

I PROGRAMMI DI SCAMBIO DELLE SIRINGHE PER LA PREVENZIONE DELL'AIDS NEI TOSSICODIPENDENTI

Stefania Garzotto (1), Roberto Bressan (1), Giovanni Serpelloni (2)

(1) *Ser.T. ULSS N.6 - Vicenza*

(2) *Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T.1 - ULSS 20 - Verona*

INTRODUZIONE

L'uso promiscuo della siringa è uno dei veicoli più rischiosi per la diffusione dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti: il sangue contaminato che rimane negli strumenti da iniezione può essere passato da un utilizzatore all'altro (1). Molti studi, in tutto il mondo, hanno in passato riportato la consuetudine dei tossicodipendenti di condividere la siringa con altri compagni, in alte percentuali: il 63% ad Edimburgo, il 53% a New York, il 91% a Melbourne, il 60% in Nuova Zelanda, il 77% a Parigi, il 76% in Scozia (2). Nell'ambito delle attività per la prevenzione delle complicanze della Dipendenza Cronica da Eroina (DCE), che è diretta in particolare alla trasmissione delle malattie infettive ed ai casi di overdose, le azioni volte ad eliminare la condivisione degli strumenti iniettivi vengono ad assumere un'importanza fondamentale.

La condivisione delle siringhe

Tutti gli studi effettuati a questo proposito evidenziano che i tossicodipendenti motivano la condivisione della siringa soprattutto con la difficoltà di reperirne sterili, di cui possono essere causa vari fattori, dalla legislazione particolarmente restrittiva di certi paesi all'atteggiamento sfavorevole dei farmacisti, che sono generalmente i principali fornitori di siringhe, oltre all'effetto disincentivante che a volte le Forze dell'Ordine hanno prodotto utilizzando le farmacie come punti di sorveglianza per l'identificazione e il successivo pedinamento dei tossicodipendenti.

Per rispondere a tale difficoltà si sono studiati ed implementati in molti paesi occidentali, a partire dalla metà degli anni '80, dei programmi di "scambio" delle siringhe (needle/syringe exchange), con i quali si intendono varie modalità per fornire materiali sterili a chi fa uso di droga per via parenterale. Tali programmi fanno

affidamento sulla convinzione che i tossicodipendenti sono consci del rischio che corrono condividendo con altri la loro siringa e che sono quindi motivati, se messi nelle condizioni per farlo, ad evitare tale comportamento.

Una recente approfondita ricerca inglese (3) ha individuato alcune determinanti del comportamento di condivisione delle siringhe che si sono rilevate complesse e che coinvolgono fattori sia individuali che sociali. La globale disponibilità delle siringhe nel territorio rimane il fattore condizionante principale, ma altre variabili sono associate alla condivisione nei suoi due aspetti: uso di siringhe altrui e passaggio della propria siringa ad altri compagni. Pur essendovi differenze in base al tipo di droga assunta (eroina, amfetamine o diversi tipi di sostanze) i fattori che maggiormente sembrano promuovere la condivisione della siringa sono avere un partner sessuale tossicodipendente, il gruppo degli amici tossicodipendenti, l'età più giovane, un'alta frequenza di assunzione della droga. Frequentare programmi di scambio siringhe sembra promuovere il passaggio della propria siringa ai compagni, e così avere amici tossicodipendenti ed essere più giovani (fatto, questo, legato forse al bisogno di accettazione del gruppo); essere o meno in trattamento ed avere un partner tossicodipendente sembrano influire su entrambi i sensi della condivisione.

I fattori individuati non sono direttamente affrontabili con l'aumento della disponibilità delle siringhe, apparendo essi espressioni di solidarietà, fiducia o semplicemente "bravate", ma possono essere trattati solo in un contesto di ampia accessibilità alle siringhe.

I programmi di scambio siringhe

I programmi di scambio delle siringhe costituiscono il metodo predominante adottato in Gran Bretagna per ridurre il rischio di infezione da HIV nei tossicodipendenti; altri metodi (distribuzione di metadone, diffusione di abilità preventive quali la disinfezione delle siringhe usate) sono stati preferiti negli USA.

I precursori delle odierne metodologie di riduzione del rischio vanno ricercati nelle idee che sorsero negli anni '60 e primi '70 e vennero diffuse da una vasta letteratura alternativa sull'uso di droghe che trasmetteva informazioni sulla loro produzione, uso e godimento e sui modi per evitare i problemi ad esse connessi; l'insieme di tali informazioni costituisce una sorta di "etnoscienza" delle esperienze di droga. Gli studi sulle relazioni fra droga e società evidenziarono che più una droga era nota in tutti i suoi aspetti in una comunità, minori risultavano i problemi e più facile la gestione degli eventuali effetti negativi. Questa prospettiva ebbe scarsa accoglienza e fino ai primi anni '80 la filosofia predominante è stata quella orientata alla necessità dell'astinenza da sostanze. La comparsa dell'AIDS nel 1986, con la sua

rapida diffusione soprattutto in Scozia, causò una sorta di rivoluzione nelle politiche sociali anglosassoni, facilitata da un costante dibattito sulla riduzione del danno - attivo fin dagli anni '20 con la prescrizione di droga ai tossicodipendenti - e dall'esistenza di un'ampia rete di servizi (4). L'ONU, nella conferenza mondiale del 1986 a Stoccolma, ha autorevolmente affermato che favorire la disponibilità delle siringhe per i tossicodipendenti è un modo per ridurre la diffusione dell'HIV, nonché di altre malattie infettive: ad Amsterdam, la prima distribuzione di siringhe venne implementata nel 1984 da parte del "junkiebond" (gruppo organizzato di tossicodipendenti) per contrastare la diffusione dell'epatite B (5).

Si rende necessaria a questo punto una riflessione sul significato dei programmi di scambio ed, in generale, di tutte le strategie che, nel campo della tossicodipendenza, tendono alla "riduzione del danno" più che alla remissione del sintomo dipendenza: accettare questo modello è da un lato, in parte, ammettere una sconfitta, perché implica l'accettazione del fatto che, nonostante l'impegno e l'impiego di risorse - politiche, sociali, sanitarie ed economiche - una parte consistente della popolazione tossicodipendente continui comunque nel suo comportamento di abuso; proprio su tali persone il modello focalizza la sua azione con l'obiettivo iniziale - a bassa soglia o a breve termine - di preservarne la salute e la vita e di diminuire contemporaneamente la possibilità di diffusione delle infezioni ad altre persone. I programmi di scambio delle siringhe rientrano in questo tipo di interventi rivolti ai bisogni immediati dei tossicodipendenti, alla soluzione di problemi concreti, con la finalità ulteriore di un aggancio delle persone non in contatto con i Servizi in vista di una presa in carico e di un futuro programma di disintossicazione e cura. Gli interventi di cura e riabilitazione - detti ad alta soglia o a lungo termine - non vengono esclusi, ma si prende atto che vi sono situazioni in cui essi possono essere solo auspicati; i due tipi di intervento - ad alta e bassa soglia - non sono mutuamente esclusivi, ma hanno attuazione su due piani in momenti diversi e possono anche coesistere a seconda della situazione della persona interessata e della sua fase di cambiamento.

D'altra parte, la rinuncia a riconoscere la priorità di un intervento centrato sulla prevenzione delle complicanze della DCE, soprattutto in questa epoca di epidemie di malattie infettive (HIV, HCV, HBV) nei tossicodipendenti, corrisponde ad un atteggiamento e ad un comportamento assolutamente inaccettabili sia in termini di tutela della salute del paziente che della comunità. Nessuno potrebbe oggi, con le evidenze scientifiche in nostro possesso ed in coscienza, sostenere il vecchio metodo secondo cui il tossicodipendente, per guarire (=redimersi), deve prima "toccare il fondo", a meno di considerare di poco conto il fatto di esporre la persona ad un'infezione permanente, magari letale, oltre ai rischi di overdose legati ai suoi comportamenti.

OBIETTIVI DEI PROGRAMMI DI SCAMBIO DELLE SIRINGHE

Il denominatore comune dei vari programmi di scambio delle siringhe è appunto il concetto di “scambio”: il materiale sterile (siringhe, aghi, possibilmente acqua distillata, salviette disinfettanti, profilattici) non viene semplicemente “distribuito”, ma consegnato sulla base del ritorno del materiale da iniezione usato: lo scambio riduce la possibilità che le siringhe usate siano abbandonate in luoghi pubblici, a rischio dei cittadini - soprattutto dei bambini - e quindi creando un grosso problema di salute pubblica, ma anche uno svantaggio per i tossicodipendenti stessi: l'impatto emotivo che ha il problema della dispersione ambientale delle siringhe usate e la conseguente reazione dell'opinione pubblica pongono i tossicodipendenti in una posizione ancor più sfavorevole e rendono le politiche sociali e sanitarie che li riguardano più “dure” nei loro confronti.

La possibilità di raccogliere un gran numero di siringhe usate consente alle autorità sanitarie di controllare il tipo di virus maggiormente diffuso nella popolazione tossicodipendente, permettendo sia di effettuare ricerche epidemiologiche e cliniche sia di predisporre adeguate campagne preventive (per esempio, rendere obbligatoria la vaccinazione per l'epatite B per i tossicodipendenti).

Un altro vantaggio dello scambio è che il tossicodipendente è spinto a “tornare” al luogo di scambio e quindi è facilitato l'informale accesso ad eventuali servizi di counselling, alla possibilità di trattamento o comunque ad un contatto con qualche tipo di Servizio sanitario dal quale essere preso in carico.

Un accenno alle “controindicazioni”: come meglio specificato più avanti, nessuna ricerca al mondo ha ravvisato conseguenze negative dei programmi di scambio delle siringhe, né per i tossicodipendenti né per la popolazione generale.

METODI DEI PROGRAMMI DI SCAMBIO DELLE SIRINGHE

I programmi di scambio delle siringhe possono essere attuati con diverse modalità, scelte a seconda delle risorse disponibili, dell'ambiente socio-politico presente, della legislatura vigente nel paese, ecc.

Le principali modalità previste sono le seguenti:

1) tramite operatori di strada

Attivazione di un gruppo di operatori di strada che contattano direttamente i tossicodipendenti nei loro luoghi di ritrovo, instaurano con loro una valida relazione di fiducia e mettono in atto il programma di scambio offrendo, insieme al materiale sterile, informazioni, counselling, opportunità di contatto con i Servizi sanitari, eventualmente anche Servizi medici e sociali.

Questo metodo ha il grande vantaggio della relazione diretta con i tossicodipendenti, con la conseguente facilitazione della presa in carico della persona anche in vista di un eventuale trattamento. Richiede che gli operatori siano persone bene addestrate, con un ottimo livello di conoscenze e buone capacità relazionali e una maturità psicologica sufficiente per superare le eventuali frustrazioni derivanti dai rapporti con persone che non sempre sono facilmente gestibili;

2) tramite macchine scambiatrici

Installazione di macchine scambiatrici di siringhe, cioè macchinari automatici (meccanici od elettronici) che consegnano una siringa sterile in cambio di una usata; esistono anche distributori di siringhe che consegnano la siringa in cambio di una moneta: generalmente le macchine offrono entrambe le possibilità. Gli scambiatori di siringhe possono venire installati in due situazioni diverse: a) con l'assistenza di un operatore b) senza operatore. I vantaggi degli scambiatori sono l'economicità, l'anonimato per l'utente, la disponibilità continuata di siringhe senza limiti di orario; fra gli svantaggi vi sono la possibilità di rotture - intrinseche alla macchina in quanto tale, dovute a cattivo uso oppure a vandalismi; lo svantaggio maggiore è legato, in caso di scambiatore non assistito, proprio all'assenza di un operatore e quindi alla mancata possibilità di un rapporto diretto, personale, con gli utenti: in tal caso è necessario inserire l'installazione della macchina in un contesto di educazione sanitaria e di iniziative informative locali dirette ai tossicodipendenti;

3) tramite farmacisti

In più paesi si sono progettati programmi di scambio affidati alle farmacie, magari con l'aiuto di un riconoscimento economico, di materiali per la raccolta di siringhe usate, di materiale informativo per i clienti, di speciali contrassegni per i farmacisti partecipanti. Generalmente tali programmi sono molto ben accettati ai tossicodipendenti, dal momento che le farmacie sono comunque il luogo privilegiato per procurarsi una siringa; dove i farmacisti non hanno difficoltà, il metodo funziona bene, consentendo la farmacia sia l'anonimato per l'utente che una relazione personale ed essendo comunque un punto di riferimento preciso.

Le limitazioni sono legate agli orari di apertura e, spesso, alla mancata preparazione dei farmacisti nello svolgere l'impegno.

Al di là delle differenze, un programma di scambio delle siringhe deve essere psicologicamente e fisicamente accessibile, richiedere pochi requisiti per la frequentazione, una minima identificazione dell'utente, relazioni informali e non coercitive con lo stesso (2), (6), ponendosi due obiettivi di base: ridurre il rischio di infe-

zione da HIV e diminuire i danni derivanti dall'uso di droga (5).

Alcuni programmi di scambio operano sul modello di un servizio individuale, specialmente quelli sviluppati all'esterno dei Servizi per la tossicodipendenza già esistenti, e mirano ad arrivare ad ulteriori interventi di aiuto e trattamento; altri assumono un modello collettivo di cambiamento sociale, in cui la finalità è cambiare il modello generale di comportamento dei tossicodipendenti; altri modelli fanno riferimento al controllo dell'infezione in termini di salute pubblica, operato all'interno delle strutture pubbliche e spesso sono basati sulla collaborazione con le farmacie.

E' necessario che vengano considerate le esigenze della popolazione locale dei tossicodipendenti, perciò non è possibile adottare ovunque un unico modello di programma "standard": sarebbe auspicabile poter adottare un "sistema integrato" di programmi di scambio che possa rispondere in modo elastico alle diverse esigenze dell'eterogenea comunità locale di tossicodipendenti, ma sia strutturato in maniera sufficientemente uniforme da poter soddisfare le regole - organizzative, legali, economiche - imposte dall'ente gestore (7).

LE ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Veniamo ad esaminare in dettaglio, a titolo esemplificativo e probante delle affermazioni sin qui riportate, alcuni fra gli studi più significativi condotti negli ultimi anni in base all'applicazione di diversi programmi di scambio in diversi paesi del mondo occidentale.

Amsterdam, Olanda, 1989: sono stati sottoposti ad intervista 145 tossicodipendenti sull'uso di droga, la partecipazione ad un programma di scambio ed i comportamenti di condivisione delle siringhe; il follow-up, a distanza di un anno, ha verificato che il programma non ha causato effetti negativi quali un aumento di comportamenti iniettivi o maggiori vendite di siringhe ai tossicodipendenti; vengono raggiunti dal programma soprattutto i tossicodipendenti più vecchi ed è rilevata la necessità di counselling e di materiali informativi per i più giovani (8).

Glasgow, Scozia, 1990: vengono rilevati meno comportamenti a rischio in un gruppo di tossicodipendenti che frequentano un programma di scambio siringhe rispetto ad un gruppo di tossicodipendenti che semplicemente acquistano le siringhe in farmacia: maggior uso di condom (31,4% contro il 21,1%), meno condivisione di siringhe (58,8% contro l'81,4%); comunque i comportamenti a rischio permangono in entrambi i gruppi (9).

Inghilterra, 1990: studio sulla prevalenza di HIV e sui comportamenti a rischio di infezione in due gruppi di tossicodipendenti: gruppo A che frequenta un pro-

gramma di scambio, gruppo B che non lo frequenta. I dati del gruppo A (HIV positivi 1,2%, condivisione siringhe 24%) hanno mostrato una situazione migliore rispetto ai dati del gruppo B (HIV positivi 3,3%, condivisione siringhe 32%) (10).

Modena, Italia, 1991: valutazione dei risultati di un programma di scambio tramite scambiatore automatico, rilevati con la somministrazione di un questionario ai tossicodipendenti; quasi la totalità dei 50 tossicodipendenti intervistati conosce l'esistenza del programma, il 62% ha utilizzato la macchina e di questi il 70% circa ha acquistato le siringhe, solo il 30% ha provato a scambiarle. Alla fine, solo il 12-13% delle siringhe "distribuite" è stato scambiato: la difficoltà sembra legata al problema pratico e psicologico di un tossicodipendente di spostarsi sul territorio con una siringa usata (11).

Connecticut, Stati Uniti, 1992: studio sulla prevalenza di siringhe infette da virus HIV durante un programma di scambio siringhe a New Haven: sono state testate le siringhe ritornate nello scambio, verificando che, dal terzo mese di programma, la prevalenza cade dal 63% al 57% e si stabilizza poi al 47%, senza che si verifichino, nel periodo di studio (novembre 1990 - dicembre 1991), mutamenti nelle caratteristiche demografiche del campione né nelle abitudini di assunzione di droga (12).

San Francisco, Stati Uniti, 1993: valutazione degli effetti negativi dei programmi di scambio: viene fatto uno studio comparativo di due periodi biennali prima e dopo l'implementazione dei programmi di scambio: non si rileva alcuna associazione tra i programmi ed aumento dell'uso di droga, aumento di condivisione delle siringhe, cambiamenti di comportamento assuntivo da non iniettivo a iniettivo (13).

New York, Stati Uniti, 1993: studio sui comportamenti a rischio di infezione da HIV fra i partecipanti ai programmi di scambio delle siringhe, realizzato tramite interviste agli utenti al momento dell'entrata nel programma e dopo la frequenza (media di 8 mesi e mezzo); si è verificato un calo dei comportamenti a rischio (condivisione delle siringhe dal 31% al 19%) ed un corrispondente aumento di comportamenti di riduzione del rischio (disinfezione del materiale dal 24% al 66%), mentre nessuna modifica si è rilevata per quanto riguarda la frequenza dei comportamenti di iniezione (14).

San Francisco, Stati Uniti, 1994: valutazione di un programma di scambio delle siringhe, in base ai dati raccolti nel corso di cinque anni e mezzo tramite questionari semestralmente somministrati ai tossicodipendenti. Il 45% dei 5644 intervistati riportano di frequentare il programma abitualmente, il 61% dice di averlo

frequentato nell'ultimo anno. Vengono individuati dei fattori che proteggono dalla condivisione delle siringhe: l'uso di programmi di scambio, l'aver fatto il test HIV ed usufruito del counselling correlato, l'uso del preservativo, l'età più elevata, la razza afro-americana. L'iniezione di cocaina è predittoria della condivisione delle siringhe. In conclusione, il programma di scambio è stato rapidamente adottato dai tossicodipendenti, e nessun dato testimonia l'aumento di uso di droga né in termini di aumento di frequenza di iniezione né in termini di nuovi o più giovani adepti della tossicodipendenza (15).

LA VALUTAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCAMBIO DELLE SIRINGHE

Molti programmi di scambio delle siringhe non sono stati valutati, a causa di diversi problemi metodologici reali, intrinseci ai programmi stessi: l'anonimato, l'assenza di intenti di ricerca - spesso rifiutati dagli utenti -, ecc. (1), (2). Spesso viene semplicemente contato il numero di interventi effettuati, di siringhe scambiate o vendute. Valutare se i comportamenti a rischio siano realmente cambiati è possibile solo a lungo termine, utilizzando indicatori quali l'aumento o il calo di casi di infezione - per esempio i tassi di incidenza - confrontando campioni esposti o meno ai programmi di scambio.

In Italia, sono attivi da anni parecchi programmi di scambio tramite macchina scambiatrice di siringhe; sono disponibili i dati relativi agli scambi/vendite effettuate che evidenziano una buona percentuale di utilizzo, ma una netta prevalenza delle vendite rispetto agli scambi.

All'estero, gli studi - più approfonditi e più numerosi - dimostrano che i programmi di scambio hanno successo nel raggiungere un considerevole numero di tossicodipendenti altrimenti non in contatto con alcun Servizio. Generalmente sono dimostrate diminuzioni dei comportamenti a rischio (condivisione delle siringhe in particolare) legati all'assunzione di droga: per esempio, l'esperimento condotto in Inghilterra, sponsorizzato dal Governo, negli anni 1987-88, ha dimostrato un calo di condivisione dal 27% al 19% in soli tre mesi, oltre ad una diminuzione dei tipi di droga assunta e della frequenza di assunzione (5); molto meno significativa appare la riduzione dei rischi legati all'attività sessuale (uso del profilattico, diminuzione della promiscuità): ciò fa auspicare che i servizi che attivano i programmi di scambio possano estendere la loro azione anche all'educazione sui rischi di trasmissione sessuale delle malattie infettive (7). Per quanto riguarda la prevalenza dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti, nessuna ricerca è in grado di provare che i livelli di HIV si siano modificati dove c'è più disponibilità di siringhe sterili, in parte per i tempi brevi, in parte per il numero ancora limitato di studi e per le difficoltà metodologiche degli stessi. Le tendenze paiono essere comunque positive.

Sono con sicurezza esclusi effetti negativi dei programmi di scambio, quali aumento di uso di droga, del numero dei tossicodipendenti, passaggi da uso non iniettivo ad uso iniettivo di sostanze (6), (7), (8), (15); pare anzi che la frequenza di programmi di scambio porti ad una maggior richiesta di trattamento (5).

ALCUNI DATI SULLA FUNZIONALITA' DEGLI SCAMBIATORI E SUI COSTI

Da una serie di dati fornitaci dai produttori di macchine scambiatrici si è potuto verificare che tali strumenti riescono a fornire una notevole quantità di siringhe.

La sua diversa grandezza dipende da diversi fattori, primo fra tutti il fatto se la siringa viene distribuita o scambiata. Il tossicodipendente infatti predilige la distribuzione che non lo costringe a recarsi alla macchina con una siringa usata, anche se in certe occasioni può fargli comodo avere la disponibilità di tale opzione.

Gli scambiatori sono ormai presenti in circa 50 città italiane. Il loro posizionamento è incominciato nel 1991 e si può stimare che ad oggi siano state distribuite almeno un milione e mezzo di siringhe, di cui circa il 25% attraverso lo scambio.

La media mensile di siringhe “distribuite mediante la vendita” è molto variabile da zona a zona e dipende da vari fattori (numero di distributori nell'area, pubblicizzazione, tempo di installazione, tipo di macchina, numero di tossicodipendenti utilizzatori, ecc.), ma va da un minimo di 7 siringhe a un massimo di 8123.

Questa media mensile si riduce in caso di scambio passando da un minimo di 5 a un massimo di 2563.

Esistono diversi tipi di macchine scambiatrici, alcune meccaniche e altre elettroniche, che in base a questa caratteristica di costruzione possono essere classificate funzionalmente anche come “manuali”, “semiautomatiche” e “automatiche”. I costi comunicati dai produttori italiani, che dipendono anche dalle condizioni di vendita e dai vari modelli, oscillano dai sei milioni delle piccole macchine manuali ai trenta milioni delle macchine elettroniche.

Da una serie di valutazioni si è potuto determinare che in zona urbana con tasso di tossicodipendenti oscillante tra l'1 ed il 2 % sulla popolazione generale, sia ipotizzabile l'utilizzo di uno scambiatore ogni 60.000 abitanti. Tali indicazioni sono solo orientative e devono tenere conto dei fattori ambientali quali il numero di farmacie nel territorio, la disponibilità dei farmacisti, il numero di tossicodipendenti stimato, ecc.

CONCLUSIONI

Come spesso avviene nelle iniziative di prevenzione della tossicodipendenza, gli effetti benefici sono a breve termine e tendono, se non opportunamente supportati, a ridursi nel tempo.

Sono stati rilevati generalmente dei limiti nei programmi di scambio delle siringhe, i maggiori dei quali dipendono dai comportamenti degli utenti stessi, molti dei quali, nonostante la consapevolezza dei rischi, persistono nelle pratiche a rischio.

Alcuni hanno obiettive difficoltà nell'adottare comportamenti più sicuri, anche per le circostanze in cui i comportamenti di iniezione e sessuali hanno luogo. La condivisione di siringhe con amici o partner sessuali è percepita come sicura ed in generale contesti sociali, influenze culturali e particolari norme del gruppo giocano un ruolo importante nel comportamento di condivisione: ad esempio, l'iniziazione.

E' necessario tenere presente che gli interventi di prevenzione promuovono comportamenti che non possono verificarsi nel vuoto, ma hanno a che fare con pratiche sociali, economiche e culturali: promuovere comportamenti sicuri necessariamente implica la richiesta di cambiamenti culturali: per esempio, aiutare i tossicodipendenti stessi ad aiutare i loro compagni, stimolando la loro collaborazione e facendone i principali agenti di cambiamento (16), promuovere interventi sociali che migliorino le condizioni di vita di tanti tossicodipendenti per superare le barriere legate al loro stile di vita che di fatto rendono difficili i cambiamenti necessari: le strategie di prevenzione devono essere indirizzate a quei fattori che rendono difficoltoso per i tossicodipendenti adottare comportamenti sicuri.

L'esperienza sino ad oggi accumulata permette di evidenziare alcuni punti critici ed offrire spunti di rielaborazione dei servizi/programmi (17):

- è necessario studiare metodi alternativi oltre ai programmi di scambio delle siringhe ed alle farmacie per aumentare la disponibilità del materiale sterile da iniezione; i Servizi già operativi dovrebbero estendere il loro orario, offrire servizi aggiuntivi, sviluppare un'immagine non dominata dalla prevenzione dell'HIV ma più globale; è provato inoltre (3) che i Servizi più frequentati risultano quelli più generosi nella distribuzione delle siringhe, senza l'influenza delle caratteristiche amichevoli degli operatori, dell'accessibilità o dei servizi addizionali offerti;
- è necessario diffondere fra i tossicodipendenti abilità preventive per aiutarli ad evitare le situazioni a rischio di infezione (condivisioni di siringa, comportamenti sessuali a rischio, ecc.);
- bisogna ampliare l'attenzione dallo stretto uso di droga ad altri comportamenti specialmente quello sessuale, tipicamente a rischio di infezione per i tossicodipendenti, ponendo attenzione anche ad altri fattori sanitari e sociali che possono costituire difficoltà (per esempio il rischio di overdose);

- è necessario elaborare modalità particolari per attirare nei programmi le donne e gli utenti più giovani;
- è necessario elaborare strategie preventive da attivare nelle carceri (distribuzione di condom e di materiali per disinfettare le siringhe): molti tossicodipendenti hanno esperienze di carcere e chi fa uso di droga in prigione quasi necessariamente scambia la siringa; circa il 3% inoltre riporta di avere attività sessuali penetrative;
- dare priorità agli interventi rivolti ai tossicodipendenti non in contatto con i Servizi, utilizzando programmi di strada;
- gli operatori dei programmi hanno spesso backgrounds diversi: è necessario dare loro efficace preparazione e supporto, soprattutto per quanto riguarda i problemi sessuali;
- dal punto di vista politico, sarebbero ottimali programmi sostenuti da iniziative governative centrali, in grado di rivedere eventualmente le strategie generali, ma gestiti autonomamente a livello locale per rispondere più precisamente alle esigenze specifiche della zona.

Bibliografia

1. Verster A., *Seven years needle and syringe exchange in Amsterdam*, 1992, dati non pubblicati;
2. Stimson G.V., Editorial review: *Syringe-exchange programmes for injecting drug users*, AIDS (journal) 1989, May 01, 3:253-260;
3. Klee H., Morris J., *The role of needle exchanges in modifying sharing behavior: cross-study comparisons* 1989-1993, Addiction (1995) 90, 1635-1645;
4. Stimson G.V., *Minimizing harm from drug use*, in J.Strang, M. Gossop ed., (1994) Heroin addiction and Drug Policy-The British System, Oxford University press, London;
5. Stimson G.V., Donoghoe M.C., Lart R., Dolan K., *Distributing sterile needles and syringes to people who inject drugs: the syringe-exchange experiment*, in J.Strang, G. Stimson ed., (1990) AIDS and Drug Misuse, Routledge. London;
6. Gruer L., Cameron G., Elliott L., *Education & Debate: Building a City Wide Service for Exchanging Needles and Syringes*, The British Medical Journal, 1993 May 22, 306 (6889), pp. 1394-1397;
7. Paone D., Des Jarlais D.C., Caloir S., Friedmann P., Rausch R., Friedman S.R., *Modelli di programmi per lo scambio di siringhe: l'esperienza di New York*, in Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. (a cura di), *Eroina - Infezioni da HIV e patologie correlate*, 1995, Leonard Edizioni;
8. Hartgers C., Buning E.C., van Santen G.W., Verster A.D., Coutinho R.A., *The impact of the needle and syringe-exchange programme in...*, AIDS 3(9), 1989 Sep. PG 571-6;
9. Mc Keganey N.P., Barnard M.A., *A comparison of HIV related risk behaviour between a non-clinic...*, Int Conf AIDS 6(2) 1990 Jun 20-23 PG 409 (abstract no. 3029);
10. Dolan K., Stimson G.V., Donoghoe M.C., *Differences in HIV rates and risk behaviour of drug injectors attending, and not attending, syringe-exchanges in England*, Int Conf AIDS 6(2), 1990 Jun 20-23, pg 116 (abstract no. F.C.108);
11. Ferretti C., D'Erienza G., Ferroni A., *Installazione di una macchina per lo scambio e la vendita delle siringhe a Modena. Valutazione dei risultati ottenuti con un questionario rivolto ai tossicodipendenti*, Servizio Tossicodipendenze, Servizio di Tossicologia e Farmacologia Clinica, USL n.16 di Modena;
12. Heimer R., Kaplan E.H., Khoshnood K., Jariwala B., Cadman E.C., *Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut*, Am J Med 95(2), 1993 Aug, pg 214-20;
13. Guydish J., Bucardo J., Young M., Woods W., Grinstead O., Clark W., *Evaluating needle exchange: are there negative effects?*, AIDS (journal) Jun 1993, 7:6, pp.871-876;
14. Paone D., Des Jarlais D.C., Caloir S., Friedmann P., *AIDS risk reduction behaviors among participants of syringe exchange programs in New York City, USA*, Int.Conf.AIDS 9(2), 1993 Jun 6-11, pg 748 (abstract no. PO-C24-3188);
15. Watters J.K., Estilo M.J., Clark G.L., Lorvick J., *Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users*, JAMA 271 (2), 1994 Jan 12, pg 115-20;

16. Stimson G.V., Lart R., Dolan K., Donoghoe M., *The Future of Syringe Exchange in the Public Health Prevention of HIV Infection*, in P. Aggleton, G. Hart, P. Davies ed., (1991) *AIDS: Responses, Intervention and Care*, The falmer Press, London;
17. Donoghoe M.C., Stimson G.V., Dolan K.A., *Syringe Exchange in England: An Overview*, (1992), The Tufnell Press, London.