

La prevenzione delle patologie correlate alla
tossicodipendenza e delle situazioni devianti: quali
evidenze di utilità ed efficacia?
Roma, 15 settembre 2009

*“Le stanze per l'autoiniezione: evidenze scientifiche
e costi economici”*

Leopoldo Grosso

Stanze “della Salute”

Luoghi di consumo protetto



Le *sale di consumo* per i consumatori di droghe (narcosalas, drug consumption rooms, users room, shooting gallery, gassen zimmer, gebruikersruimte, injecting rooms, salas de venas punciones), sono strutture nelle quali è possibile assumere sostanze stupefacenti illegali in un ambiente protetto.

Alla data odierna risultano diffuse in Olanda, dove sono nate negli anni '70, in Svizzera dalla metà degli anni '80, in Germania dagli anni '90, e più recentemente in Spagna, Slovenia, Lussemburgo, Australia, Canada, Brasile, Norvegia, Danimarca; il dibattito è aperto anche a San Francisco. Tale servizio è stato anche oggetto di attenzione del rapporto dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze del 2002 e di uno studio dello stesso *EMCDDA* del 2004.

Obiettivi sperati vs criticità temute

Obiettivo:

Ridurre i problemi sanitari* e sociali derivanti dall'uso di sostanze psicoattive illegali in luoghi non sicuri dal punto di vista igienico e difficilmente accessibili ai soccorritori.

*(diretti e indiretti, interni al target dei consumatori ma anche le ricadute sul resto della società)

Criticità Presunta:

Rappresentano una forma di controllo sociale a basso costo e sono un trattamento iatrogeno rispetto all'obiettivo primario del DRUG FREE*

*(sia nei confronti del soggetto interessato che del messaggio sull'accettabilità di alcuni consumi)

Obiettivi:

- Riduzione dei casi di overdose. La maggior parte dei decessi per droga avviene a causa dell'uso iniettivo delle sostanze (in particolare eroina) in condizioni igieniche precarie, senza possibilità di controllo della purezza delle sostanze o di disponibilità di un farmaco salvavita.
- Limitazione dei rischi di contrazione di malattie infettive (Aids, epatite B e C), in virtù della fornitura di materiale sterile e delle medicazioni disponibili.
- Contatto ed eventuale invio ai servizi di un'utenza emarginata e spesso restia al cambiamento.
- Promozione di comportamenti di autoregolazione nella somministrazione, in modo da ridurre i rischi di overdose rispetto all'uso delle sostanze fuori dalle sale.
- Tutela della salute pubblica, attraverso una minore diffusione di malattie infettive, a beneficio dell'intera comunità.
- Riduzione della spesa pubblica sanitaria. Le sale d'iniezione implicano costi di gestione assai limitati a confronto delle spese per i ricoveri ospedalieri e delle terapie necessarie a seguito della trasmissione delle malattie infettive.
- Tutela dell'ordine pubblico e contenimento "della scena pubblica" del consumo della droga. Riduzione della dispersione nelle strade delle siringhe infette.

Criticità presunte:

- A) I Sistemi Regionali sono in grado di creare efficaci condizioni di primo contatto e d'incentivazione all'entrata in trattamento (obiettivo primario), attraverso unità mobili, drop-in center, centri di pronta accoglienza e l'offerta di terapie farmacologiche a bassa soglia. Le stanze potrebbero rappresentare un'alternativa a basso costo verso soluzioni meno costose quindi non aggiuntive ma sostitutive, con pazienti solo controllati ma non gestiti correttamente da un punto di vista terapeutico.
- B) Si propone in alternativa al proseguimento di percorsi terapeutici e di affrancamento dall'uso di sostanze a più alta soglia e nel più lungo termine.
- C) Forte impatto sia sugli operatori del settore, sugli amministratori e programmatori locali e regionali e sull'opinione pubblica.
- D) Banalizzazione del consumo e diminuzione della percezione della sua pericolosità con il rischio di aumentarne incidenza e prevalenza.

A) Le stanze potrebbero rappresentare un'alternativa a basso costo verso soluzioni meno costose quindi non aggiuntive ma sostitutive, con pazienti solo controllati ma non gestiti correttamente da un punto di vista terapeutico.

In nessuno degli studi e della documentazione grigia esaminata, ma neppure nelle esperienze degli enti gestori delle DUR, si evidenzia una riduzione del resto del sistema dei servizi a BS anzi, nella maggior parte dei casi sono realizzate in complessi che comprendono dropin-center e/o dormitori, dove non era così servizi del genere sono stati attivati dopo l'apertura, emerge chiaramente anche dalla relazione dell'EMCDDA:

“Close cooperation with other services and client referrals are an essential part of the service policy of consumption rooms, in particular of the so-called ‘specialised’ services, and the parallel use of social and health care services in addition to consumption room facilities is reported by between 31 % and 88 % of clients (see Tables A and B, Annex I). The main complementary services are low-threshold facilities that provide needle and syringe programmes, medical care and social and counselling services, as well as shelter accommodation. Often, these services are located in close vicinity to the consumption rooms.” (cfr: European report on drug consumption rooms - 3.1.7 Current contact with other drugs services pag 33)

B) Si propone, in alternativa al proseguimento di percorsi terapeutici e di affrancamento dall'uso di sostanze a più alta soglia e nel più lungo termine.

Il sistema integrato con i servizi ad alta soglia non solo non è messo in discussione, ma spesso sollecitato a prendere/riprendere in carico persone diversamente escluse (cfr esperienza AMOC-GRUPPO ABELE slides successive), sempre dalla relazione dell'EMCDDA:

*“ Half of drug users registering at the consumption room near Madrid reported having been in treatment before (Agencia Antidroga, 2000). Among consumption room clients interviewed in Germany in 2002, 50 % had experienced drug-free treatment and 43 % substitution treatment (including many who had experienced both types of treatment), but 15 % had never been in any type of addiction treatment. **For one-third of all interviewees, a consumption room had been the ‘entry point’ into the drugs help system (Poschadel et al., 2003, p. 118).** Among 3 810 registered clients in Sydney, two-thirds had already been in treatment for their addiction at least once, and about one-quarter reported having entered treatment in the previous year (mainly methadone maintenance treatment; MISC Evaluation, 2003, Table 2.6). (cfr: cfr: European report on drug consumption rooms - 3.1.6 Previous treatment experience pag 33)*

C) Forte impatto sugli operatori del settore, sugli amministratori e programmatori locali e regionali e sull'opinione pubblica.

L'opinione pubblica locale:

Le città che hanno scelto di aprire DCR hanno in genere riscontrato forti opposizioni da parte della popolazione locale nella fase precedente all'apertura dei servizi, opposizione che è decresciuta fino a favore del supporto, soprattutto in relazione ai vantaggi relativi alla riduzione della scena aperta del consumo, e al riscontro che non provocano un incremento nell'incidenza e nella prevalenza degli atti di microcriminalità nel circondario, come invece temuto prima della loro apertura (cfr EMCDDA report pag 69 ; International Journal of Drug Policy, Volume 16 n 4, pagg 275-280).

Neil Boyd (criminologo della Simon Fraser University di Burnaby, Canada), ha indagato nel 2008 il favore dell'opinione pubblica di Vancouver, ***l'80% del campione di residenti intervistati*** (forze di polizia, commercianti, semplici residenti e operatori socio-sanitari) ***si è espresso per il mantenimento o l'incremento delle attività della DCR.*** Uno studio analogo del 2004, ***ad un anno solo dall'apertura,*** indicava nel ***46% degli intervistati i favorevoli,*** nel 30% gli indecisi e nel 34% i contrari al servizio (cfr.: BC Center for Excellence in HIV/AIDS. Evaluation of the Supervised Injection Site Year One Summary - September 2004 - BC Center for Excellence in HIV/AIDS)

D) Banalizzazione del consumo e diminuzione della percezione della sua pericolosità con il rischio di aumentarne incidenza e prevalenza.

Figure 7: Estimates of the annual prevalence of problem opioid use (cases per 1 000 population aged 15–64)



NB: The symbol indicates a point estimate; a bar indicates an estimation uncertainty interval: a 95 % confidence interval, or one based on sensitivity analysis. Target groups may vary slightly, owing to different estimation methods and data sources; therefore, comparisons should be made with caution. Non-standard age ranges were used in the studies from Finland (15–54) and Malta (12–64). For Germany, the interval represents the lowest bound of all existing estimates and the highest bound of them, and the point estimate a simple average of the midpoints. Methods of estimation are abbreviated: CR = capture–recapture; TM = treatment multiplier; MI = multivariate indicator; TP = truncated Poisson; MM = mortality multiplier; CM = combined methods; OT = other methods. See Figure PDU-1 (part ii) in the 2008 statistical bulletin for further details.

Sources: Reitox national focal points.

I paesi, o più correttamente le regioni che hanno attivato DUR nei loro territori da 10/20 anni hanno tassi di prevalenza ed incidenza nell'uso iniettivo di oppiacei (il più rappresentato nelle DUR) comparabile o inferiore a quelli dei paesi che non hanno mai attivato questo tipo di servizio

Il confronto nella tabella a fianco fra la situazione di Austria e Germania, entrambe efficienti nel comunicare i dati reitox e culturalmente affini, può essere uno spunto di riflessione: (approssimativamente 2,1 vs 5,4 la prevalenza nella popolazione)

Le esperienze

- Sono molte e differenziate, legate alla cultura del luogo, al quadro normativo al tipo di ente proponente/gestore, negli ultimi casi (Vancouver, Oslo, etc...) sono state precedute da studi di fattibilità che hanno considerato e ponderato pro e contro: generali e locali, sanitari, sociali e religioso/culturali.
- Sono predisposti piani di valutazione che considerano indicatori relativi agli accessi, alle infezioni, agli stili di vita dei frequentatori (affettività, lavoro, carcere...) e all'impatto sociale (sicurezza, rapporto con il quartiere, incidenza e prevalenza dei consumi)
- Nei paesi in cui sono state aperte, i risultati conseguiti hanno portato alla decisione di confermare questo tipo di struttura, nonostante contrasti anche molto forti (specie in fase di apertura).

I servizi offerti

I servizi offerti, gli orari, il personale socio-sanitario presente, la soglia di accesso, variano molto da caso a caso, ma in generale nei luoghi del consumo protetto provvede a:

- educazione all'uso più sicuro per via iniettiva e/o "fumato"
- assistenza in caso di overdose
- scambio di siringhe
- counselling
- cure mediche di base
- accompagnamento ai servizi a soglia più alta e alle prestazioni sociali

Le regole di accesso comuni sono:

- età sopra i 18 anni
- divieto di spaccio all'interno del servizio
- essere tossicodipendenti
- non si possono assumere sostanze se si è ancora in stato di intossicazione

Per riassumere può essere utile la visione di una clip che ci viene da Insite la DUR di Vancouver e in cui viene descritta:



Valutazione

A differenza di altri trattamenti, in particolare farmacologici, non è ovviamente possibile uno studio randomizzato “*in doppio cieco*” che certifichi biunivocamente l'effetto della presenza delle DUR in un territorio, in ogni caso sono stati pubblicati molti studi (sull'efficacia delle sole DUR o di sistemi integrati che le comprendano), in particolare citiamo:

Ex-Ante:

Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues (Richard Elliott, Ian Malkin, and Jennifer Gold - 2002 Canadian HIV/AIDS Legal Network)

In cui c'è una lunga analisi della letteratura e delle esperienze europee precedenti

The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms (AA VV – 2006 York -JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION)

Generali :

Safer Injection Rooms (Nadelmann, Ethan, et al Nov 2001)

European report on drug consumption rooms (Dagmar Hedrich – EMCDDA Feb 2004)

Survey of Drug Consumption Rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact (Kimber J. et al. - Drug and Alcohol Review, January 2005)

Ovviamente molti studi e pubblicazioni riguardano le evoluzioni delle esperienze locali. Molta la letteratura, moltissima la documentazione “grigia”; fra quanto pubblicato:

Svizzera:

Final Report on Injecting Rooms in Switzerland (Dolan, Kate and Wodak, Alex – 1996)

Typology of Injection Profiles of Clients of a Supervised Drug Consumption Facility in Geneva, Switzerland (Françoise Dubois-Arber, Fabienne Benninghoff, André Jeannin -2008 S. Karger AG, Basel - Institute of Social and Preventive Medicine, IUMSP, University of Lausanne)

Germania:

The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995: final report
(Kemmesies UE, Germany: INDRO, 1999)

Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien (Alfred Springer: November 2003)

Drug Consumption Rooms In Hamburg, Germany: Evaluation Of The Effects On Harm Reduction And The Reduction Of Public Nuisance (Heike Zurhold, Peter Degkwitz, Uwe Verthein, Christian Haasen – 2003)

Evaluation of the work of drug consumption rooms in the Federal Republic of Germany
(Abridged version of the final report on behalf of the federal ministry of health – Zeus GmbH - 2003)

Spagna:

Barcelona's Safer Injection Facility - Eva: A Harm Reduction Program Lacking Official Support

(Manel Anoro, Enrique Ilundain, Oscar Santisteban – 2001)

Las salas de consumo higiénico (Axel Klein, Marcus Roberts y Mike Trace - FUNDACIÓN BECKLEY

PROGRAMA SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS; documento tradotto in spagnolo da Helena Brull -
Sección de Normalización Lingüística del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya - 2005)

Olanda:

Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. (van der Poel A., Barendregt C.,
van de Mheen D. - European Addiction Research – 2003)

Norvegia:

The Injection Room in Oslo, Norway: One year report Feb 1st 2005 – Jan. 31st 2006 (Hanne Langaas,
project leader - City of Oslo Alcohol and Drug Addiction Service / Harm Reduction Service)

A Happy Compromise? Public Injection Rooms in Norway – Admission Criteria and Client Responses (2005 - Hilgunn Olsen)

Canada: (cfr: <http://www.communityinsite.ca/science.html>)

Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users (Wood, Tyndall, Zhang¹, Montaner & Kerr - British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital¹ and Department of Medicine, University of British Columbia - Genn 2007)

Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study (Kerr, ed altri - British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS -2006)

Australia: (cfr: <http://www.sydneymsic.com/Bginfo.htm>)

"Safe injecting facilities : their justification and viability in the Victorian setting" (Drugs and Crime Prevention Committee, Parliament of Victoria - 1999)

Six Month Process Report on the Medically Supervised Injecting Centre (Kaldor, Mattick, Kimber ed altri NCHECR, UNSW – Genn 2002)

Final Report of the Evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC evaluation Committee - 2003)

USERS ROOM DEREGENBOOG GROEP/AMOC AMSTERDAM

L'esperienza del Gruppo Abele

Il Gruppo Abele in partnership prima con AMOC-DHV e poi con De Regenboog Groep, si occupa del sostegno al rimpatrio di cittadini italiani consumatori presenti sul territorio olandese. Queste persone che vivono in Olanda in strada e non possono accedere al servizio sanitario locale, vengono incontrate ed agganciate proprio grazie al dropin/sala d'uso di De Regenboog Groep; a loro viene proposto il ritorno assistito in Italia previa (ri-) attivazione della loro posizione presso il Serd italiano di competenza territoriale per ultima residenza e dopo un periodo di osservazione (in alcuni casi in un Centro Crisi), il Serd di competenza sulla base delle proprie valutazioni e delle proprie risorse può progettare un percorso di contenimento o di indirizzo al drug free (si tratta di un lavoro particolarmente faticoso perché molti Serd per ragioni economiche faticano a riconoscere il diritto di assistenza, anche a volte a persone con residenza fittizia attiva nel loro territorio...).

Il Gruppo Abele ha presentato una richiesta di finanziamento per un progetto che prevede la copertura dell'accompagnamento fino al CC e dello studio di efficacia, ma di fatto **i risultati che riguardano una popolazione particolarmente sommersa e compromessa indicano come le sale d'uso possano aumentare considerevolmente le sinergie con il resto del sistema dei servizi a bassa, media ed alta soglia.** Nelle pagine seguenti il numero di italiani incontrato in questi anni (2000/2007)

REGIONI DI PROVENIENZA	N° PERSONE rimpatriate (tot incontrate 430)	COLLABORAZIONE SER.D. PER REGIONE
Campania	22	9
Piemonte	14	8
Sicilia	10	5
Toscana	11	5
Lombardia	11	4
Sardegna	8	4
Lazio	7	3
Puglia	6	3
Veneto	5	2
Calabria	3	3
Emilia Romagna	3	2
Liguria	2	//
Abruzzo	2	1
Trentino	3	2
Umbria	1	//
Basilicata	1	//
Totale	109	51

MOTIVI DEL RIMPATRIO	NUMERI
Comunità terapeutica	44
Reinserimento sociale	11
Ragioni giuridiche	4
Reinserimento familiare	37
Indicazioni mediche	5
Ricovero in clinica psichiatrica	6
Reinserimento lavorativo	2
Totale	109

COSTI

Dipendono da molti fattori, essenzialmente:

- Composizione dell'equipe: numero e professionalità degli operatori
- Ente attuatore (pubblico, privato sociale, misto)
- Estensione dell'orario di apertura
- Quantità/qualità di altri servizi in sinergia (dropin, dormitori, servizi sanitari avanzati di soccorso,...)
- Norme e LEA caratteristici del paese o della regione attuatrice

Ma in realtà dipendono in larga misura dal costo del personale, che rappresenta la voce di bilancio più consistente, in analogia ad altri servizi di bassa soglia (e non solo); quindi la capacità di attivare risorse del volontariato e/o gli stessi utenti per una frazione più o meno rilevante di mansioni può incidere notevolmente.

In ogni caso una struttura aperta quotidianamente per 6/8 ore capace di rispondere ad un centinaio di utenti/gg e con un'equipe composta da un medico, due infermieri, tre educatori/operatori può essere realizzata ad un costo medio di 300.000 €/ anno.

English Spanish



International Network of Drug Consumption Rooms



search...

HIGHLIGHT

 Help preventing the shutdown of InSite.

Help InSite to continue their work for a safer and more hygienic drug consumption. Don't wait, act!

LATEST CONTENT ADDED

'La Calle de Todos' #1 #0 of "La Calle de Todos" out

Manual Introductorio a la Investigación en Drogodependencias

International Survey of Supervised Injecting Centres 1999-2000

Las Salas de Consumo Higiénico

Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection among Injecting Drug Users

WE SUGGEST...

 **La Calle de Todos**

 **Finally online**

 **Mouse-flip through its pages**

WHO'S ONLINE

We have 2 guests online

MAIN MENU

- [About us](#)
- [About our activity](#)
- [INDCR articles](#)
- [Library](#)
- [Search](#)
- [Contact us](#)
- [Links](#)

FAQS

What services does a drug consumption room usually offer?

Are substances provided at drug consumption rooms?

Who uses drug consumption rooms?

Is there any documented evidence on the efficacy of drug consumption rooms?

What is the impact produced by drug consumption rooms within a community?

What is the economic impact produced by drug consumption rooms?

WE SUGGEST...

HAVE YOU VISITED OUR LIBRARY?

About us

The 1st International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) is a platform born on the initiative of consumption rooms from all over the world that attended the 1st International Scientific Meeting on Drug Consumption Rooms. The Meeting was organized by **Munduko Medikua** on the 22nd of October 2007 in Bilbao (Spain).

This Network aims at:

- Exchanging scientific knowledge and reaching consensus on best practices.
- Implementing multicentered research that contributes to increasing the efficacy and efficiency of drug consumption rooms.
- Improving and harmonizing data collection from drug consumption rooms.
- Providing support and advice on the creation and opening of new drug consumption rooms.

WHAT ARE DRUG CONSUMPTION ROOMS?



Drug consumption rooms emerge at the end of the 80s, with the first room ever being opened in Switzerland (Berne) in 1986. They are defined as "protected places for the hygienic consumption of previously obtained drugs, in a non-judging environment and under the supervision of qualified personnel" (Akzept 2000). Their aim is to reduce the risk and harm associated to drug consumption both at individual and community level, allowing people to consume drugs in safer and more hygienic conditions and reducing public nuisance associated to drug consumption. These facilities are open to people who are legally of age, with a preceding history of consumption (injection, smoking or sniffing) of illegal drugs. More specifically, they are open to drug users who are in situations of social exclusion and marginalization, whose basic needs are often not met.

Drug consumption rooms represent a strategy among others within the framework of "Risk and Harm Reduction" policies, the latter consisting of the collection of sanitary or social actions, at individual or community level, that aim at reducing adverse effects of any kind (sanitary, social, psychological, economic, family or work related, etc.) that may derive from the consumption of illegal substances. Together with drug consumption rooms, *needle (syringe) exchange programs*, *low threshold access centres* for drug users, *street and peer work programs* or *low demand treatment centres* also constitute strategies of acknowledged efficacy in "risk and harm reduction".

