

Tossicodipendenza e immigrazione: analisi sociodemografica degli utenti di un servizio a bassa soglia d'accesso a Milano

Piero Salvioni¹, Alessandro Soria², Roberto Feltrin³

Riassunto

Il presente lavoro analizza il fenomeno di uso di sostanze, le problematiche socio psico sanitarie e il tipo di richieste rivolte da una popolazione di immigrati irregolari dipendenti da alcool e/o droghe, afferiti tra il gennaio 2000 e il giugno 2001 ad un servizio "drop in" a bassa soglia di accesso denominato "progetto Sabil" attivo presso il CAD (Centro Accoglienza e Trattamento Dipendenze) a Milano, Italia. Compiti primari del servizio sono: l'accoglienza, la riduzione del danno, l'educazione sanitaria ed eventualmente il trattamento di tossicodipendenti.

La popolazione (di 190 persone) composta prevalentemente da maschi tra i 20 e 35 anni manifesta gravi problemi di emarginazione, scarse connessioni sociali e familiari, basso livello di istruzione, elevato tasso di disoccupazione e precedenti carcerazioni. Utilizza prevalentemente alcool ed eroina, anche in relazione alla regione di provenienza. I nordafricani sono il 52% usano prevalentemente eroina e presentano un più elevato grado di disagio.

È emersa l'importanza della decodificazione della domanda di presentazione dei soggetti da parte degli operatori del servizio, delle connessioni di rete con altri servizi di primo livello (mense, dormitori, centri di pronta accoglienza, servizi sanitari medici) e di un programma di prevenzione ed educazione sanitaria per le persone di più recente immigrazione che risulterebbero essere a maggior rischio.

Parole chiave: Immigrazione, Tossicodipendenza, Alcolismo, Ser.T.

Abstract

Drug addiction and immigration, a social demographic analysis of drug and alcohol use among immigrant users of low threshold drop-in outpatient facilities in Milan, Italy

This Article analyses drug abuse patterns, psycho-social and health problems, and the types of requests made by a sample of illegal immigrants that are also drug and alcohol users.

The sample was taken from the users of a low threshold outpatient drop in a centre called "Sabil Project" which is located in the Drug Addiction Treatment and Care Centre in Milan, Italy. The main services provided by the Project are counselling, harm reduction and health education for drug and alcohol users.

190 patients of the Sabil Project were recruited between January 2000 and June 2001. The vast majority of them were males aged between 20 and 35, and many of them had serious marginalization problems, poor social and family relationships, and a low level of education. Most of them were unemployed and had spent some time in prison. The most commonly used substances were alcohol and heroin and there appears to be a relationship between the place of origin of the immigrants and use patterns. Immigrants from North Africa represent 52% of the sample population, are often heroin users, and present some of the most severe social and personal problems.

The survey data emphasize the importance of: 1) decoding clients' first admission requests, which often mask more severe problems; 2) having a complete network of connections with other first aid facilities such as social canteens, dormitories, low threshold communities, free health services; 3) designing health education prevention programmes for the most recent immigrants, who seem to be at higher risk of substance abuse and other associated problems.

Keywords: Immigration, Drug use, Alcoholism

¹ Medico, Progetto Sabil, Centro per l'Accoglienza e il Trattamento delle Dipendenze (CAD), via Apollodoro 5, Milano, tel. 02.715961/0 - fax 02.70100524 - e-mail: piero.salvioni@tiscali.it

² Medico, CAD, Milano.

³ Educatore Professionale, CAD, Milano.

Introduzione

L'incremento del fenomeno immigratorio in Italia è stato stimato circa dell'8% al 31/12/2000 rispetto agli anni precedenti (1), ed è relativo sia alle quote ministeriali dei permessi di soggiorno assegnati, sia alle quote dei cosiddetti immigrati irregolari.

Questi ultimi, per la loro condizione amministrativa, hanno particolari difficoltà nell'accesso ai servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale (2). Poco è noto sulla condizione socio-sanitaria di questa popolazione che pure è particolarmente a rischio per problematiche sanitarie dato lo stato di grave emarginazione ed indigenza nella quale vive. Come in molte sacche di emarginazione si possono facilmente concentrare problemi di diffusione di malattie infettive [es. TBC (3,4)] e di abuso di alcool e sostanze stupefacenti (5,6).

Per meglio conoscere e quindi rispondere alle esigenze di queste persone è nato a Milano nell'agosto 1998 il progetto Sabil del CAD (Centro per l'Accoglienza e il Trattamento delle Dipendenze), promosso dal Comune di Milano e finanziato con i fondi della legge 309/90. Si configura come progetto a bassa soglia di accesso (7) rivolto a persone che abusano di alcool e/o sostanze stupefacenti, definiti "extraterritoriali", ovvero cittadini italiani senza residenza anagrafica o senza fissa dimora e cittadini stranieri con o senza permesso di soggiorno. Sabil si propone come finalità, oltre all'indagine sui bisogni di questo gruppo, la riduzione del danno connesso all'abuso di sostanze, la prevenzione delle malattie (specie infettive) correlate, e la terapia degli stati di dipendenza nei soggetti disponibili al trattamento. Il gruppo di lavoro ⁽¹⁾ è composto da un educatore professionale responsabile del progetto, un assistente sociale, due operatori sociali con compito di mediazione linguistico-culturale, due medici, un avvocato e un medico supervisore clinico.

Scopo del lavoro

Il presente lavoro si prefigge di valutare le dimensioni del problema delle dipendenze nella popolazione degli immigrati prevalentemente irregolari a Milano; di analizzare le caratteristiche demografiche degli stranieri con problemi di dipendenza, le loro problematiche socio-psico-sanitarie e le loro richieste al servizio Sabil.

Limiti del lavoro sono:

1) la rappresentatività del campione (legato alle modalità di accesso al servizio, che si rivolge specificamente a tossicodipendenti);

2) l'impossibilità di un *follow-up* nel tempo degli utenti legata alle caratteristiche stesse della popolazione (oltre che alla bassa soglia d'accesso sopra definita).

Riteniamo utile tuttavia diffondere le nostre osservazioni, che costituiscono una prima valutazione della popolazione in oggetto, scoprendo un'area per la quale è fondamentale una maggior attenzione da parte delle strutture che si occupano di sanità e salute pubblica.

Soggetti

Sono stati presi in esame tutti i soggetti che si sono presentati al servizio nell'arco di 18 mesi, dal 1.1.2000 al 30.6.2001. Per ciascun soggetto i dati sono stati raccolti nel corso del primo (o dei primi) colloqui dagli operatori di accoglienza, secondo una scheda appositamente predisposta.

Abbiamo focalizzato la nostra attenzione specificamente sui cittadini stranieri. Abbiamo voluto confrontare i nostri dati con quelli relativi all'immigrazione regolare (8) e con quelli di un servizio il più possibile vicino al nostro per caratteristiche di accesso ed offerta quale il NAGA (servizio che, a Milano, offre gratuitamente assistenza sanitaria di base ad immigrati irregolari).

Abbiamo inoltre diviso la nostra popolazione in sottogruppi di particolare interesse, confrontando fra loro gli stranieri che hanno mantenuto i contatti col centro per oltre 6 mesi con coloro che hanno mantenuto i contatti solo per un periodo inferiore.

Risultati

Dall'apertura del servizio nell'agosto 1998 al 31.6.2001 il numero di utenti annuale ha subito l'andamento riportato in Tabella 1.

Su un totale di 228 persone, affluite al servizio Sabil del CAD in modo consecutivo dal 1 gennaio 2000 al 30 giugno 2001, 38 erano italiani e 190 stranieri. Abbiamo focalizzato la nostra attenzione sull'utenza straniera (Tab. 2).

Discussione

Provenienza

Dei 190 stranieri che sono afferiti al nostro servizio, oltre il 50% proviene dal Nord-Africa, segue percentualmente l'America Latina, l'Europa dell'Est, l'Africa sub-sahariana, e l'Asia.

Risulta peculiare la differenza con i dati generali dell'immigrazione nell'area milanese (9) secondo i quali soltanto il 20.4% proviene dal Nord-Africa, mentre ben il 18.4% proviene dall'Estremo Oriente, con un totale dei paesi asiatici del 28.4%. È simile la percentuale di soggetti provenienti dall'Europa dell'Est, mentre è molto differente la loro distribuzione in base alla provenienza: nella nostra casistica la distribuzione è omogenea, mentre nei dati Caritas risulta preponderante la percentuale della componente albanese.

Non sappiamo stabilire se una discrepanza così ampia dei dati per quel che riguarda l'immigrazione dall'area maghrebina e quella asiatica sia dovuta:

1) a una effettiva diversa distribuzione del problema delle dipendenze, che tocca di più l'immigrazione nord-africana;

2) alla "visibilità" del servizio che non riesce a raggiungere alcune fette della popolazione immigrata, per problemi legati alla pubblicizzazione dell'esistenza di Sabil;

3) alla presenza nel gruppo di lavoro di Sabil di un mediatore culturale di origine marocchina che può aver favorito una maggiore affluenza di persone nord-africane, soprattutto se si considera che la modalità d'accesso più frequente è mediante "passaparola".

I dati del NAGA (10) di Milano, espressi su una popolazione di 2023 pazienti che si sono presentati al servizio per una prima visita nel primo trimestre 2001, mostrano percentuali più vicine ai dati Caritas sull'immigrazione generale rispetto ai nostri.

Dal confronto con i dati di Sabil (Tab. 3), emerge una netta discrepanza per quanto riguarda la provenienza dal Nord-Africa e dall'America Latina. L'analisi dei dati del NAGA individua quale differenza tra queste due componenti etniche la recentissima forte immigrazione dall'Ecuador contrapposta ad una immigrazione più di vecchia data dal Marocco: mentre il primo gruppo si caratterizza per un livello di istruzione medio-alto, un buon tasso di occupazione, una prevalenza di donne, un'età media più elevata, tra i secondi si avverte un maggior disagio sociale: sono prevalentemente maschi disoccupati, giovani, senza fissa dimora, con basso livello d'istruzione, evidenziando come il problema delle dipendenze sia più concentrato in gruppi di immigrati con maggiori problemi di inserimento e che vivono in condizioni generali di maggior disagio.

Va notato inoltre che, dalle nostre osservazioni (vedi oltre) risulta che i nostri utenti tossicodipendenti hanno una maggiore anzianità di permanenza in Italia, dato che concorderebbe con le osservazioni del NAGA, che individua una storia immigratoria dal Marocco (Nord Africa) più vecchia rispetto a quella molto più recente dall'Ecuador (America Latina), quasi come se occorressero un certo numero di anni di disagio per "sviluppare" una dipendenza o per fare maturare nella persona già dipendente la decisione di rivolgersi ad un servizio per affrontare i problemi che dalla dipendenza derivano. Quest'ultimo fattore potrebbe essere legato non solo alla difficoltà personale che ogni tossicodipendente ha nel riconoscere il proprio problema, e quindi a rivolgersi ad un servizio specifico, ma anche al timore che un immigrato irregolare ha di essere individuato come tale ed espulso dal paese se si presenta ad un servizio pubblico.

Permesso di soggiorno

Ben il 73% degli stranieri utenti di Sabil è sprovvisto di permesso di soggiorno. Questo del resto rispecchia la natura del servizio, che è indirizzato a coloro che hanno maggior difficoltà a usufruire di altri servizi pubblici in quanto sprovvisti di quei requisiti "burocratici" che ne facilitano l'accesso (permesso di soggiorno, residenza, ecc.).

Sesso ed età

Risulta preponderante la presenza maschile, (88%;

femmine 12%). I dati del NAGA invece mostrano una presenza femminile molto più alta, attorno al 42%, sebbene tra i nord-africani le donne siano solo poco meno del 5%.

L'utenza si concentra perlopiù in una fascia di età compresa tra i 25 e i 35 anni, dati sovrapponibili a quelli del NAGA.

Alloggio, figli, stato civile

Si equivalgono le percentuali di pazienti che vivono in abitazione⁽²⁾ e che sono senza fissa dimora, così come risultano equamente distribuiti gli utenti che vivono da soli o con amici. Solo il 15% vive con un partner, mentre il 33% ha figli (va comunque considerato che nella maggior parte dei casi i figli si trovano nel paese di provenienza con l'altro genitore o con la famiglia d'origine). I coniugati sono il 22%.

I dati NAGA sono molto differenti: ben l'83% dichiara di vivere in abitazione propria, il 7,5% presso il datore di lavoro (contro l'1% di Sabil), solo il 5% è senza fissa dimora.

Scolarità e condizione occupazionale

Il 36% degli utenti ha un titolo di studio medio-alto. I dati NAGA mostrano una percentuale di alta istruzione (superiori-università) più elevata rispetto ai dati Sabil (rispettivamente 59% e 36%).

La percentuale dei disoccupati è del 75% contro il 45% della casistica NAGA.

Sostanze d'abuso e anni di permanenza in Italia

Per quanto riguarda il tempo di permanenza in Italia, ben il 63% vi risiede da oltre 4 anni (contro appena il 4% della casistica NAGA), mentre solo il 22% è in Italia da meno di due anni (l'84% nei dati NAGA). L'utenza Sabil si configura quindi come immigrazione non recente, a differenza del NAGA.

La sostanza d'abuso d'elezione è l'eroina (61%), seguita dall'alcool (23%). Il 30% non usa altre sostanze. Abbiamo cercato di rapportare il tempo di abuso delle sostanze con il tempo di permanenza in Italia per vedere se la storia tossicomane è precedente o correlata con l'immigrazione.

È difficile stabilire una correlazione perché dall'anamnesi non si ricava con esattezza la storia del percorso migratorio e perché i dati che rilevano gli anni di permanenza in Italia sono raggruppati in fasce non esattamente sovrapponibili a quelle che riassumono l'anzianità tossicomane.

Abbiamo provato a correlare in modo indipendente il tempo di abuso di ciascuna sostanza con il tempo di permanenza in Italia: sebbene nella nostra casistica risultino pochi i "cocainomani primari", quasi tutti hanno cominciato in Italia. Per l'eroina e l'alcool valgono invece le considerazioni generali sopra riportate.

Richieste e prestazioni erogate

Le richieste avanzate dagli utenti al primo contatto con il Centro sono rappresentate per il 47% da richieste di disassuefazione e per un 30% equamente ripartito fra assistenza sociale (cibo, alloggio, lavoro) e inserimento in comunità (ancora come bisogno abitativo più che come ricerca di intervento terapeutico). Se si aggiunge il 4% di richiesta di ricovero ospedaliero (anche questa espressione di richiesta di disassuefazione, pasti regolari e luogo abitativo "protetto"), si raggiunge un totale di 81% di richieste legate alla necessità di soddisfare i bisogni più immediati della vita.

Le richieste invece legate a bisogni meno immediati (quelli cioè che emergono come prioritari solo in coloro che hanno da mangiare e un posto dove vivere) sono molto poche (metadone 4%, esami medici 2%, sostegno psicologico 7%).

Il confronto fra richieste avanzate e prestazioni erogate effettivamente è di particolare interesse. La considerazione più evidente riguarda la netta sproporzione fra il numero di richieste e il numero di prestazioni che è circa il doppio.

Ciò dipende fondamentalmente dal lavoro che gli operatori svolgono con l'utente analizzando i vari bisogni sottostanti alla richiesta verbalizzata, aiutando l'utente a riconoscere risposte più efficaci o più adatte. Questo lavoro di decodificazione della domanda nel nostro caso deve però tenere in considerazione i principi di "bassa soglia" e "riduzione del danno" che richiedono risposte rapide ed efficaci, senza però precludere la via a possibili risposte di "secondo livello" per coloro che lo richiedono e sono in condizioni di potersene giovare (vedi confronto fra utenti totali e in carico per oltre 6 mesi).

Se solo il 2% delle richieste è inerente a esami di laboratorio volti ad accertare il proprio stato di salute, ben il 39% degli utenti esegue poi un prelievo di sangue per esami (specificamente mirati alla diagnosi di malattie infettive legate alla tossicodipendenza e all'indigenza); ciò significa che decodificando la generica richiesta di disintossicazione (47%), si scopre che questa sottende un generico desiderio di migliorare il proprio stato di salute; adeguatamente discusso e compreso, ciò si traduce in azioni volte in tal senso, quali esecuzione effettiva di esami diagnostici, accettazione di interventi di educazione sanitaria (85%).

Una elevata percentuale (63%) inizia una terapia farmacologica con farmaci non oppioidi (benzodiazepine, antidepressivi SSRI, neurolettici, antidolorifici non stupefacenti) per la disassuefazione/riduzione dell'uso di sostanze.

Pensiamo però che farmaci più specifici ed efficaci quali ad esempio il metadone o la più maneggevole buprenorfina (11,12,13) potrebbero consentire un migliore "aggancio" al servizio ed essere probabilmente più efficaci. Questo, nel nostro caso, rimane però solo una ipotesi, perché il nostro servizio non è attualmente attrezzato per poter distribuire farmaci appartenenti alla categoria degli stupefacenti.

Le osservazioni fatte però sui pochi (18=9%) nostri pazienti ai quali abbiamo fornito terapia metadonica grazie alla collaborazione di altri servizi, hanno mostrato che questi pazienti proseguono più a lungo il contatto con il Cen-

tro, eseguono più regolarmente gli esami di controllo, rientrando così meglio nella strategia di riduzione del danno (25% in carico per più di 6 mesi contro il 17% dei pazienti totali).

Per i motivi già detti non siamo in grado di dare una valutazione a distanza sulla reale efficacia della terapia sostitutiva, soprattutto perché l'instabilità insita nella tipologia dell'utenza rende praticamente improponibile un adeguato *follow-up*.

Confronti tra sottogruppi

1) Differente impiego di sostanze d'abuso in base al paese d'origine (Figura 1).

I dati da noi ottenuti sono riassunti in questo grafico, che ben rappresenta un'informazione ormai acquisita con l'esperienza pratica. I soggetti di provenienza Nord-Africana tendono ad essere dipendenti per la maggior parte da eroina, e poco da alcool, che invece risulta essere sostanza primaria d'abuso nella maggior parte degli asiatici e dei sud-americani.

Non abbiamo dati completi sulla via di assunzione di eroina e cocaina, ma da un campione ridotto e dalle nostre osservazioni dirette, emerge che i tossicodipendenti stranieri usano prevalentemente vie non iniettive (circa nei 2/3 dei casi).

2) Differenza di "stabilità" tra pazienti in carico per più o meno di 6 mesi (Tab. 4).

Nel confronto fra i due sottogruppi (soggetti rimasti in carico presso il servizio per più di 6 mesi 17% e soggetti rimasti in carico per meno di 6 mesi 83%), si nota una differenza in tutti gli "indicatori di stabilità sociale": i soggetti che rimangono in carico più a lungo sono di età più avanzata, hanno più spesso il permesso di soggiorno, vivono con partner o famiglia, hanno un titolo di studio più alto, meno precedenti penali, presentano una più alta percentuale di donne e tendono ad essere percentualmente di provenienza asiatica (in particolare lo Sri Lanka) e non nord-africana (vedi grafici di confronto). Non emergono differenze invece per quel che riguarda l'uso di sostanze.

Nonostante il Progetto Sabil sia a "bassa soglia" (e quindi preveda un'utenza che resta poco tempo agganciata al servizio), è importante rilevare che esiste comunque un numero significativo di utenti che esprime dei bisogni più strutturati e per i quali è possibile prevedere un percorso di presa in carico più lungo e articolato.

Dal confronto tra i due sottogruppi emerge anche che le persone di provenienza nord-africana sono quelle che vivono condizioni di maggior disagio e instabilità.

Conclusioni

1) Dai dati Caritas e NAGA e altri si nota che l'immigrazione è in aumento anche nella quota di irregolari.

- 2) L'incremento annuo degli utenti Sabil, pur non potendo essere considerato indicativo dell'andamento epidemiologico della tossicodipendenza nel gruppo da noi considerato, è interpretabile come indicatore dell'esigenza per queste persone di avere un centro di riferimento per affrontare i problemi connessi all'abuso di sostanze. Dimostrerebbe quindi che la tossicodipendenza esiste tra gli immigrati irregolari e che è un problema presente.
- 3) Emerge il quadro di una popolazione prevalentemente maschile tra 20 e 35 anni, afflitta da gravi problemi di emarginazione con livello di istruzione piuttosto basso, elevato tasso di disoccupazione, senza abitazione, non sposata e con scarsi nessi sociali pur vivendo in Italia da oltre 4 anni, con precedenti penali e che abusa prevalentemente di alcool ed eroina. Il 52% di questa popolazione è composto da persone provenienti dal Nord Africa, che presentano livelli di emarginazione ancora più gravi.
- 4) Il fatto che la maggior parte dei nostri utenti affluisca al Centro con una storia di presenza in Italia da oltre 4 anni, apre spazio all'ipotesi che sia necessario cercare un contatto preferenziale con gli immigrati più recenti, sia per fare emergere un eventuale problema nascosto, sia perché forse quella dell'immigrazione clandestina recente è una sacca non ancora coinvolta nel problema della tossicodipendenza ma ad elevato rischio, per la quale potrebbe essere molto utile un serio lavoro di prevenzione. Tale lavoro di prevenzione potrebbe tenere in considerazione anche il fatto che la sostanza d'abuso preferenziale tende a correlarsi con la provenienza geografica dei soggetti: l'eroina prevale negli africani e negli europei, l'alcool nei sudamericani e negli asiatici (per i quali è quasi nullo il consumo di cocaina). Particolare attenzione potrebbe essere posta nella prevenzione dell'abuso di cocaina che sembra, dai nostri dati, iniziare proprio dopo l'immigrazione. Le ragioni di questa distribuzione affondano probabilmente le loro radici, tra l'altro, nel terreno culturale delle regioni d'origine, essendo ad esempio l'alcool proibito dall'Islam (Nord Africa) e più socialmente accettato nei paesi di cultura cristiana (America Latina). Altra motivazione potrebbe essere individuata nelle disponibilità di sostanza sul mercato e sul diverso coinvolgimento dei vari gruppi etnici nel racket dello spaccio delle droghe.
- 5) Dall'esame di "richieste e prestazioni erogate" emerge come prima osservazione l'importanza della decodificazione della domanda da parte degli operatori e la conseguente necessità di disporre di personale qualificato e di una buona rete di connessioni con altri servizi di pronto intervento sociale (mense, dormitori, centri di pronta accoglienza...).
- 6) Una ulteriore considerazione va fatta a commento dell'elevato numero di persone che effettua controlli di laboratorio a fronte di pochissime richieste. Ciò significa che una buona educazione sanitaria sensibilizza gli utenti verso la propria salute anche nel corso di un breve periodo di contatto col servizio, attraverso il colloquio, la distribuzione di materiale illustrato in varie lingue, la distribuzione di profilattici. Se un servizio come Sabil si attrezzasse anche per uno screening per la tubercolosi mediante la semplice esecuzione di un test cutaneo alla Mantoux, potrebbe svolgere un ruolo importante per la terapia delle infezioni latenti e la prevenzione della diffusione di una malattia infettiva già quasi debellata nel nostro Paese e che è riemersa, oltre che per i problemi epidemiologici legati all'infezione da HIV, proprio per la scarsa attenzione al serbatoio di infezione costituito dalle sacche dell'immigrazione, specie irregolare (14).
- 7) Le osservazioni da noi fatte sui casi trattati con metadone confermerebbero che farmaci sostitutivi ottengono un aggancio migliore del paziente al servizio, ma va considerato che il campione, di esiguo numero, è poco significativo a causa dei criteri selettivi che abbiamo applicato nell'offrire questa risorsa. È lecito pensare che metadone e buprenorfina siano utili anche in un servizio a bassa soglia e in una politica di riduzione del danno (15).
- 8) Nel nostro gruppo il 17% dei pazienti è rimasto in carico per un periodo superiore a 6 mesi, sottolineando che un servizio a bassa soglia d'accesso raccoglie anche utenti che potrebbero passare ad una "soglia più alta" e che presentano quindi bisogni e richieste più strutturate; infatti questi soggetti mostrano tutti gli indicatori di stabilità sociale globalmente migliori: hanno una casa, vivono in famiglia, lavorano. Occorre quindi poter identificare questi soggetti ed essere attrezzati per poter rispondere a necessità di presa in carico vera e propria con percorsi di psicoterapia e trattamento a lungo termine.

Ringraziamenti

Si ringraziano:

- i componenti dell'equipe Sabil: Paola Giannini, Ilaria Gazzoli, Loutfi Menfalout, Donata Curto, Eleonora Riva, Maurizia Algisi, per la collaborazione nella raccolta dei dati e la revisione del testo;

- il NAGA, in particolare il dott. P. Olivani, per i dati cortesemente forniti;

- tutti gli utenti di Sabil per l'esperienza umana che ci hanno permesso di vivere.

Note

(1) Si intende la composizione dell'equipe nel periodo in esame. Ad oggi l'equipe è composta da 2 educatori (di cui uno responsabile del progetto), un assistente sociale, un mediatore culturale, tre medici (di cui uno supervisore), uno psicologo.

(2) Va comunque considerato che molto spesso vivere in abitazione significa essere ospiti di qualcuno o vivere

in condizioni di sovraffollamento; non rappresenta quindi una sistemazione stabile.

Bibliografia

- 1) Rapporto sull'immigrazione in Italia a cura della Caritas – ed. 2001.
- 2) Dpr 29.1.99. Regolamento di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. Articolo 42 (Assistenza sanitaria per gli Stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale) (Articolo 35 del Testo Unico - Legge 6 marzo 1998, n. 40. "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero").
- 3) *Tuberculosis among foreign-born persons entering the United States. Recommendations of the advisory committee for elimination of tuberculosis.* MMWR Recomm Rep 1990 Dec 28; 39.
- 4) McKenna MT, McCray E, Onorato I. *The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1983.* N Engl J Med 1995 Apr 20; 332 (16): 1071-6.
- 5) Westermeyer J. *The role of cultural and social factors and the cause of addictive disorders.* Psychiatr Clin North Am 1999 Jun; 22(2): 253-73.
- 6) Rotaris M. *Tossicodipendenza, abbandono, relazione d'aiuto.* Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo anno XXIII. 2000 n.4.
- 7) Interventi a bassa soglia: caratterizzati dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.) - *Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXIII (3) 2000 - Linee guida sulla riduzione del danno*
- 8) Rapporto sull'immigrazione in Italia a cura della Caritas – ed. 2001.
- 9) Rapporto sull'immigrazione in Italia a cura della Caritas (Area di Milano) – ed. 2001.
- 10) P. Olivani, A. De Matteo. *Anticipazioni riguardo all'indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare visitata presso l'ambulatorio NAGA (Milano) nel periodo gennaio-marzo 2001 e raffronto con indagini precedenti: dati socio-demografici.* NAGA - Milano.
- 11) Rosenberg H, Melville J, McLean PC. *Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services.* Addiction 2002 Jan;97(1):59-65.
- 12) Raisch DW, Fye CL, Boardman KD, Sather MR. *Opioid dependence treatment, including buprenorphine/naloxone.* Ann Pharmacother 2002 Feb;36(2):312-21.
- 13) Vignau J, Duhamel A, Catteau J, Legal G, Pho AH, Grailles I, Beauvillain J, Petit P, Beauvillain P, Parquet PJ. *Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients?* J Subst Abuse Treat 2001 Oct;21(3):135-44.
- 14) Peter M. Small and Paula I. Fujiwara. *Management of Tuberculosis in the United States.* N Engl J Med, Vol 345, n. 3, July 19, 2001.
- 15) *Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXIII (3) 2000 - Linee guida sulla riduzione del danno.*

Tabella 1. Andamento dell'utenza per anno

Anno	N. casi in carico	N. casi nuovi	Incremento % di nuovi casi	Incremento % di casi in carico
1998	73 ⁽¹⁾	73	-	-
1999	107	85	+16%	+ 31,77%
2000	146	108	+27%	+ 26,71%
2001	119 ⁽²⁾	76 ⁽³⁾	+41% ⁽⁴⁾	+ 25,13% ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ I dati del 1998 sono relativi solo agli ultimi 5 mesi (da agosto è attivo il servizio). Il numero di utenti è particolarmente elevato in quanto alcuni di loro, già in carico presso il servizio tossicodipendenze del CAD, sono stati presi in carico da Sabil all'atto della sua apertura.

⁽²⁾ Nell'anno 2001 sono calcolati solo i primi 6 mesi.

⁽³⁾ Nell'anno 2001 sono calcolati solo i primi 6 mesi.

⁽⁴⁾ Considerando la proiezione di nuovi casi per il 2001.

⁽⁵⁾ Considerando la proiezione di nuovi casi per il 2001.

Tabella 2. Dati sull'utenza straniera

<i>Provenienza</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Nord-Africa	98	52
America Latina	24	13
Europa orientale	23	12
Africa sub-sahariana	20	10
Asia, Sud-Est asiatico e isole	18	9
Europa occidentale	6	3
manca dato	1	1
Totale	190	100
<i>Permesso di soggiorno</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
SI	52	27
In attesa	3	2
NO	133	70
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Sesso</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Femmine	23	12
Maschi	167	88
Totale	190	100
<i>Età</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
< 19	6	3
20-24	31	16
25-29	40	21
30-34	45	24
35-40	38	20
> 40	28	15
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Alloggio</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Abitazione ⁽¹⁾	87	46
Albergo	4	2
Comunità	2	1
Dormitorio	8	4
Carcere	3	2
SFD	84	44
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Con chi vive</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
amici ⁽²⁾	68	36
da solo	65	34
con la famiglia d'origine	4	2
con la famiglia dove lavora	1	1
parenti	20	10
partner con figli	7	4
partner senza figli	22	11
manca dato	3	2
Totale	190	100

<i>Titolo di studio</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Nessuno	3	2
Corso di Formaz. Profess.	3	2
Elementari	15	8
Medie	56	29
Diploma Superiore	56	29
Università	3	2
Laurea	9	5
manca dato	45	23
Totale	190	100
<i>Stato civile</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
non sposato	123	65
separato	20	10
sposato	42	22
vedovo/vedova	3	2
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Figli</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
SI	62	33
NO	126	66
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Condiz. occupazionale</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
disoccupato	142	75
occupato saltuariamente	25	13
occupato stabilmente	19	10
studente	3	1
manca dato	1	1
Totale	190	100
<i>Permanenza in Italia</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
< 1 anno	27	14
1-2 anni	15	8
2-4 anni	26	14
> 4 anni	120	63
manca dato	2	1
Totale	190	100
<i>Precedenti penali</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
NO	101	53
SI	87	46
manca dato	2	1
Totale	190	100

<i>Sostanza primaria d'abuso</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Alcool	45	23
Eroina	116	61
Cocaina	12	6
Hashish/marijuana	5	3
Ecstasy	1	1
Codeina	1	1
Psicofarmaci	2	1
Poliabuso	6	3
Nessuna (non tossicodip.)	2	1
Totale	190	100
<i>Sostanza d'abuso 2^{aria}</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Alcool	14	7
Anfetamine	1	1
Poliabuso	49	26
Cocaina	36	19
Eroina	7	4
Hashish/Marijuana	14	7
Psicofarmaci	7	4
Nessuna	57	30
Non tossicodipendente	2	1
manca dato	3	1
Totale	190	100
<i>Modalità d'accesso</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Accesso spontaneo/tam tam	80	42
SOS Exodus, Unità mobili, City Angels	25	13
SerT, Drogatel, Serv. Pubbl.	37	19
Altri (privato sociale)	21	11
U.O. Carcere	26	14
manca dato	1	1
Totale	190	100
<i>Richieste</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Disintossicazione	129	47
Trattamento metadonico	11	4
Accertamenti medici/esami	7	2
Assistenza sociale	40	15
Inserimento in Comunità	40	15

Sostegno psicologico	19	7
Consulenza/orientamento	12	4
Consulenza legale	1	1
Ricovero	11	4
Presa in carico	2	1
Reins. socio-lavorativo	2	1
Totale delle richieste	274	100
<i>Prestazioni erogate</i>	<i>n.</i>	<i>% sui pz</i>
Accoglienza	190	100
Educazione sanitaria	162	85
Disintossicazione	120	63
Visita medica	85	45
Colloqui motivazionali	85	45
Esami presso almeno una struttura	75	39
Colloqui coi familiari	51	27
Verifica posizione amministrativa	46	24
Invio ad altri servizi	33	17
Inserimento in comunità	29	15
SerT per metadone	18	9
Invio ad altre strutture sanitarie	18	9
Consulenza legale	16	8
Reinserimento socio-lavorativo	16	8
Ricovero	10	5
Colloqui di sostegno	7	4
Consulenza	7	4
Accompagnamento ad altri servizi	4	2
Interventi economici	3	2
Psicoterapia al CPS	3	2
Acompagnamento per esami	2	1
Psicoterapia al CAD	1	1
Totale prestazioni erogate	981	
<i>Prestazioni (raggruppate per competenza professionale)</i>	<i>n.</i>	<i>% sulle prestaz. Tot.</i>
Medico	490	50
Assistente sociale/operatore sociale	344	35
Psicologo ⁽³⁾	147	15
Totale prestazioni erogate	981	100

(1) Sono considerati dimoranti in abitazione anche coloro che sono ospiti (anche temporaneamente presso parenti o amici).

(2) Alcuni SFD dichiarano di vivere con amici, in gruppo.

(3) Lo psicologo lavora nell'equipe Sabil solo dal novembre 2000: il dato è inficiato dal tempo ridotto.

Tabella 3. Confronto dei dati sulla provenienza etnica rispetto all'affluenza ai tre servizi

<i>Area geografica</i>	<i>% Sabil</i>	<i>% NAGA</i>	<i>% Caritas</i>
Nord-Africa	52	20	20,4
America Latina	13	44	12,8
Europa Orientale	12	16	12,7
Africa Sub-Sahariana	10	7	7,1
Asia	9	13	28,4
Altro	4	0	18,6

Tabella 4. Differenza di "stabilità" tra pazienti in carico per più o meno di 6 mesi

<i>Sesso</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
Femmine	14	9	9 vs 28
Maschi	144	23	91 vs 72
Totale	158	32	
<i>Permesso di Soggiorno</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
SI'	39	13	25 vs 41
In attesa	2	1	1 vs 3
NO	115	18	73 vs 56
Manca dato	2	0	1 vs 0
Totale	158	32	
<i>Provenienza</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
Nord- Africa	88	10	56 vs 31
Africa Sub-Sahariana	16	4	10 vs 13
Asia, Sud-Est Asiatico e isole	11	7	7 vs 22
America Latina	20	5	13 vs 15
Europa occidentale	4	2	2 vs 6
Europa orientale	18	4	11 vs 13
Manca dato	1	0	1 vs 0
Totale	158	32	
<i>Con chi vive</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
Da solo	58	7	37 vs 22
Con amici	58	9	37 vs 28
Con famiglia o parenti	18	7	11 vs 22
Con partner con o senza figli	21	9	13 vs 28
Manca dato	3	0	2 vs 0
Totale	158	32	
<i>Titolo di studio</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
Elementari o medie	70	7	44.5 vs 22
Superiori o università	51	17	32 vs 53
Manca dato	37	8	23.5 vs 25
Totale	158	32	
<i>Età</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
≤ 29	72	5	46 vs 16
≥ 30	84	27	53 vs 84
Manca dato	2	0	1 vs 0
Totale	158	32	
<i>Precedenti penali</i>	<i>Pz in carico < 6 mesi</i>	<i>Pz in carico > 6 mesi</i>	<i>% a confronto</i>
SI'	78	9	49.5 vs 28
NO	78	23	49.5 vs 72
Manca dato	2	0	1 vs 0
Totale	158	32	

Figura 1. Differente impiego di sostanze d'abuso in base al paese di origine

