazione è che si limiti a prendere nominativo e basta. In genere sono sempre presenti altri amici e dunque qualcuno cui affidare il TD che per altro dopo trattamento con il Narcan non ha sequele del suo stato importanti. Nel giro di qualche minuto, cioè il paziente torna alla normalità o perlomeno alla sua normalità. In genere l'unico intervento in più è quello di impedirgli di riprendere la guida di un automezzo se il TD ha questa intenzione.

*Chi viene
soccorso
solitamente
rifiuta il Pronto
soccorso*



Il fenomeno della tossicodipendenza si è fortemente modificato negli ultimi anni e così anche all'interno del carcere si assiste ad una progressiva modifica delle caratteristiche principali della popolazione detenuta.

*Raffaella Strazzari,
psicologa
Orietta Venturi,
assistente sociale
SER.T. Nord
Carcere Bologna*

Attualmente la maggioranza delle persone seguite dal Sert in carcere è costituita da soggetti che provengono da percorsi di marginalità, con reiterate carcerazioni alle spalle e numerosi fallimenti terapeutici, provenienti nella maggioranza dei casi da territori extraregionali.

*Marginalità,
reiterate
carcerazioni,
migranti*

Tale situazione è giustificata e resa comprensibile da un fenomeno migratorio che vede Bologna come una città che offre diversi servizi per non residenti , contemporaneamente da una significativa sensibilità espressa dalla Magistratura di Sorveglianza nei confronti dell'applicazione delle misure alternative.

La popolazione tossicodipendente detenuta è altresì costituita da un altissimo numero di extracomunitari clandestini che fino a qualche anno fa venivano arrestati in quanto accusati di spaccio mentre ora la quasi totalità di essi presenta una condizione di tossicodipendenza.

Da circa 6 anni inoltre assistiamo ad un aumento, di anno in anno più significativo, di arresti di persone con alle spalle storie di compatibilità sociale che l'abuso di cocaina ha portato a commettere reati; in sintesi si può infine osservare una diminuzione delle detenzioni di utenti già in carico ai Sert di Bologna e Provincia.

*Abuso di
cocaina*

E' consapevolezza diffusa , anche visto il target di td detenuti, che la condizione di astinenza dall'uso di eroina costituisca di per sé il principale fattore di rischio di overdose.

*Astinenza,
scarcerazione*

In passato al momento della dimissione dal carcere la persona affrontava questo rischio; da alcuni anni l'introduzione del metadone come protocollo antiastinenziale e il proseguimento della somministrazione a mantenimento nei casi di carcerazioni medio-brevi o di valutazione di specifiche condizioni di alto rischio personale (craving dichiarato, precedenti overdose...) ha enormemente ridotto questo rischio.

*Proseguimento
somministrazione
del metadone*

In alcune situazioni bassi dosaggi di metadone vengono aumentati nei giorni precedenti la scarcerazione.

Accanto all'intervento sanitario e farmacologico , al quale accedono tutti i detenuti, esiste la possibilità della costruzione di programmi terapeutici per le persone che ne facciano richiesta e che abbiano le condizioni giuridiche per accedervi.

Nella definizione di tali progetti, soprattutto per eroinomani, si tiene conto delle condizioni del detenuto al momento della scarcerazione affinché i rischi di overdose siano ridotti al minimo.



Il dato che vede l'aumento delle overdose letali nell'ultimo anno – seppur di poche unità rispetto all'anno precedente – si pone in controtendenza rispetto ad un andamento che vedeva le overdose ormai derubricate a fatti episodici nell'area metropolitana bolognese, almeno fino al 2003.

Francesco Grassi, responsabile Centro diurno Comune di Bologna

Il fatto, a nostro avviso, non deve creare inutili allarmismi ma stimolare un'analisi delle possibili cause che, premettiamo, ci sembrano molteplici.

Ci sentiamo di dire che sia cambiata, soprattutto negli ultimi cinque anni, la struttura stessa del fenomeno overdose. Mi spiego meglio: prima assistevamo, nella maggior parte dei casi, ad episodi che potremmo definire di "overdose classica" da eroina. Oggi queste sono sempre più spesso legate al policonsumo e quindi alla commistione di eroina, cocaina e psicofarmaci o ipnotici, iniettati per via endovenosa.

C'è da aggiungere che anche il mercato di riferimento si è differenziato e frammentato, con la presenza sul territorio di partite diverse, "polverizzate" in una miriade di spacciatori, per un rifornimento, seppur disorganizzato, estremamente capillare ed una qualità poco omogenea (o poco o troppo tagliata), con conseguenze non facilmente preventivabili.

Il mercato delle sostanze

Non trascureremmo neanche le condizioni socio-sanitarie dei tossicodipendenti gravitanti nei nostri circuiti, quantomeno come causa indiretta. Vogliamo dire che se aumenta il numero dei SFD e degli stranieri clandestini, quindi sicuramente con condizioni minori o assenti di protezioni sociali e sanitarie, è più probabile l'evento overdose.

Condizioni sociali, sanitarie, abitative

Infine va segnalata tra le cause, un fenomeno già descritto negli anni scorsi, cioè la mortalità per overdose di coloro i quali provenendo dal carcere o da percorsi protetti (comunità), riprendono a consumare sostanze in una condizione drug-free, potenzialmente pericolosissima.

Andando a vedere meglio il fenomeno dal nostro osservatorio; va precisato che lo Sportello Sociale ed il Centro Diurno sia per posizione geografica (in centro, vicini alla stazione e ad alcuni luoghi storici dello spaccio), che per popolazione afferente (tossicodipendenti poliassuntori, sfd, con gravi problemi socio-sanitari), rappresentano luoghi dove è possibile rivolgersi prontamente in caso di emergenza. Infatti

Collocazione centrale facilita l'intervento del 118

l'osservazione diretta dell'evento collasso od il coinvolgimento in situazioni di overdose nelle vicinanze dei nostri servizi, agevolano l'intervento del 118.

Quanto detto non esclude la possibilità che si possa comunque verificare direttamente una serie di situazioni che ci inducono alle riflessioni fatte in precedenza.. Spesso vediamo peggiorare nella giornata le condizioni dei nostri utenti. anche in coincidenza di assunzione di sostanze diverse che, come dicevamo, rappresentano la maggior parte degli eventi verificati. La cocaina per via endovenosa, insieme ad un uso smodato di psicofarmaci, sempre iniettati, rappresentano, a nostro parere, la causa principale di overdose.

*Poliassunzione:
eroina /cocaina
endovena*

Poi ci sono quelle che potremmo definire "le segnalazioni dei consumatori"- rispetto a sostanze di buona qualità o, per converso, troppo tagliate- "catturate" dagli operatori nei colloqui o nelle chiacchiere con gli utenti. Ricordiamo a tal proposito una eroina bianca, definita "chimica" per le sostanze di taglio in essa contenute che per lungo periodo fu per noi causa di allarme.

*Relazioni di
prossimità per
prevenire*

Inoltre nei pressi dei nostri servizi, in particolare nella zona del parcheggio della Coop., nella parte alta di Via del Porto, sono spesso avvenute nell'ultimo anno delle overdose, alcune letali, tanto da configurarsi nell'immaginario collettivo dei consumatori come "posto maledetto".



il gruppo appartamento "Between" si trova in v. Emilia Ponente, 24 (Bologna) ed è composto da cinque persone, che hanno vissuto sia periodi di carcerazione sia problematiche tossicomane; è gestito direttamente da Nuova Sanità Cooperativa Sociale, in stretta collaborazione con i referenti del SerT.

*Massimo Orio
Villa, referente
della struttura
Beetwen*

Il progetto "Between" si configura quale tentativo pedagogico e clinico che, a partire dall'affinamento delle capacità del soggetto, mette in vista i traguardi psicopedagogici: dell'affrancamento dall'uso di sostanze, della ricerca e salvaguardia del lavoro, dello sviluppo delle abilità di relazioni reciproche e sociali, del mantenimento e accrescimento della propria autonomia.

Il gruppo appartamento, in breve, è anche l'insieme di "persone difficili" che convivono, a volte unite e altre in conflitto tra loro, alle prese con il confronto per la vita quotidiana quella, per intenderci, di tutti i giorni: mangiare, bere, dormire, recarsi al lavoro, divertirsi; misurandosi con la solitudine urbana e l'incomprensione, oppure resistendo per non farsi.

*Solitudine,
tempi
svuotati*

Il gruppo appartamento Beetwen nasce anche dalla consapevolezza che i pericoli maggiori di overdose, in cui il tossicomane incorre, è quando termina o interrompe un trattamento farmacologico, oppure quando esce dal carcere o da una comunità; insomma quando ha trascorso un periodo di tempo astinente e ricade nell'eroina, tanto che la reazione fisiologica all'abuso potrebbe essergli fatale.

Dalla mia esperienza quotidiana posso affermare che nell'overdose molti sono gli elementi che entrano in gioco, ma (oltre a quelli dell'eroina tagliata male o pura) quelli essenziali credo siano da individuare nell'ambito della prospettiva clinica del soggetto tossicomane, a es.: lo stato di salute, la trascuratezza delle malattie comuni che tendono a divenire croniche, l'emarginazione sociale, il carcere, i momenti critici o tragici che vive, il rinunciare invece del resistere... la stanchezza di vivere nell'aver a che fare con il mondo.

*Prospettiva:
emarginazione
rinuncia,
stanchezza di
vivere*

Le ricadute, la compulsività (una delle forme che più esprime l'istinto di morte latente) della ricerca del piacere nella rinuncia alla vita, elude pertanto la necessaria prudenza nell'iniettare eroina e anche se c'è

consapevolezza dei pericoli incombenti, questa non sembra sufficiente alla messa in atto di comportamenti giudiziosi e preventivi (a es. : non farsi in luoghi isolati, contattare lo spacciatore abituale, non assumere alcool e psicofarmaci, inalare o fumare l'eroina invece di iniettarla, stabilizzarsi nella dose che si assume)

Si tratta dunque, in generale, nella prevenzione delle morti per overdose, di tenere alta la guardia, al di là di ciò che è bene o male (morale) per affermare instancabilmente ciò che è giusto o ingiusto (etica), mettendo ostinatamente ad effetto azioni che abbiano quale traguardo l'informazione tanto ai tossicodipendenti, quanto tra i tossicodipendenti e non solo ; a es. : sostenere e facilitare i Servizi di Strada (Unità di Aiuto, Unità Mobile, ecc.) impiegandoli, laddove vi siano punti d'incontro, ai margini del mercato illegale e non ostacolarli, allontanarli perché i loro interventi di prevenzione danno scandalo al comune senso del pudore dei cittadini ; oppure realizzare programmi di auto-aiuto in centri aperti sulle strade ; o, ancora, favorire centri di accoglienza a bassa soglia e multiculturali.

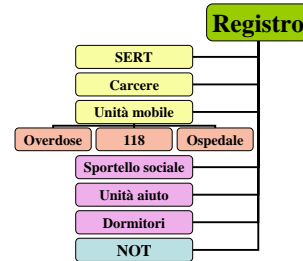
*Abbandonare
la morale
assumendo
l'etica*

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

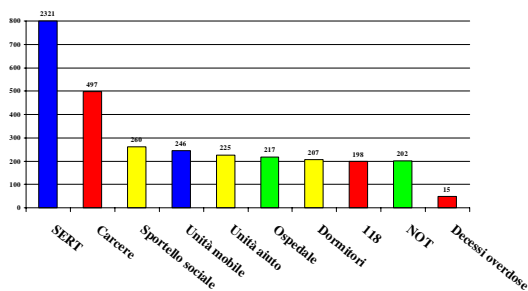
- Rapporto 2004 sulle dipendenze in area Metropolitana
- Quadro epidemiologico
- Caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti

Raimondo Maria Pavarin, Michelina Ruo, Maria Di Cecco, Mauro Covili, Annamaria Persico, Elsa Turino, Vladimiro Albertazzi

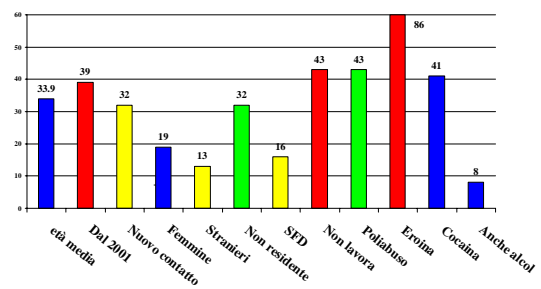
Registro metropolitano tossicodipendenti



Nel corso del 2004 hanno avuto problemi dovuti all'uso di droga 3169 soggetti



Profilo: raffronti %



Complessità del fenomeno: 1) gruppi con caratteristiche socio economiche e demografiche diverse, 2) con diversi livelli di consapevolezza del rischio, 3) un diverso approccio ai servizi

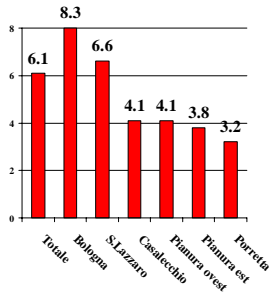
- **Utenti SERT:** residenti, TD di lunga data, cromatici, eroinomani, poveri, problemi di salute.
- **Area Disagio sociale:** non residenti, stranieri, senza fissa dimora, povertà, clandestinità, alcolismo, problemi psichiatrici, carcere.
- **Consumatori problematici:** giovani, residenti e non, scolarità medio alta, lavorano, poliabuso, cocaina, non si rivolgono ai SERT

Il quadro

- **Aumentano:** utenti SERT, dimessi Ospedale, decessi Overdose, Carcere, sportello sociale
- **Residenti:** si stabilizza il numero di consumatori di sostanze pesanti
- **Aumenta:** epatite C+ stabile il numero di HIV+
- **In aumento:** consumatori di cocaina e TD con abuso di alcol
- **In aumento:** non residenti, SFD e stranieri, si evidenzia la centralità del carcere e il ricorso ai servizi di bassa soglia
- **Un soggetto su tre è stato in carcere o in un dormitorio o è senza fissa dimora: la metà è un nuovo contatto**

Stabile la prevalenza, in calo numero stimato e sconosciuti ai SERT

Prevalenza x 1000 residenti età 15/45

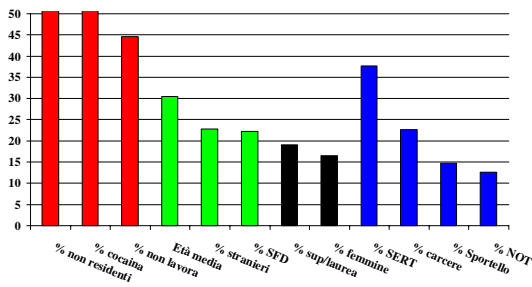


	2004	2003
Stima	5300	6081
Conosciuti/Sconosciuti	2.0	2.5

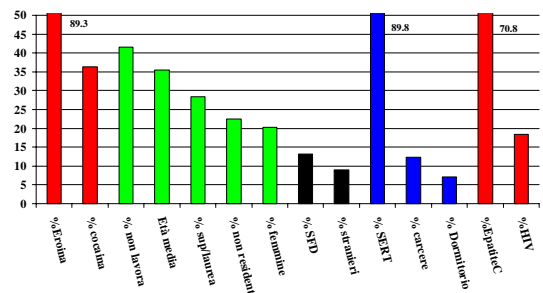
Composizione del sommerso

- Età inferiore alla media (<34 anni)
 - Non residenti
 - Stranieri
- Marginalità sociale
- Consumo problematico

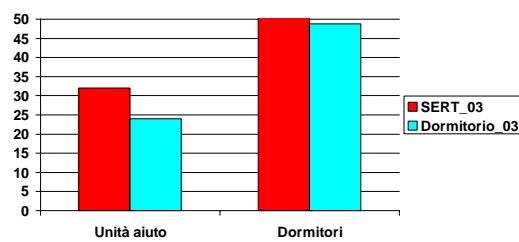
Nuovi: uno su tre è un nuovo contatto: marginalità e consumo problematico



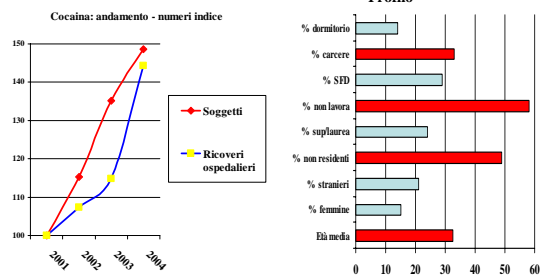
Già visti: il 39% è in contatto dal 2001, il 10% dal 2002, il 16% dal 2003



Si stabilizzano condizioni estreme di disagio e si evidenzia il peggioramento delle condizioni di vita x una quota di utenti SERT



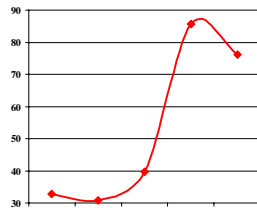
Aumentano i soggetti con consumo problematico di cocaina (1303 soggetti)



Cocaina ...

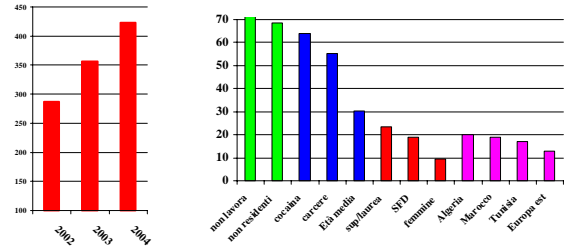
- Consolidamento del mercato
- Uso tra i TD in alternativa o concomitanza con l'Eroina
- Aumento fascia consumatori abituali e occasionali con problemi di salute gravi

Andamento sequestri Cocaina: KG x anno



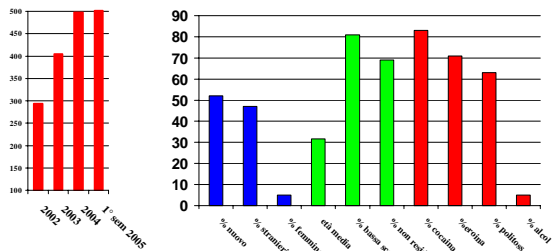
Aumentano gli stranieri

Profilo

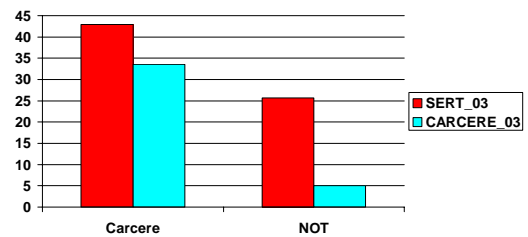


Aumentano gli interventi in carcere: 1° sem. 2005 > a tutto il 2004

Profilo



Un soggetto su 5 è stato in carcere o segnalato dalle forze di Polizia x uso stupefacenti



Chi è già stato in Carcere ...

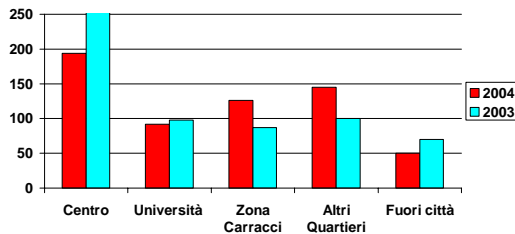


Aumentano i decessi x overdose

- Aumenta il numero stimato di overdose, tra i TD aumenta il rischio di decesso e il rischio di overdose letali
- 8 decessi su 15 sono avvenuti nei mesi di novembre/dicembre
- Non esiste un servizio che si occupi di analizzare e pubblicizzare in tempo reale la composizione delle sostanze

	2001	2002	2003	2004
Interventi 118	992	637	629	665
Decessi Overdose	19	10	13	15
Overdose Su 1000 TD	3.4	1.9	2.1	2.8

660 interventi del 118: calano nel centro di Bologna e aumentano nei quartieri periferici



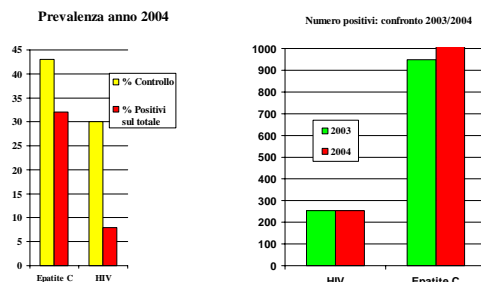
Nel 1° semestre 2005 aumentano decessi x overdose e interventi del 118

- 419 interventi del 118 x overdose
 - 10 decessi per overdose
 - 7 soggetti in carico ai SERT
 - 6 residenti a Bologna
 - 2 femmine
 - 1 straniero

Letteratura: fattori che riducono il rischio

- **Presenza in carico ai SERT**
 - Aumento della durata media di presa in carico
 - Aumento quota soggetti trattati con metadone
 - Aumento quota soggetti contatto coi servizi
 - Abbassamento soglia di accesso
- Messa a regime politiche riduzione del danno nel territorio
 - Maggior consapevolezza del rischio x i TD
- Probabile presenza sul mercato di sostanze più pure

Situazione sanitaria: Stabile HIV, Aumento Epatite C



Considerazioni: welfare e sicurezza

- Cala il numero stimato di TD e aumenta il numero dei TD in carcere
- A livello europeo le politiche di welfare sulla tossicodipendenza vengono lentamente trasformate in politiche sulla sicurezza
- X una fetta consistente di TD la detenzione, e più in generale le politiche repressive, stanno diventando un percorso obbligato
- La "segnalazione" ha perso il significato preventivo e appare come il risultato di un processo di etichettamento di soggetti e zone della città

Considerazioni: overdose

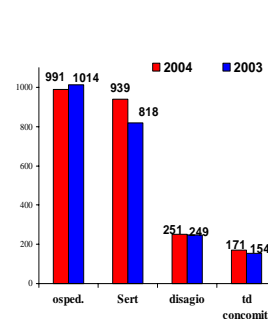
- Aumenta il numero dei decessi x overdose
- Tra i decessi x overdose vi sono utenti SERT
- Aumenta il numero degli interventi del 118 nei quartieri non centrali di Bologna
- I dati relativi alla composizione delle sostanze sequestrate devono essere resi pubblici in tempo reale

Considerazioni: povertà e marginalità sociale

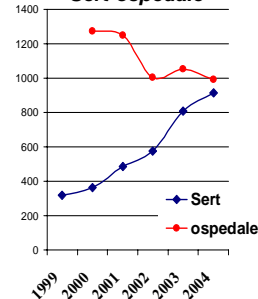
- Si evidenzia lo stabilizzarsi di condizioni estreme di disagio e il peggioramento delle condizioni di vita x una quota di utenti SERT
- Si nota la continuità del rapporto coi servizi a bassa soglia (dormitori, sportello sociale) x una fascia di utenza altamente problematica, in parte composta da soggetti già seguiti dai SERT
- L'accesso ai servizi non si traduce automaticamente x tutti in migliori opportunità nella vita e sono in aumento le disegualianze: all'interno dei SERT si nota un "vantaggio" x i soggetti con scolarità medio alta, con lavoro e residenti

Alcol: Soggetti e servizi contattati

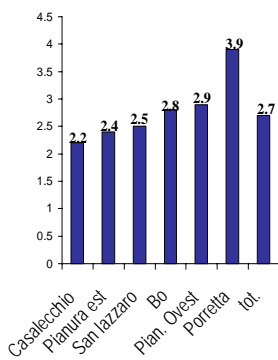
Contattati = 2125 soggetti
nuovi=1078



Andamento utenza Sert-ospedale

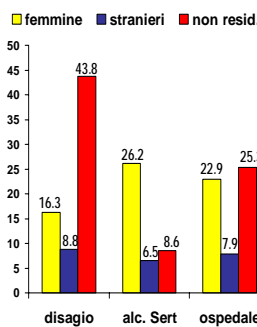


Prevalenza x 1000 residenti e Stima

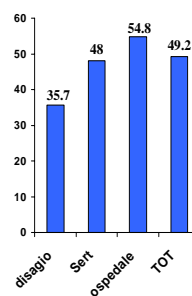


	2004	2003
Stima	6475	5693
Stima sui residenti	4597	4266
Conosciuti/sconosciuti	6.9	7.0

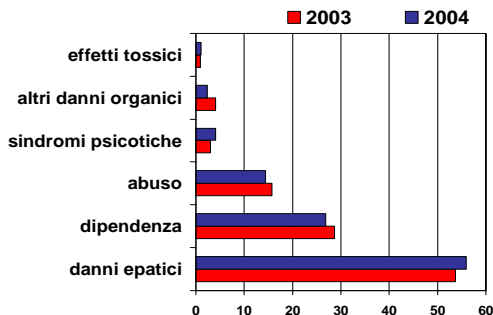
Caratteristiche soggetti e servizi



Età media



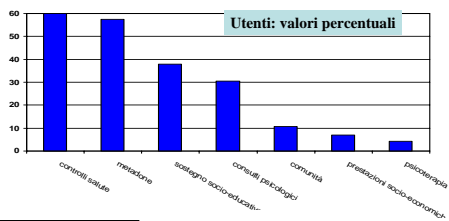
Patologie di ricovero



Punti salienti

- I pazienti arrivano ai servizi in età elevata e in presenza di gravi problemi di salute
- Si prevede per i prossimi anni un aumento dell'utenza nei Sert
- E' stato possibile evidenziare quattro tipologie di soggetti
- a) Sert e ospedale hanno due flussi di utenza tra loro indipendenti; b) gli utenti dell'area disagio tendono a gravitare principalmente tra i servizi della bassa soglia
- Elevato turn over in ospedale e servizi bassa soglia, elevata ritenzione in trattamento al Sert

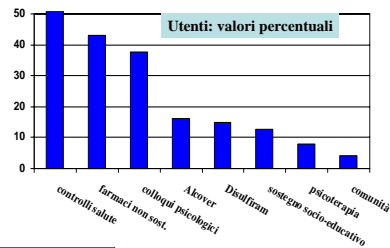
Tossicodipendenti: 9276 Trattamenti



Durata media: 28 mesi		
Esiti	Programma ancora in corso	69%
	Programma completato	16%
	Abbandono	6%

Entro 6 mesi: Il 65% degli abbandoni
 Il 61% dei programmi completati
 Il 48% delle dimissioni concordate
 Gli abbandoni sono più frequenti nelle comunità (il 21% degli inserimenti in C.T.)

Alcolisti: 2115 Trattamenti



Durata media: 2 anni		
Esito	Programma ancora in corso	80%
	Abbandono	4%

Entro 6 mesi: Il 37% degli abbandoni
 Il 38% dei programmi completati
 Il 36% delle dimissioni concordate
 Gli abbandoni sono più frequenti nelle comunità (19%)

CDO

Centro di Documentazione dell'Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche

- Progetto biennale finanziato dalla Regione Emilia Romagna
- Divulgazione dell'evidenza scientifica
- Studi epidemiologici sulle dipendenze patologiche
- Mission: Raccolta e diffusione dei documenti prodotti dall'Osservatorio, organizzazione di bibliografie tematiche relative alle ricerche intraprese
- www.ossdipbo.org ; www.regione.emilia-romagna.it/dipendenze
- Aree di specializzazione: epidemiologia, metodologia della ricerca, dipendenze patologiche, marginalità, disagio sociale, consumo di sostanze, mondo della notte, mortalità.
- **On line:** social and pathological gambling
- **In sede:** manuali di epidemiologia, statistica, biostatistica, psicologia clinica, metodologia della ricerca, materiale grigio.
- **Dove siamo:** via San Lorenzo, 1