

Riduzione del danno con Unità Mobile di Strada Il Progetto *Gulliver*: una riflessione su tre anni di esperienza a Pisa

Harm reduction with a mobile health unit: the Gulliver Project, a reflection on a three years experience in Pisa

DONATELLA PAFFI¹, IACOPO MINERVINI², DONATELLA GUIDI², LUCA ZOPPI³,
FABRIZIO MARIANI³, BARBARA MARCORI³, CLAUDIO MATTIOLI³, ALESSIA BALLERINI³,
SAVERIO GRASSELLI³, PIERO SBRANA³

¹ Medico Psichiatra, Responsabile U.F.C. Ser.T. Zona Pisana.

² Psicologo Psicoterapeuta, Unità Funzionale Complessa Ser.T. Zona Pisana.

³ Operatore Progetto "Gulliver", Cooperativa Sociale Il Cerchio di Pisa.

Riassunto

Il seguente articolo prende in esame l'attività svolta dal progetto Gulliver sul territorio urbano di Pisa e si concentra sul triennio 2003-2005.

Si parte da una premessa metodologica sulla Riduzione del danno per poi presentare le caratteristiche del progetto, approfondendo una azione specifica distintiva di Gulliver: la raccolta delle siringhe usate, con le sue implicazioni e ricadute non solo a livello di rapporto col servizio, ma anche di rapporti con la comunità territoriale.

Il resto dell'articolo è dedicato all'analisi dei risultati di un questionario somministrato a 106 utenti del servizio. I risultati mettono in evidenza una significativa relazione tra l'età, la tipologia delle sostanze utilizzate e la modalità di accesso. L'analisi del campione aiuta a conoscere meglio le tipologie degli utenti e può essere utile alla diversificazione dell'approccio, affinché sia sempre più orientato a risposte specifiche basate sulle caratteristiche dell'utenza.

Parole chiave: Riduzione del danno, Riduzione del rischio, Comportamenti legati alla salute, Dipendenza da sostanze, Droga

Abstract

This article reports on the activities of the Gulliver Harm Reduction Project with a Mobile Health Unit in Pisa between 2003-2005.

After an introduction on methodological issues of harm reduction, we present the characteristics of the project and describe the distinctive activities of the Gulliver Project: in particular the needle exchange programme and its implications in relation to the Public Service for Drug Dependence and its community. The article also analyses the results of a questionnaire administered to 106 clients.

The results show a significant relationship between ages, type of substances used and service contact. Sample analysis was useful to adding to the knowledge of types of clients and can be useful in promoting diverse approaches that are oriented to offer specific answers based on user characteristics.

Keywords: Harm reduction, Risk reduction, Health behaviours, Substance dependence, Drugs.

Premessa

La Riduzione del Danno rispetto alla tossicodipendenza per via iniettiva è una metodologia d'intervento che non presuppone l'abbandono dell'uso di sostanze da parte dei destinatari, ma che consiste nel favorire tra i consumatori di droghe attivi comportamenti mirati ad un ridimensionamento dei fattori di danno consistenti in contagio e mortalità.

Tale approccio sembrò alla fine degli anni '80, quando si affacciò in Italia, uno strumento adeguato per fronteggiare il dilagare della diffusione dell'infezione da virus HIV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva. Ancora oggi appare essere un'arma efficace, oltre che nel contrasto ai vari tipi di contagio, anche nella intercettazione di una popolazione tossicodipendente "sommersa" e marginale, quindi non in contatto con i servizi e difficilmente sensibilizzabile alla cura di sé per mezzo di strumenti canonici.

Il progetto di cui qui si parla, attraverso l'intervento che illustreremo, si attiva sulla base dei principi ispiratori sopra descritti, col preciso intento di contribuire, in linea con essi, al miglioramento della salute del tossicodipendente e, di conseguenza, della salute generale della comunità territoriale in cui vive e di cui è cittadino.

Il progetto "Gulliver"

Il progetto di Riduzione del Danno con Unità Mobile di Strada Gulliver¹ è presente sul territorio del Comune di Pisa dal 1998. Frutto della collaborazione tra il Sert dell'Azienda USL 5 di Pisa e la Cooperativa Sociale Il Cerchio di Pisa, il progetto si ispira ad una prassi di integrazione tra Servizio Pubblico e Servizio del Privato Sociale mirata a moltiplicare le possibilità di intervento sociale e sanitario rivolte all'alta marginalità urbana.

Obiettivo generale del progetto è quello di ridurre, in particolar modo, la diffusione dell'infezione da HIV ed altre patologie, la mortalità da overdose, ma anche i problemi derivanti da stati di marginalità sociale grave.

Per raggiungere tale obiettivo, l'équipe del progetto ha studiato e messo a punto negli anni azioni di sistema e di prossimità². Tra le prime sono annoverabili: osservazione e mappatura dei luoghi d'incontro di tossicodipendenti e dei relativi stili di vita; costruzione di relazioni con tossicodipendenti opinion leader come mediatori del contatto con la popolazione di utilizzatori di sostanze; creazione di rapporti di rete con i soggetti delle aree del territorio più toccate dal fenomeno di spaccio e consumo.

Tali azioni hanno preparato il campo per un intervento di prossimità, focalizzato sulla cura di sé in termini sanitari, quali: distribuzione di siringhe e profilattici, raccolta di siringhe usate, distribuzione di Narcan e interventi di primo soccorso; distribuzione di materiale informativo sulle sostanze, i loro effetti e sulle malattie correlate ad assunzione per via iniettiva; distribuzione di materiale descrittivo dei servizi presenti sul territorio ed invio ai servizi stessi.

Per poter raggiungere al meglio i propri obiettivi, il camper dell'UdS ha scelto di essere presente nelle zone della città di Pisa più connotate da attività di aggregazione, spaccio o consumo, in una tensione alla prossimità con il tossicodipendente nel momento dell'uso della sostanza, in modo tale da poter offrire una sponda per l'accrescimento dei fattori di protezione utile ad una più sicura assunzione della sostanza stessa. Tale atteggiamento ha portato l'UdS a variare più volte negli anni il proprio posizionamento, seguendo il mutare delle aree di spaccio e vedendo crescere il riconoscimento del ruolo dell'équipe tra i tossicodipendenti, fino ad arrivare al contatto, negli ultimi anni, con fasce di persone socialmente assai marginali quali "senza fissa dimora", immigrati, "punkabbestia", giovani po-

liassuntori, che sono venuti ad affiancare un'utenza più tradizionale quale quella costituita da eroinomani "storici", più radicati nel territorio cittadino e dalle modalità di vita meno "estreme". L'intervento con persone appartenenti a fasce di marginalità estrema ha rappresentato una importante azione di mediazione sociale.

Veniamo ora alla descrizione di alcune azioni caratterizzanti il Progetto Gulliver: la *restituzione delle siringhe usate da parte dei consumatori* e la *somministrazione del questionario annuale di conoscenza degli utenti*.

Focus su un'azione specifica: la restituzione delle siringhe usate

L'équipe degli operatori ha posto una specifica attenzione alla restituzione delle siringhe usate da parte dei consumatori, attraverso una richiesta di collaborazione e di assunzione di responsabilità del tossicodipendente utile a contribuire al miglioramento della sensazione di sicurezza nella cittadinanza. Questa azione in particolare è stata scelta ed ha assunto un ruolo centrale in quanto permette all'équipe di esercitare quel ruolo di mediatore sociale "leggero" tra l'utenza e la comunità territoriale che è prerogativa di ogni UdS.

Ovviamente, un lavoro in tal senso non è stato, negli anni, lineare nelle caratteristiche e nei risultati. Infatti, se fin dal primo anno ci si è attivati sul problema organizzando una giornata di raccolta delle siringhe usate denominata "Più sicura la città" che coinvolse anche alcuni consumatori, ci si è però resi subito conto che l'episodicità non bastava e doveva essere avviato un lavoro quotidiano. Tale intervento doveva passare dal rapporto giornaliero con gli utenti, continuamente stimolati dagli educatori a restituire le siringhe in modo accorto, ottenendo nel tempo la collaborazione dei consumatori.

Attraverso questo metodo, si è passati da una percentuale di restituzione di siringhe usate (sul totale delle siringhe distribuite) del 33% nel 2002 al 42% del 2005 (vedi Tab. 1). I dati parziali dei primi sei mesi del 2006 vedono salire questo dato al 56%.

Tabella 1. Dati generali del Progetto Gulliver anni 2003-2005

Unità di strada	2003	2004	2005
UTENZA (*)	289	261	242
Maschi	235	212	203
Femmine	52	49	39
CONTATTI (**)	5554	5299	4833
Maschi	4974	4858	4440
Femmine	580	441	393
Siringhe distribuite	13894	15304	14850
Siringhe restituite	2602	6292	6305
Percentuale restituite	19%	41%	42%
Profilattici distribuiti	1004	1395	1866
Narcan distribuito	111	130	110

(*) dal momento che il Servizio garantisce l'anonimato dell'utenza, il dato si riferisce alla stima del numero di persone diverse nell'arco dell'anno.

(**) un contatto viene registrato ogni volta che un utente usufruisce dell'UdS.

A tale incremento hanno contribuito diversi fattori, da fine 2001 in poi, quali: un limite giornaliero di siringhe consegnate per utente, che ha reso più controllabili le porzioni, lo stazionamento dell'UdS in una zona specifica, che ha reso meno instabile il rapporto con la popolazione tossicodipendente e permesso di concentrarsi sull'attività di relazione.

Inoltre, in termini di impatto generale dell'intervento sul territorio, una mappatura delle zone di consumo sempre più capillare ha reso possibile il segnalare tempestivamente al servizio cittadino di Nettezza Urbana le aree da bonificare con più urgenza.

Tali fattori, uniti a quello indispensabile di essere riconosciuti dagli utenti quali autorevoli interlocutori, hanno permesso il sensibile incremento nella restituzione delle siringhe usate e il contributo al miglioramento della qualità della vita di un'intera comunità territoriale.

Il questionario di rilevazione

La somministrazione del questionario annuale ha lo scopo di raccogliere dati in modo sistematico sulle caratteristiche degli utenti al fine di supportare il processo di crescita del progetto e lo sviluppo di strategie mirate, ad esempio individuando gruppi di utilizzatori con particolari caratteristiche o intercettando i cambiamenti che si possono verificare nel tempo.

Il questionario che prendiamo in considerazione è stato somministrato nei mesi di aprile e maggio 2005 a 106 utenti dell'UdS.

La somministrazione del questionario è stata effettuata in tre luoghi della città di Pisa e precisamente in via Pisano (nella zona dove è presente un presidio per la somministrazione delle terapie farmacologiche), in Lungarno Mediceo (presso la farmacia 24 ore) e in via Toselli (centro cittadino), durante tre fasce orarie diverse (antimeridiana, pomeridiana e serale) (Tab. 2).

Tabella 2. Luoghi ed orari di somministrazione del questionario

	Via Pisano	Via Toselli	Lung.no Mediceo	Tot. (%)
Antimeridiano	49			49 (46,2)
Pomeridiano	19			19 (17,9)
Serale		9	29	38 (35,9)
Tot.	68	9	29	106 (100)

Nello specifico, il questionario approfondisce alcune caratteristiche delle persone che usufruiscono dell'UdS relativamente ad aspetti generali (genere, età, situazione lavorativa), ai programmi terapeutico-riabilitativi effettuati o in corso, alle sostanze utilizzate, all'esperienza di overdose e alla conoscenza del farmaco salvavita per il consumo di eroina.

Caratteristiche del campione

Dalla elaborazione del questionario emerge una prevalenza di maschi (90%) rispetto alle femmine (10%). L'età media è 35 anni (d.s. 7,4) con un range che va dai 20 ai 65 anni. Le fasce di età più rappresentate sono quelle che vanno dai 20 ai 30 (32%) e dai 30 ai 40 anni (44%). Risulta però ben rappresentata anche la fascia tra i 41 ed i 50 anni che raggiunge il 22%. Dai dati sull'occupazione emerge che il 71,7% del campione dichiara di avere una occupazione lavorativa (di questi, il 6,6% è anche studente), il 25,5% dichiara di fare altro (niente, cerco lavoro, disoccupato, punkabbestia) mentre il 2,8% (n = 3) sono pensionati.

Il rapporto con il Ser.T. e i programmi terapeutico-riabilitativi

Il 23,8% dei soggetti (n=25) dichiara di non avere avuto contatti con il Ser.T. negli ultimi 15 giorni mentre il 76,2% (n=80) dichiara di averli avuti (vedi Tab.3). Tra questi ultimi il 93% (n=74), afferma di assumere una terapia farmacologia (metadone o buprenorfina), mentre il 6% (n=5) afferma di non assumere nessuna terapia. Tra coloro che hanno risposto di non aver avuto contatti con il Ser.T., l'80% (n=20) dichiara anche di non assumere alcuna terapia farmacologica; sono presenti 5 persone che, pur non frequentando il Ser.T., dichiarano di assumere metadone o buprenorfina.

Tabella 3. Contatto con il Sert negli ultimi 15 giorni e terapia farmacologica assunta (in parentesi dati in percentuale)

	Nessuna terapia farmac.	Metadone	Buprenorfina	Altro	Totale (%)
Contatto con il Sert	5 (6,3)	63 (78,7)	11 (13,8)	1 (1,3)	80 (76,2)
Nessun contatto con il Sert	20 (80)	4 (16)	1 (4)	-	25 (23,8)
	25	67	12	1	105 (100)

Chi quadro = 57,163; d.f. = 3; $p < .001$

Dalle rilevazioni effettuate negli ultimi anni emerge che è aumentata la percentuale di coloro (attualmente il 24%) che non sono in contatto con il Ser.T.

Per quanto riguarda l'aver fatto esperienze terapeutiche diverse dall'intervento ambulatoriale, il 55% (n = 58) dichiara di non aver avuto esperienze in strutture comunitarie. Dei 48 soggetti che invece dichiarano di avere avuto tali esperienze, 39 persone (37%) hanno frequentato una Comunità terapeutica residenziale, 29 (28%) hanno frequentato il Centro Semiresidenziale di Osservazione e Diagnosi "Passo di Barca", 4 dichiarano di essere stati in casa-famiglia e 3 persone affermano di aver avuto esperienze in altre strutture terapeutiche.

L'utilizzo di sostanze negli ultimi 15 giorni

Abbiamo chiesto ai soggetti del campione quali sostanze abbiano utilizzato negli ultimi 15 giorni. Dalla Tab.4 vediamo che l'85,8% dei soggetti dichiara di aver fatto uso di eroina. Le altre due sostanze che vengono consumate sono cannabis e cocaina, entrambe indicate dal 43,4% del campione. Segue l'alcol (31,1%) e, con minori percentuali, benzodiazepine, amfetamine, ecstasy, acidi.

Esperienze di overdose e conoscenza del Narcan

E' stato chiesto agli utenti del servizio quanti abbiano avuto (da gennaio 2004 ad oggi) esperienze di overdose e quanti conoscano e abbiano utilizzato il Narcan. Hanno risposto di essere andati incontro ad overdose 4 persone (4%) mentre 93 persone (88%) conoscono il Narcan e 13 (12%) dichiarano di averlo utilizzato.

Tabella 4. Sostanze utilizzate negli ultimi 15 giorni

	N	%
Eroina	91	85,8
Cannabis	46	43,4
Cocaina	46	43,4
Alcol	33	31,1
Benzodiazepine	9	8,5
Amfetamine	8	7,5
Ecstasy	5	4,7
Acidi	2	1,9
Altro (es. gioco d'azzardo)	1	0,9

Caratteristiche del campione, rapporto con il Ser.T., uso di sostanze: le associazioni tra variabili

Dopo una prima analisi descrittiva, è stato condotto un approfondimento al fine di identificare relazioni tra variabili.

Abbiamo inizialmente preso in considerazione l'età dei soggetti. Sono emerse differenze significative ($t=2,80$; $df\ 76$; $p<.05$), nell'utilizzo della terapia farmacologica sostitutiva: è più probabile che coloro che dichiarano di assumere buprenorfina abbiano un'età inferiore ($m\ 30,7$; $d.s.\ 7,0$), rispetto a coloro che assumono metadone ($m\ 36,8$; $d.s.\ 6,9$).

Sono inoltre presenti differenze di età significative rispetto alle sostanze che i soggetti hanno dichiarato di avere utilizzato negli ultimi 15 giorni. Sono più giovani coloro che hanno dichiarato di avere utilizzato alcol ($t=2,66$; $df\ 103$; $p<.01$), amfetamine ($t=7,94$; $df\ 23,9$; $p<.001$), benzodiazepine ($t=2,70$; $df\ 103$; $p<.01$), cannabis ($t=2,74$; $df\ 103$; $p<.01$), cocaina ($t=3,19$; $df\ 103$; $p<.01$); mentre non sono emerse differenze significative rispetto ad eroina ed ecstasy.

Sono sempre i più giovani che dichiarano di avere avuto esperienze di overdose ($t=2,22$; $df\ 103$; $p<.05$).

Rispetto agli orari nei quali sono stati compilati i questionari, l'età di chi l'ha compilato in orario serale ($m\ 31,0$; $d.s.\ 7,4$), appare significativamente più bassa ($F=14,301$; $df\ 2$; $p<.001$), rispetto a chi l'ha compilato in orario pomeridiano ($m\ 37,0$; $d.s.\ 6,3$) o antimeridiano ($m\ 38,3$; $d.s.\ 7,5$).

L'età non sembra invece associata né a passate esperienze di tipo comunitario residenziale o semiresidenziale, né alla conoscenza e all'utilizzo del Narcan.

Rispetto al genere non sono emerse differenze significative, probabilmente dato l'esiguo numero di donne nel campione.

Coloro che dichiarano di avere avuto contatti con il Sert negli ultimi 15 giorni hanno avuto con maggiore frequenza espe-

rienze terapeutiche in strutture residenziali o semiresidenziali ($X^2=8,137$; $df\ 1$; $p<.01$).

L'esperienza in strutture terapeutiche è anche associata alla conoscenza del Narcan ($X^2=5,346$; $df\ 1$; $p<.05$) e all'averlo utilizzato in passato ($X^2=9,251$; $df\ 2$; $p<.01$).

A partire dalla domanda su quali sostanze i soggetti abbiano usato negli ultimi 15 giorni, abbiamo costruito tre gruppi: il primo gruppo (gruppo 1; $n=38$) composto da coloro che dichiarano di avere utilizzato solo eroina o eroina e cannabis; il secondo gruppo (gruppo 2; $n=33$) costituito da coloro che, oltre all'eroina hanno dichiarato di utilizzare cocaina e alcol, e un terzo gruppo (gruppo 3; $n=28$) composto da poliaffettori, che hanno dichiarato di assumere, in varie combinazioni, eroina, cocaina, amfetamine, benzodiazepine, alcol, cannabis, ecstasy).

Questi gruppi, costruiti rispetto alle sostanze utilizzate, differiscono significativamente rispetto all'età ($F=13,770$; $df\ 2$; $p<.0001$), mettendo in evidenza, per chi utilizza solo eroina, un'età significativamente maggiore ($m\ 39,6$; $d.s.\ 6,4$), rispetto agli altri due gruppi (gruppo 2: $m\ 33,8$; $d.s.\ 6,9$; gruppo 3: $m\ 31,5$; $d.s.\ 6,3$).

Sono inoltre presenti differenze significative ($X^2=14,555$; $df\ 4$; $p<.01$) rispetto all'orario di utilizzo del camper: è infatti più probabile che chi appartiene al gruppo 1 abbia compilato il questionario in orario antimeridiano mentre chi appartiene al gruppo 2 o al gruppo 3 lo abbia compilato in orario serale. Inoltre è più probabile che i componenti del gruppo 1 dichiarino di trovarsi in uno stato di occupazione o studio e chi si trova nel gruppo 3 dichiarino di non essere occupato ($X^2=5,974$; $df\ 2$; $p<.05$).

I soggetti, raggruppati per tipologie di utilizzo delle sostanze, appaiono caratterizzati da aspetti specifici che li contraddistinguono. È emerso un gruppo di utilizzatori solo di eroina, con l'età più elevata, composto da persone che dichiarano di avere una occupazione e/o studi in corso, che assu-

mono metadone come terapia farmacologica sostitutiva ed utilizzano il camper maggiormente in orario antimeridiano.

Assume una identità precisa anche il gruppo costituito dai "poliassuntori": hanno l'età più bassa, assumono buprenorfina come terapia farmacologica sostitutiva, utilizzano il camper preferibilmente in orario serale e, in proporzione maggiore rispetto agli altri gruppi, si dichiarano inoccupati o in cerca di occupazione. E' quest'ultimo gruppo quello nel quale rientrano le persone che nell'ultimo anno e mezzo dichiarano di essere andati incontro ad overdose.

Conclusioni

Il lavoro presentato si realizza in modo integrato tra operatori del SerT e del Progetto Gulliver in un rapporto ormai consolidato nel tempo; esso si articola in incontri di coordinamento e approfondimento delle azioni del progetto, momenti di supervisione, presenza di un operatore del Progetto Gulliver presso il SerT per un giorno la settimana, incontri annuali con tutti gli operatori SerT.

Il percorso di integrazione porta a sviluppare una metodologia condivisa della quale è parte la somministrazione e l'analisi del questionario annuale.

Dall'analisi dei dati vediamo come emerge un campione che ben riflette le caratteristiche dell'utenza del progetto, sempre più avviata, dall'inizio della attività nel 1998 ad oggi, ad una differenziazione in termini di età, contesti di vita, sostanze e combinazione di sostanze assunte. L'analisi del campione aiuta a conoscere meglio le tipologie degli utenti e può essere utile alla diversificazione dell'approccio. Tale variabilità porta ad assumere come strumento di lavoro irrinunciabile un approccio personalizzato con i fruitori del servizio affinché sia sempre più orientato a risposte specifiche basate sulle caratteristiche dell'utenza.

L'attenzione alla "bassa soglia" è un concetto acquisito per il progetto ma va continuamente rinnovata in quanto il fenomeno dello spaccio e del consumo risulta dinamico nel tempo e nello spazio (basti pensare a come cambiano i luoghi nella città).

La stessa attività tesa alla restituzione di siringhe comporta un approccio il più adeguato possibile alla natura di ogni persona, nell'ottica di un suo coinvolgimento positivo nell'azione. L'approccio oscilla tra il sottolineare le ricadute delle azioni sulla comunità territoriale, nel caso in cui per la persona abbia valore il termine "sociale", e l'individuare le conseguenze strettamente di convenienza individuale legate alle "zone di buco" o alle implicazioni domestiche (ad esempio il rischio dell'accumulare siringhe in qualche mobile con la presenza di bambini in casa).

Peraltro, tale modalità relazionale, non esaurisce la propria efficacia nella sfera del rapporto operatore-utente, ma ha anche ricadute in quello utente-comunità territoriale, andando ad incidere sulla dimensione dell'utente come cittadino.

Favorire la responsabilizzazione dell'utente come cittadino comporta l'aumento della disponibilità ad accoglierlo e l'attenuazione dei processi di stigmatizzazione così come minori rischi per la comunità stessa.

L'educazione all'uso di siringhe pulite, la distribuzione di preservativi, le informazioni sui trattamenti, gli interventi di primo soccorso, la distribuzione di Narcan agli utenti, quali azioni caratteristiche del progetto possono essere indirizzate e personalizzate sulla base di quanto emerge dalle osservazioni sul campo degli operatori e dai risultati del questionario annuale. Dai dati emerge un aumento del numero di utenti che non sono in contatto con i servizi e ciò può essere spiegato anche con una sempre maggiore apertura alle fasce più marginali o sommerse. Ad esempio, emerge come il gruppo di poliassuntori assuma caratteristiche specifi-

che non solo nell'età, sono i più giovani, ma anche rispetto alla condizione lavorativa (più inoccupati), ai comportamenti di utilizzo del camper (preferibilmente in fasce serali), al maggiore rischio di overdose. Se intendiamo orientare gli interventi sulla base di tali dati occorre dunque indirizzare informazioni specifiche di educazione sanitaria nella fascia serale e verso i più giovani ma anche sviluppare nuove strategie per costruire relazioni in grado nel tempo di rappresentare un ponte verso l'accesso ad altri servizi.

I possibili sviluppi del progetto riguardano: il potenziamento del lavoro di rete con i servizi del territorio e la cittadinanza attiva (ad esempio contribuendo a tenere pulite alcune zone della città con l'installazione di contenitori per la raccolta di siringhe usate), l'approfondimento delle caratteristiche di coloro che non mostrano nessun segno di voler abbandonare il consumo cercando di elaborare insieme risposte e alternative di vita possibili, lo sviluppo di ulteriori strategie per orientare chi sviluppa una motivazione al cambiamento attraverso, ad esempio, azioni di accompagnamento, consulenza più strutturata e case management con operatore di riferimento in collegamento con il SerT.

L'approccio personalizzato appare oggi il solco metodologico in cui calare il lavoro dell'UdS, sia che si parli di messaggi di salute, che di orientamento ai servizi, che di rapporti col territorio e con la cittadinanza e costituirà la base di tutte le attività dell'equipe del progetto Gulliver nel futuro.

Note

- ¹ Da ora in poi denominata con la sigla UdS.
- ² Si intendono per "azioni di prossimità" quelle attività realizzate a diretto contatto con l'utente il cui avvicinamento è favorito da "bassa soglia" ad accesso diretto ed in condizioni di anonimato.

Bibliografia

- AA.VV., Unità di strada e riduzione del danno, Itaca, 1997, 2
- AA.VV., Le Unità di Strada, Prospettive Sociali e Sanitarie, 2001, 16
- AA.VV., Unsafe injection practices in a cohort of injecting drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help?, Canadian Medical Association Journal, 2001, 165, 4: 405-410
- Agnoletto V., La Marca P., Le unità di strada nella futura rete dei servizi, Animazione sociale, 1999, 2
- Agnoletto V., Dalla disintossicazione alla riduzione del danno: il continuum nell'intervento terapeutico, 1996, Prospettive sociali e sanitarie, 5
- Agnoletto V., La Marca P., Nuove pratiche di riduzione del danno, Narcomafie, 1999, 6
- Andreoli C., Linee guida sulla riduzione del danno, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1999, 16
- Barra M., La frontiera della riduzione del danno tra opposti estremismi, Medicina delle tossicodipendenze, 1994, 3
- C.N.C.A., Riduzione del danno, La ciotola, 1993, 10
- Camarlinghi R. (a cura di), Le nuove frontiere di riduzione del danno. Intervista a Leopoldo Grosso, Animazione sociale, 2000, 2
- Campedelli M., Droga: dalle parole ai fatti, EGA, 1993, Torino
- Campedelli M., Educativa di strada e riduzione del danno, in: "Il lavoro di strada - prevenzione del disagio, delle dipendenze, dell'AIDS", Quaderni di Animazione e Formazione, 1995, Edizioni Gruppo Abele
- Campedelli M., Atti della Sesta Conferenza Mondiale sulla riduzione del danno nelle tossicodipendenze, Firenze, 26-30 Marzo 1995
- Campedelli M., Sulla riduzione del danno, Prospettive sociali e sanitarie, 1995, 5
- Casadidio A., Bisagno S., Serraglio A., Devivo A., Dalla riduzione del danno al diritto di cittadinanza: esperienza del Ser.T di Biella, Dal fare al dire, 1999, 2
- Cohen P., Un mutamento di rotta degli obiettivi principali del controllo sulla droga: dall'eliminazione del consumo alla sua regolamentazione. La riduzione dei rischi come nuovo cardine della politica in materia di droga, Quaderni di Fuoriluogo, 1999, 7

- Correale A., Nicoletti V., *Il Gruppo in Psichiatria*, Borla, 1999, Roma
- D'Anselmo M., *Tossicodipendenze: la riduzione del danno*, L'incontro, 1994, 8
- Di Matteo M., Carboni M., *Riduzione del danno: attività intrasert, Salute e prevenzione*, 1997, 19
- Freudiani B., *Dare respiro alla riduzione del danno*, Animazione sociale, 1995, 2
- Gambini R., *Programmi di recupero drug-free e interventi di riduzione del danno*, Senza margine, 1993, 3
- Grosso L., *L'individualizzazione degli interventi di riduzione del danno*, Animazione sociale, 1995, 2
- Lindsmith A. R., *A general theory of addiction to Opiate-types drug*, Theories on drug abuse, Reserch Monograph, 1980, 30: 34-37
- Marlatt G.A., *Harm Reduction: come as you are*, Addictive Behaviors, 1996, 21, 6: 779-788
- Marzocchi T., Pini G., Polidori E. (a cura di) *Privato sociale e riduzione del danno*, Sestante, 1999, 10
- Meringolo P., Zuffa G., *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Unicopli Edizioni, 2001, Milano
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Atti della Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova 28-30 Novembre 2000
- Molinatto P., Ronconi S., (a cura di), *Sostegno tra pari a bassa soglia*, Quaderni di Animazione Sociale, Edizione Gruppo Abele, 2003
- Molinatto P., *Servizi a bassa soglia al crocevia di una filosofia del lavoro sociale*, Animazione Sociale, 2002, 1: 22-59
- Nadelmann E., Cohen P., Drucker E., Stimson J., Wodak A., *L'indirizzo sul controllo della droga a favore della riduzione del danno*, Quaderni di fuoriluogo, 1996, 2
- New Mind, *Accreditamento e certificazione della qualità nei servizi per le dipendenze e cura delle persone*, Regione Toscana - Giunta Regionale, 2002
- O'Hare P., *La riduzione del danno*, EGA, 1994, Torino
- Pandin M., *Progetto di riduzione del danno*, Polis, 1997, 26
- Pandin M., Fagnoni O., Gianpedrone S., *Riduzione del danno vista dalla pubblica opinione. Due percorsi nell'ambito del servizio di Riduzione del Danno del Comune di Venezia*, Animazione Sociale, 2001, 4
- Pepino L., *Modelli di politica legislativa e riduzione del danno*, Questione Giustizia, 1995, 3
- Pepino L., Sorgi C., (a cura di), *Primo: non nuocere. Politiche e pratiche di riduzione del danno*, EGA, 2000, Torino
- Pighi S. (a cura di), *La riduzione del danno*, Il Meschino, 1995, 4
- Prina F., *Dalla repressione alla riduzione del danno*, Dei Delitti e delle Pene, 1993, 2
- Ranci D., *Riduzione del welfare*, Fuoriluogo, 2001, 2
- Springhetti P., *Riduzione del danno*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1994, 16, Milano
- Rigliano P., Cozzi A., *Riduzione del danno o asunzione dei rischi?*, La terra vista dalla luna, 1995, 3
- Ronconi S., *Unità di strada e limitazione del danno*, Quaderni di Animazione e Formazione, 1995, Edizioni Gruppo Abele
- Ronconi S., *Ridurre il danno non il welfare*, Fuoriluogo, 1999, n°2
- Springhetti P., *Riduzione del danno*, Rivista del Volontariato, 1994, 11