

LA DIFFUSIONE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO IN EUROPA E OLTRE¹

Questo capitolo traccia la diffusione della riduzione del danno in Europa e nel mondo. Il termine “riduzione del danno” è diventato rilevante a metà degli anni '80, come risposta a nuove epidemie di HIV scoperte tra persone che si iniettavano droghe in alcune città. Questa volta, molte città europee hanno giocato un ruolo chiave nello sviluppo di interventi innovativi, come i programmi che si basano sul fornire aghi e siringhe (NSP). L'approccio di riduzione del danno è aumentato in termini di copertura globale e accettazione attraverso gli anni '90 ed è diventato parte integrante della guida politica sulle droghe dell'Unione Europea alla fine del secolo. Dal 2009 alcuni dei 31 paesi europei ha sostenuto la riduzione del danno nelle politiche o nella pratica - ognuno di questi forniva programmi che prevedevano la distribuzione di aghi e siringhe e la terapia sostitutiva per gli oppiacei. Sei paesi fornivano anche programmi NSP in carcere, 23 prevedevano la terapia sostitutiva per gli oppiacei in carcere e le uniche due sale per il consumo di sostanze nel mondo erano in Europa. Comunque, i modelli e la copertura variano attraverso le regioni europee. La riduzione del danno è attualmente una politica ufficiale delle Nazioni Unite e l'Europa ha giocato un ruolo chiave in questo sviluppo e continua ad essere una voce forte per la riduzione del danno a livello internazionale.

This chapter traces the diffusion of harm reduction in Europe and around the world. The term ‘harm reduction’ became prominent in the mid-1980s as a response to newly discovered HIV epidemics amongst people who inject drugs in some cities. At this time, many European cities played a key role in the development of innovative interventions such as needle and syringe programmes. The harm reduction approach increased in global coverage and acceptance throughout the 1990s and became an integral part of drug policy guidance from the European Union at the turn of the century. By 2009, some 31 European countries supported harm reduction in policy or practice — all of which provided needle and syringe programmes and opioid substitution therapy. Six countries also provided prison needle and syringe programmes, 23 provided opioid substitution therapy in prisons, and all but two of the drug consumption rooms in the world were in Europe. However, models and coverage vary across the European region. Harm reduction is now an official policy of the United Nations, and Europe has played a key role in this development and continues to be a strong voice for harm reduction at the international level.

*“Ho visto il futuro e funziona”
(J.L. Steffens)*

I Paesi europei sono stati tra i primi ad adottare la riduzione del danno, favorendo la sua diffusione attraverso l'Europa e oltre

Jamie Bridge
Senior Coordinator:
Events and Communications,
International Harm Reduction Association, UK
Catherine Cook
Senior Analyst:
Public Health and Policy, International Harm Reduction Association, UK
Gerry V. Stimson
Professor of Sociology, and Executive Director,
International Harm Reduction Association, UK

¹ Pubblicato in originale in inglese come capitolo 2 della Monografia Emcdda “Harm reduction, evidence, impacts and challenges” dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze di Lisbona nel 2010. Traduzione in Italiano Dott.ssa Manuela Franchi e rivisto da Dott. Giuseppe Iraci Saveri

INTRODUZIONE

Il termine “riduzione del danno” si riferisce a “policies, programmi e pratiche che mirano a ridurre le malattie, le conseguenze sociali ed economiche dell'uso di

sostanze psicoattive legali e illegali” e sono “basati su un forte impegno per la salute pubblica e i diritti dell’uomo” (IHRA, 2009a, p. 1). Il termine è diventato saliente dopo l’emergenza rappresentata dall’HIV in Europa e altrove a metà degli anni ’80 (Stimson, 2007). Comunque, i principi sottostanti a tale approccio possono essere rintracciati molto più lontano nel passato (si veda il box). Questo capitolo cerca di esplorare l’emergenza e la diffusione della riduzione del danno da una risposta di comunità, localizzata, alla migliore pratica internazionale. Dato lo spazio ristretto per poter fornire una storia esaustiva che affronti tutti gli aspetti della riduzione del danno, ci focalizzeremo principalmente sullo sviluppo e l’accettazione degli approcci per prevenire la trasmissione dell’HIV tra le persone che si iniettano le droghe. Sono questi interventi che hanno finito per sintetizzare l’essenza della riduzione del danno. Per i propositi di questo capitolo, l’Europa è definita comprendere 33 paesi — i 27 Stati Membri dell’Unione Europea (UE), i paesi candidati (Croazia, Repubblica Ex Jugoslava di Macedonia e Turchia) e Norvegia, Svizzera e Islanda.

Tabella I - Primi esempi di riduzione del danno principi e pratiche.

Dal 1912 al 1923	Cliniche per il trattamento di mantenimento negli Stati Uniti.
1926	Report del Comitato Dipartimentale del Regno Unito sulla dipendenza da Morfina e Eroina (il Rolleston Committee) si è concluso a favore della prescrizione di oppiacei per aiutare a mantenere la normalità per pazienti dipendenti da eroina.
Anni ’60	Nascita del ‘bere controllato’ come alternativa ai trattamenti basati sull’astinenza per alcuni pazienti che fanno uso di alcolici.
Anni ’60	Lavoro di Grass sul ridurre i danni connessi all’uso di LSD, cannabis, amfetamine e allo sniffare collanti.

LA DIFFUSIONE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO IN EUROPA

Nel 1985 sono stati introdotti i test per gli anticorpi dell’HIV, portando alla scoperta di alti tassi di infezione tra le persone che si iniettavano droghe, in numerose città europee – incluse Edinburgo (51 %) (Robertson et al., 1986), Milano (60 %), Bari (76 %), Bilbao (50 %), Parigi (64 %), Tolosa (64 %), Ginevra (52 %) e Innsbruck (44 %) (Stimson, 1995).

Queste epidemie localizzate si verificavano in un breve lasso di tempo, con il 40% o più di prevalenza di infezione raggiunta in due anni dall’introduzione del virus, nelle comunità di persone che si iniettano le droghe (Stimson, 1994). L’analisi dei campioni di sangue raccolti indicava che l’HIV si è presentata prima ad Amsterdam nel 1981 e ad Edimburgo uno o due anni più tardi (Stimson, 1991). L’uso di eroina e sostanze iniettate nei paesi europei è andato aumentando sin dagli anni ’60 (Hartnoll et al., 1989) e la ricerca ha indicato che lo scambio di aghi e siringhe era comune tra le persone che si iniettavano le droghe (Stimson, 1991).

È presto diventato evidente che alcune parti dell’Europa stavano affrontando un’emergenza della salute pubblica (si veda il capoverso successivo). Attraverso l’Europa, la risposta è stata inoltrata a livello delle città da autorità sanitarie locali e società civili (qualche volta nonostante l’interferenza dei Governi) (O’Hare, 2007a). Nel 1984 (un anno prima dell’introduzione del test dell’HIV), le organizzazioni delle persone che fanno uso

L’uso di eroina e sostanze iniettate nei paesi europei è andato aumentando sin dagli anni ’60

di sostanze nei Paesi Bassi hanno iniziato a distribuire strumentazione sterile per le iniezioni ai loro pari per contrastare la trasmissione dell'epatite (Buning et al., 1990; Stimson, 2007). Questo è stato largamente riconosciuto come il primo programma formale che prevedesse la distribuzione di aghi e siringhe (NSP), sebbene programmi NSP informali o ad hoc esistessero nel mondo prima del 1984. Poco dopo, i Paesi Bassi hanno integrato i programmi NSP all'interno di centri a bassa soglia su scala nazionale (Buning et al., 1990).

La trasformazione causata dall'HIV e la riduzione del danno per l'HIV e l'AIDS rappresentano ora le più grandi sfide per le politiche e i servizi sulle droghe. I Policy Makers e i professionisti... sono stati costretti a riorganizzare i loro modi di affrontare i problemi legati alle droghe; ciò include chiarire i loro scopi, identificare i loro obiettivi e priorità di lavoro, i loro stili di lavoro e le relazioni coi pazienti e il contesto di lavoro. Nello spazio di circa tre anni, vale a dire tra il 1986 e il 1988, ci sono stati i maggiori dibattiti su HIV, AIDS e uso di sostanze iniettate.

Negli anni a venire è probabile che gli ultimi anni '80 saranno identificati come il periodo chiave di crisi e trasformazione nella storia delle politiche sulla droga. (Stimson, 1990b)

Nel 1986, alcune parti del Regno Unito hanno introdotto i programmi NSP (Stimson, 1995; O'Hare, 2007b). Dal 1987, programmi simili sono stati adottati anche in Danimarca, Malta, Spagna e Svezia (Hedrich et al., 2008). Dal 1990, i programmi NSP sono stati attivati in 14 paesi europei e per 12 sono stati stanziati fondi pubblici. Ciò si è allargato a 28 paesi dall'arrivo del nuovo secolo, con fondi pubblici che supportano programmi (in tutti tranne uno di questi; EMCDDA, 2009a, Tabella HSR-4). Alcuni paesi stavano anche sperimentando modelli alternativi di distribuzione, incluse macchine che vendono siringhe e progetti che coinvolgono le farmacie (Stimson, 1989). Dai primi anni '90, ci sono state prove crescenti della praticabilità dei programmi NSP e a supporto della capacità degli interventi di attirare nei servizi popolazioni altrimenti nascoste di persone che si iniettano droghe e ridurre così i livelli di scambio di siringhe (Stimson, 1991).

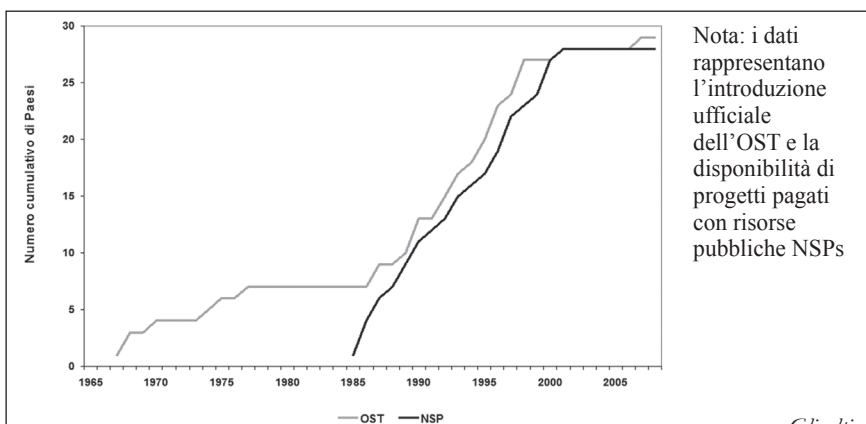


Fig. 1 - Anno di introduzione del trattamento sostitutivo con oppioidi (OST) ed introduzione ufficiale di programmi di scambio di siringhe (NSPs) nei Paesi EU (Fonte: Reitox Focal Points).

Gli ultimi anni '80 saranno identificati come il periodo chiave di crisi e trasformazione nella storia delle politiche sulla droga

La diffusione dei programmi NSP in Europa negli ultimi anni del 1980 e attraverso gli anni '90 è stato il risultato di politiche più ampie che si sono spostate dal trattamento della dipendenza verso la gestione della salute di persone che fanno uso di droghe (Stimson and Lart, 1990). Un'attenzione particolare alla salute e la gestione dei suoi rischi ha accresciuto l'enfasi sull'accesso ai servizi a bassa soglia e su interventi di comunità. Interventi di sensibilizzazione, in particolare tra pari, ha sintetizzato questi cambiamenti (Rhodes and Hartnoll, 1991; Rhodes, 1993). Non ci sono più servizi che si basano solamente sulla ricerca di trattamento da parte di chi fa uso di sostanze ma invece essi hanno raggiunto le persone più nascoste e vulnerabili per ridurre i rischi legati alle droghe per la popolazione generale. In molti casi, la riduzione del danno è stata coordinata a livello di comunità o di città (Huber, 1995; Hartnoll and Hedrich, 1996). Questi cambiamenti hanno reso possibile una riformulazione delle prescrizioni e dei servizi di trattamento per le droghe verso un modello più 'accessibile' e collaborativo. La pratica di prescrivere oppiacei alle persone dipendenti da tali sostanze è stata largamente adottata fin dagli anni '20 nel Regno Unito (Department Committee on Morphine and Heroin Addiction, 1926; Stimson and Oppenheimer, 1982). Il trattamento di mantenimento con metadone (MMT) è stato introdotto in Europa negli anni '60; prima in Svezia, poi nei Paesi Bassi, Regno Unito e Danimarca (Hedrich et al., 2008), anche se con dosaggi limitati e spesso nel contesto di programmi orientati all'astinenza. L'emergenza dell'HIV a metà degli anni '80 è servita a rinvigorire tali interventi, combinandoli con i modelli di sensibilizzazione, come il progetto 'metadone in autobus' ad Amsterdam (Buning et al., 1990). Il numero di paesi europei con MMT è cresciuto rapidamente nel corso degli anni '90 (si veda la Fig. 1 a pag. 31).

Dagli anni '90, la riduzione del danno ha cominciato ad essere intesa come parte delle politiche nazionali sulle droghe in molti paesi europei, sebbene alcuni fossero più lenti a seguirla bene (incluso Germania, Grecia e Francia, che mantenevano politiche basate sull'astinenza) (Michels et al., 2007; Stimson, 1995; Bergeron and Kopp, 2002). Ci è voluto più di una decade, comunque, affinché l'Unione Europea fosse d'accordo, per la prima volta con una 'strategia per le droghe' (UE, 2000a) con un 'piano d'azione' associato, (UE, 2000b), per il periodo 2000-04, che contenesse un certo numero di obiettivi concreti. Le politiche nazionali sulle droghe attraverso l'Europa sono sempre state responsabilità individuale degli Stati Membri, e come tale il ruolo dell'UE è quello di 'coordinare, essere complementare e supportivo' (Hedrich et al., 2008), creando cornici di riferimento piuttosto che strumenti obbligatori per legge. Questa prima strategia per le droghe dell'UE presentava sei obiettivi raccomandanti, uno dei quali era 'ridurre in modo sostanziale in cinque anni l'incidenza dei danni alla salute legati alla droga (incluso HIV ed epatite) e il numero di decessi legati all'uso di sostanze' (UE, 2000a). Sebbene il documento non usasse esplicitamente il termine riduzione del danno, questo obiettivo rappresenta un'importante pietra miliare nelle politiche europee sulle droghe.

La successiva pietra miliare è stata posta nel 2003, quando il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato una raccomandazione sulla prevenzione e riduzione del danno per la salute causato dalle droghe, associato alla dipendenza da sostanze.

Questo stabiliva che gli Stati Membri avrebbero dovuto fissare la riduzione dei rischi per la salute legati all'uso di droghe come obiettivo della salute pubblica ed elencare alcune delle misure chiave di riduzione del danno per 'ridurre in modo sostanziale l'incidenza dei danni alla salute legati alla droga' (vedere capoverso successivo). Nel 2004 è stata adottata dall'UE una nuova strategia per le droghe della durata di otto anni

Dagli anni '90, la riduzione del danno ha cominciato ad essere intesa come parte delle politiche nazionali sulle droghe in molti paesi europei

(2005-12), che richiedeva esplicitamente una ‘riduzione misurabile dei...rischi sociali e per la salute, legati all’uso di droghe’ attraverso un sistema globale che ‘includesse prevenzione, intervento precoce, trattamento, riduzione del danno, riabilitazione e misure di reintegrazione sociale all’interno degli Stati Membri dell’UE’ (UE, 2004).

Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e riduzione del danno per la salute associato alla dipendenza da sostanze (COM 2003/488/EC). Gli Stati Membri, per ridurre sostanzialmente l’incidenza del danno per la salute legato all’uso di sostanze (come HIV, epatite B e C e tubercolosi) e il numero di decessi, dovrebbero rendere disponibili, come parte integrante delle loro politiche generali sulla prevenzione e trattamento per le droghe, una varietà di servizi e strutture differenti, puntando in particolare alla riduzione del rischio; a tal fine, tenendo a mente l’obiettivo generale, per prevenire l’abuso di droghe, gli Stati Membri dovrebbero in primo luogo:

1. Fornire informazioni e counselling a chi fa uso di sostanze per promuovere la riduzione dei rischi e facilitare il loro accesso a servizi appropriati;
2. Informare le comunità e le famiglie e permettergli così di essere coinvolti nella prevenzione e riduzione dei rischi per la salute associati alla dipendenza da sostanze;
3. Includere metodologie di lavoro di sensibilizzazione all’interno delle politiche sociali nazionali sulla salute e le droghe e prevedere appropriati corsi di formazione per la sensibilizzazione e lo sviluppo di standard di lavoro e di metodi; il lavoro di sensibilizzazione è definito come un’attività orientata alla comunità, strutturata per contattare individui o gruppi di particolari popolazioni target, che non sono in effetti intercettati o raggiunti dai servizi esistenti o attraverso i canali sanitari ed educativi tradizionali;
4. Incoraggiare, quando auspicabile, il coinvolgimento di e promuovere formazioni per, pari e volontari nel lavoro di sensibilizzazione, che deve includere misure per ridurre i decessi legati all’uso di sostanze, come primo scopo e il coinvolgimento precoce dei servizi di emergenza;
5. Promuovere la creazione di reti e la cooperazione tra agenzie coinvolte nel lavoro di sensibilizzazione, per permettere la continuità tra i servizi e una migliore accessibilità per gli utenti;
6. Fornire, in accordo ai bisogni individuali di chi fa un abuso delle sostanze, trattamenti senza droghe così come un trattamento sostitutivo appropriato supportato da un’adeguata cura psicosociale e riabilitazione, prendendo in considerazione il fatto che una grande varietà di diverse opzioni di trattamento dovrebbe essere fornita a chi fa uso di sostanze;
7. Stabilire misure per prevenire i diversivi che le sostanze sostitutive possono rappresentare assicurando allo stesso tempo un accesso appropriato al trattamento;
8. Considerare di rendere disponibile a chi fa uso di sostanze in carcere un accesso ai servizi simile a quello fornito a coloro che non sono detenuti, in modi che non compromettano i continui e generali sforzi di tenere le droghe fuori dal carcere;
9. Promuovere una copertura adeguata di vaccinazioni per l’epatite B e misure di profilassi contro l’HIV, l’epatite B e C, tubercolosi e malattie sessualmente trasmissibili, così come uno screening per tutti i disturbi già menzionati tra chi si inietta le sostanze e le loro immediate reti sociali e avviare le appropriate azioni mediche;
10. Fornire dove possibile, l’accesso alla distribuzione di preservativi e materiali per le iniezioni e anche l’accesso a programmi e punti per il loro scambio;
11. Assicurarsi che i servizi di emergenza siano adeguatamente formati ed equipaggiati per gestire le overdosi;
12. Promuovere un’appropriata integrazione tra la salute, inclusa la salute mentale e la cura sociale e approcci specializzati nella riduzione del rischio;
13. Promuovere corsi di formazione che possano far ottenere una qualifica riconosciuta per i professionisti responsabili della prevenzione e riduzione dei rischi per la salute associati alla dipendenza da sostanze (Consiglio dell’Unione Europea, 2003).

Gli Stati Membri per ridurre l’incidenza del danno per la salute legato all’uso di sostanze dovrebbero rendere disponibili una varietà di servizi e strutture differenti

Durante questo periodo l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA) si è istituito come strumento centrale per il monitoraggio delle evidenze legate alle modalità dell'uso di sostanze e alle politiche nell'UE.

Fondato nel 1993 e potendo contare sul lavoro precedente del Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'EMCDDA ha generato le prime panoramiche a livello europeo dell'attività di riduzione del danno nel nuovo secolo (ad esempio, EMCDDA, 2000). Con la crescita dell'UE, nuovi Stati Membri hanno iniziato a sviluppare sistemi di monitoraggio per le droghe, al fine di inserirsi in questo processo. Inoltre, si è affermato che 'ci sono evidenze chiare che "la guida dell'UE sulle droghe" (EU drugs guidance) sia un modello per le politiche nazionali' per i nuovi Stati Membri (Commission of the European Communities, 2007; Hedrich et al., 2008, p. 513). Dal 2009, ci sono stati supporti espliciti a favore della riduzione del danno nei documenti della politica nazionale in tutti i 27 Stati Membri dell'UE, così come in Croazia, Repubblica Ex Jugoslava di Macedonia, Norvegia e Svizzera (Cook, 2009). Questa convergenza verso una 'posizione comune' (Hedrich et al., 2008, p. 513) ha permesso all'UE di divenire un forte sostenitore della riduzione del danno nei dibattiti internazionali (si veda anche MacGregor and Whiting, 2010).

LA DIFFUSIONE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO OLTRE L'EUROPA

In Australia, esperti in medicina hanno appreso dei programmi NSP in Olanda attraverso una lettera nel giornale medico *The Lancet* e nel 1985 la 'minimizzazione del danno' è stata universalmente adottata come politica nazionale (Wellbourne-Wood, 1999). Nel 1987, il Governo Canadese ha adottato la riduzione del danno come cornice di riferimento per la Strategia Nazionale per le Droghe (National Drug Strategy, Canadian AIDS Society, 2000) e negli Stati Uniti i primi programmi NSP sono apparsi prima del 1988, nonostante la lunga opposizione federale alle politiche della riduzione del danno (Sherman and Purchase, 2001; Lane, 1993; Watters, 1996). In molti stati americani, in assenza di una distribuzione legale di aghi e siringhe, alcuni gruppi di attivisti hanno anche cominciato a distribuire disinfettante per pulire le siringhe (Watters, 1996; Moss, 1990). Il primo progetto di riduzione del danno in America Latina è cominciato in Brasile nel 1989 (Bueno, 2007). Tre anni dopo, il Programma di Prevenzione dell'AIDS per chi fa uso di sostanze è stato avviato a Buenos Aires. Touze et al. (1999) hanno attribuito 'la crescente quantità di informazioni sulle esperienze internazionali di riduzione del danno diffuse dai mass media' come uno dei cinque fattori che hanno contribuito all'adozione della riduzione del danno in Argentina. L'attenzione internazionale si è focalizzata maggiormente su città europee selezionate, soprattutto su Amsterdam (dove un funzionario pubblico è stato incaricato di gestire le richieste di visita al programma) e Liverpool, che ha ospitato la prima 'Conferenza Internazionale sulla riduzione dei danni legati alle droghe' nel 1990 (O'Hare, 2007b). Nello stesso

anno anche Francoforte ha ospitato la prima 'Conferenza delle Città Europee nel centro del commercio delle droghe'. Nuovi legami e alleanze tra città ed esperti si sono creati all'interno dell'Europa e altrove (incluso, nel 1996, l'Associazione Internazionale per la Riduzione del Danno). Anche i meccanismi di finanziamento bilaterali e supporto dai Governi Europei hanno cominciato a interessarsi alla riduzione del

L'attenzione internazionale si è focalizzata maggiormente su città europee selezionate

danno nel mondo in via di sviluppo (ad esempio, la Rete Asiatica per la Riduzione del Danno è stata fondata nel 1996 grazie all'aiuto proveniente dal Governo Danese). A livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è stato uno dei primi organismi multilaterali a sostenere i principi fondanti della riduzione del danno in un meeting tenutosi a Stoccolma nel 1986 (OMS, 1986). Prima del 1974, il Comitato di Esperti dell'OMS sulla dipendenza da droghe ha fatto riferimento a 'l'interesse di prevenire e ridurre i problemi piuttosto che solamente ridurre l'uso di droghe' (Wodak, 2004). Altre agenzie del sistema delle Nazioni Unite – compreso UNAIDS (il programma delle Nazioni Unite su HIV/AIDS, stabilito nel 1996) – ha mostrato una maggior reticenza o ambiguità. Fino all'avvento del nuovo secolo, comunque, la riduzione del danno è apparsa fermamente radicata nel dialogo della politica internazionale (United Nations General Assembly, 2001; International Harm Reduction Association, 2009b).

Nel 2001, un meeting dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (l'organismo supremo che decide le politiche delle Nazioni Unite) ha adottato una 'Dichiarazione di Impegno', che affermava esplicitamente che 'gli sforzi per la riduzione del danno legato all'uso di droghe' dovessero essere rafforzati dagli Stati Membri (United Nations General Assembly, 2001). Due anni più tardi, l'OMS ha commissionato una revisione delle prove scientifiche a favore dell'efficacia degli interventi di riduzione del danno, pensati per le persone che assumono droghe per via endovenosa, che è stato pubblicato nel 2005 (OMS, 2005a; Wodak and Cooney, 2005; Farrell et al., 2005; Needle et al., 2005). Lo stesso anno, il metadone e la buprenorfina sono stati aggiunti alla lista dell'OMS dei 'farmaci essenziali' (OMS, 2005b), e UNAIDS ha rilasciato un articolo di presa di posizione intitolato 'intensificare la prevenzione dell'HIV' che elencava un pacchetto centrale di interventi di riduzione del danno (UNAIDS, 2005a) — che più tardi si è ampliato per diventare 'il pacchetto completo di riduzione del danno' (OMS, 2009).

A dicembre del 2005, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato una risoluzione che l'UNAIDS ha aiutato a realizzare per 'accrescere la prevenzione dell'HIV, il trattamento, la cura e il sostegno, con lo scopo di arrivare il più vicini possibile all'obiettivo di un accesso universale al trattamento, nel 2010, per tutti coloro che ne hanno bisogno' (United Nations General Assembly, 2006). Ciò comporta uno sviluppo delle linee guida dell'OMS, UNAIDS e UNODC sulla creazione e programmazione su base nazionale rispetto alla prevenzione dell'HIV, al trattamento e alla cura per chi si inietta droghe e il focalizzarsi sugli sforzi di difesa del bisogno di una maggiore copertura verso 'un accesso universale' (Donoghoe et al., 2008).

A differenza delle risposte delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS, c'è stato un notevole minor supporto per la riduzione del danno da parte delle diverse agenzie di controllo sulle droghe delle Nazioni Unite. All'interno del programma UNAIDS, UNODC è l'agenzia leader sulla 'prevenzione della trasmissione dell'HIV tra chi si inetta droghe in carcere' (UNAIDS, 2005b) ma tale ruolo rimane oscurato dalla centralità sul controllo sulla produzione e erogazione di droghe illecite. Inoltre, l'organismo governativo dell'UNODC — la Commissione delle Sostanze Stupefacenti (CND) — ha mostrato continue resistenze alla riduzione del danno da parte di alcuni paesi (incluso Giappone, Russia e Stati Uniti), creando incoerenza rispetto alla posizione della politica mondiale nei confronti della riduzione del danno attraverso il sistema delle Nazioni Unite (Hunt, 2008). L'International Narcotics Control Board (l'organo consultivo di esperti che monitorano la compliance alle convenzioni sulle sostanze delle Nazioni Unite) ha anche polemizzato sulla legalizzazio-

Fino all'avvento del nuovo secolo la riduzione del danno è apparsa fermamente radicata nel dialogo della politica internazionale

ne di alcuni interventi di riduzione del danno (Csete and Wolfe, 2007). Più di recente, nel 2009, la CND ha adottato una 'Dichiarazione Politica' sul controllo delle droghe che (dopo mesi di negoziazione e nonostante gli sforzi di difesa da parte della società civile, il Direttore Esecutivo dell'UNAIDS e due referenti speciali delle Nazioni Unite) si è opposta alle richieste di includere il termine riduzione del danno (United Nations Commission on Narcotic Drugs, 2009; si veda anche MacGregor and Whiting, 2010). Nonostante ciò, nel 2009, c'erano comunque 84 paesi al mondo, sparsi in ogni continente, inclusi 31 paesi europei a sostenere la riduzione del danno nella politica o nella pratica (Cook, 2009).

L'ATTUALE PRATICA DI RIDUZIONE DEL DANNO IN EUROPA

L'Europa rimane uno dei Paesi che più sono a favore delle pratiche e politiche di riduzione del danno, contando su supporti bilaterali dei governi europei per i programmi nei paesi a basso e medio reddito.

Attualmente c'è ancora una considerevole variabilità all'interno dell'Europa nella misura e natura degli interventi di riduzione del danno e nella copertura che tali interventi raggiungono all'interno di popolazioni designate (vedi *Tabella II*, *Fig. 2* e *Fig. 3*). Qui sintetizziamo le attuali pratiche di riduzione del danno in Europa focalizzandoci sull'accesso a strumentazione sterile per le iniezioni, trattamenti sostitutivi per gli oppiacei e stanze per il consumo di sostanze (DCRs) (si veda anche Donoghoe et al., 2008; Aceijas et al., 2007; Kimber et al., 2010; Hedrich et al., 2010).

ACCESSO A STRUMENTAZIONE STERILE PER LE INIEZIONI IN EUROPA

Dal 2009 ci sono stati 77 paesi e territori in tutto il mondo con almeno un programma NSP (programma ago e siringa) in azione e 31 di questi paesi erano europei (Cook, 2009). Fatta eccezione per l'Islanda e la Turchia, ogni paese europeo, in cui è stata riscontrata l'iniezione di droghe, ha avuto uno o più programmi NSP (vedi *Tabella II*). Il membro dell'Unione Europea che ha cominciato più di recente a fornire una strumentazione sterile per le iniezioni alle persone che si iniettavano le sostanze è stato Cipro nel 2007. La strumentazione sterile per le iniezioni veniva distribuita sul territorio attraverso servizi di comunità specialistici per l'uso di droghe, farmacie e attraverso modalità di sensibilizzazione e coinvolgimento (incluso il coinvolgimento dei pari), sebbene non tutte le modalità di diffusione del servizio fossero impiegate in tutti i paesi. Ad esempio, l'accesso gratuito alla strumentazione per le iniezioni nell'Irlanda del Nord era disponibile solo attraverso le farmacie e in Svezia sono stati aperti due punti ospedalieri appositi (EMCDDA, 2009a, *Tabella HSR-4*). La vendita di siringhe è legale in tutti i paesi, eccetto in Svezia. Nel 2007, la distribuzione di siringhe presso farmacie convenzionate era disponibile in 12 paesi: Austria, Belgio, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Grecia, Paesi Bassi, Portogallo, Slovenia, Spagna e Regno Unito. Sette paesi hanno anche usato macchine che vendono siringhe (Austria, Danimarca, Francia, Germania, Ungheria, Italia e Lussemburgo) e molti avevano servizi mobili di rifornimento (EMCDDA, 2009a, *Table HSR-4*).

L'Europa rimane uno dei Paesi che più sono a favore delle pratiche e politiche di riduzione del danno



Tabella II - Pratiche di riduzione del danno in Europa.

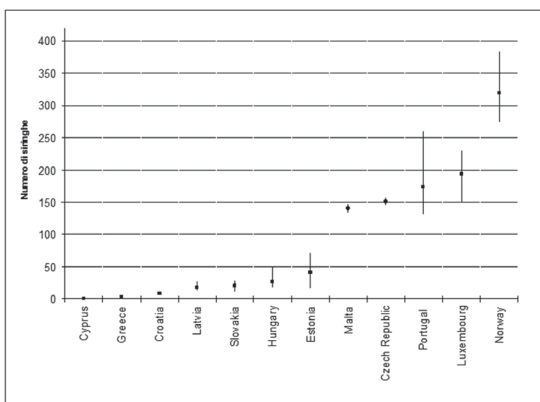
Paese	Programmi di scambio di aghi e siringhe	Terapia sostitutiva con oppiacei	Stanze di consumo	Programmi di scambio di aghi e siringhe in carcere	Terapia sostitutiva con oppiacei in carcere
Austria	✓	✓			✓
Belgium	✓	✓			✓
Bulgaria	✓	✓			
Croatia	✓	✓			✓
Cyprus	✓	✓			
Czech Republic	✓	✓			✓
Denmark	✓	✓			✓
Estonia	✓	✓			
Finland	✓	✓			✓
France	✓	✓			✓
Germany	✓	✓	✓	✓	✓
Greece	✓	✓			
Hungary	✓	✓			
Iceland					
Ireland	✓	✓			✓
Italy	✓	✓			✓
Latvia	✓	✓			
Lithuania	✓	✓			
Luxembourg	✓	✓	✓	✓	✓
Former Yugoslav Republic of Macedonia	✓	✓			✓
Malta	✓	✓			✓
Netherlands	✓	✓	✓		✓
Norway	✓	✓	✓		✓
Poland	✓	✓			✓
Portugal	✓	✓		✓	✓
Romania	✓	✓		✓	✓
Slovakia	✓	✓			
Slovenia	✓	✓			✓
Spain	✓	✓	✓	✓	✓
Sweden	✓	✓			✓
Switzerland	✓	✓	✓	✓	✓
Turkey					
United Kingdom	✓	✓			✓

Fonte: Adattato da Cook, 2009.

I confronti tra i paesi rispetto alla copertura richiedono sistemi rigorosi per riportare le informazioni e indicatori comuni. Sebbene più rigorose rispetto alle stime dei dati fornite nelle altre regioni del mondo, le informazioni non sono disponibili per alcuni paesi europei e sono frammentarie in altri (EMCDDA, 2009a, Tabella HSR-5). Inoltre, la stima della “copertura” dell’intervento – la proporzione delle popolazioni target raggiunte dagli interventi di riduzione del danno, idealmente con una intensità sufficiente da avere un potenziale impatto – richiede le stime delle dimensioni della prevalenza e dell’intervento sulla popolazione target che sono spesso non disponibili o di dubbia attendibilità (Heimer, 2008; Aceijas et al., 2007; Sharma et al., 2008). Mentre molti dei paesi europei hanno stime sulla prevalenza del problema dell’uso di sostanze, molto pochi hanno stime specifiche sulla prevalenza dell’iniezione di droghe (EMCDDA, 2009a, Tabella PDU-1). I dati disponibili indicano differenze sostanziali nella copertura dei programmi NSP in Europa (Fig. 2). Anche confrontando il numero di siti NPS su scala nazionale, un indicatore che non prende in considerazione la grandezza della popolazione che si inietta le sostanze o i fattori che impediscono l’accesso ai servizi, questo varia da diverse migliaia (Francia), a diverse centinaia (Regno Unito, Portogallo, Spagna) a poco più di cinque (Cipro, Grecia, Romania e Svezia) (Cook and Kanaef, 2008). Cinque paesi europei stanno fornendo più di 150 siringhe a persona all’anno, attraverso i professionisti dei programmi NSP (ad esempio, Repubblica Ceca, Portogallo, Norvegia e Lussemburgo) (EMCDDA, 2010) – livelli di copertura che potrebbero contribuire a prevenire o ridurre le epidemie di HIV (Vickerman et al., 2006).

Comunque, ciò non può avvenire in Europa senza avere mezzi considerevoli a disposizione e la copertura è piuttosto irrisoria in alcuni paesi (Fig. 2). In Svezia (uno dei primi paesi a stabilire dei programmi NSP in Europa), ci sono solo due siti NSP e l’intervento raggiunge approssimativamente 1200 persone; solo il 5% del numero totale stimato di persone che si iniettano sostanze nel paese (Svenska Brukarföreningen et al., 2007; Olsson et al., 2001). Inoltre, le stime nazionali di copertura dei programmi NSP nascondono spesso drammatiche variazioni nella copertura geografica, con forniture in molte città, paesi e aree rurali totalmente inadeguate. In Francia, ad esempio, non ci sono strutture specialistiche per l’uso di droghe, con programmi NSP, in alcune città con una popolazione oltre i 100 000 abitanti e con un uso di sostanze iniettate riconosciuto (ASUD, 2008).

Fonte: EMCDDA,2010.



Mentre molti dei paesi europei hanno stime sulla prevalenza del problema dell’uso di sostanze, molto pochi hanno stime specifiche sulla prevalenza dell’iniezione di droghe

Fig. 2 - Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati per stima di IDU per anno (2002-2007).

La *Fig. 2* mostra come molte persone che assumono droghe per via endovenosa in Europa hanno un accesso inadeguato ai programmi NSP o alla distribuzione gratuita siringhe. In molti paesi, i livelli attuali di copertura non sono abbastanza alti per prevenire o contrastare una epidemia di HIV nella popolazione che si inietta sostanze (Vickerman et al., 2006; Heimer et al., 2008).

Si può comunque notare che le vendite, da parte delle farmacie della strumentazione per le iniezioni, non sono rappresentate nella *Fig. 2* e che queste potrebbero essere una fonte per procurarsi le siringhe per alcune persone che fanno uso di droghe nel paese. Diversi paesi hanno un numero maggiore di programmi NSP non specialistici, non basati sul coinvolgimento delle farmacie (EMCDDA, 2006, Tabella NSP-1), e alcuni (ad esempio, l'Irlanda del Nord e la Svezia) si basano solo su un tipo di punto di rifornimento. I programmi NSP specializzati, comunque, potrebbero fornire più di semplici aghi e siringhe, includendo una maggiore intensità di informazione ed educazione per la riduzione del danno, un maggior numero di pazienti inseriti in un trattamento per le droghe e l'HIV e un'ampia varietà di strumentazioni per le iniezioni (incluso 'cucchiai' o 'fornellini', acqua, filtri, cotone imbevuto di alcol, lacci emostatici, preservativi, polveri acide per disciogliere la droga e fogli di alluminio o pipe inalatorie per assistere il 'cambio di rotta' dall'iniettarsi le sostanze al fumarle). Tra gli sviluppi comuni in Europa ci sono delle differenze nei siti per lo scambio di aghi e siringhe, che fornisce anche la base per accrescere la distribuzione di siringhe. Nella maggior parte dei paesi sono disponibili diversi tipi di fonti di siringhe legali per sopperire ai bisogni delle persone che si iniettano le droghe, inclusi i programmi NSP, le farmacie e le unità mobili.

ACCESSO ALLA STRUMENTAZIONE STERILE PER LE INIEZIONI NEI CARCERI EUROPEI

Nonostante le revisioni delle prove di efficacia e le raccomandazioni di implementazione (WHO, 2005a; Kimber et al., 2010), solo 10 paesi nel mondo hanno introdotto programmi basati sul fornire aghi e siringhe (NSP) nel carcere. Sei di questi paesi sono europei: Germania, Lussemburgo, Portogallo, Romania, Spagna e Svizzera. Il primo programma NSP in carcere è stato introdotto in Svizzera nel 1992, seguito quattro anni più tardi dalla Germania e dalla Spagna nel 1997. I modelli dei servizi variano tra i carceri e includono scambi 'uno a uno' gestiti dallo staff medico, scambi operati da organizzazioni non governative esterne o da altri colleghi e l'uso di macchine per la vendita automatica di siringhe. Il numero di detenuti che accede a questi interventi varia in Europa ma solo in Spagna i programmi che includono le siringhe sono stati resi accessibili dall'intero sistema carcerario nazionale. In anni recenti la Spagna ha aumentato tale disponibilità, mentre in Germania un cambiamento nel Governo ha portato alla chiusura di sei programmi in carcere, lasciandone solo uno (WHO, 2005c). Nel 2009, Belgio e Scozia erano in procinto di sviluppare dei programmi pilota. I ricercatori su questa questione hanno concluso che la scarsa disponibilità di interventi di questo tipo in Europa 'non si può basare sulla logica' (Stöver et al., 2008a, p. 94).

STANZE DI CONSUMO DI SOSTANZE (DCR) IN EUROPA

Ad eccezione di una struttura canadese e di una australiana, tutte le DCR si trovano in paesi europei (si veda Hedrich et al., 2010). Ger-

Solo 10 paesi nel mondo hanno introdotto programmi basati sul fornire aghi e siringhe (NSP) nel carcere

mania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna e Svizzera hanno una stima collettiva di 90 DCR, sparsi per 59 città europee (la maggioranza si trova nei Paesi Bassi e in Germania).

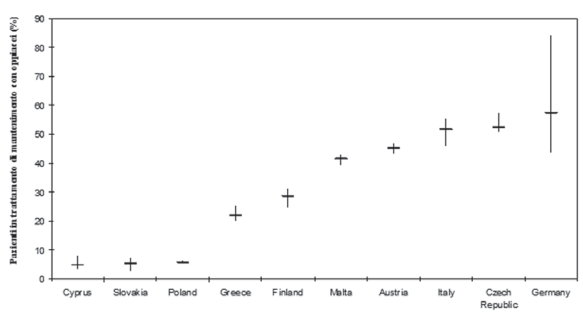
Queste strutture, che sono solitamente integrate in agenzie per uso di sostanze a bassa soglia, permettono di fumare e/o iniettarsi sostanze sotto la supervisione di uno staff ,formato appositamente e senza il timore di essere arrestati. Nel 2007 c'era una stima di 13 727 consumatori sotto supervisione nell'unica DCR del Lussemburgo e 11 600 nell'unica struttura della Norvegia. In Germania, i maggiori numeri di consumatori sotto supervisione si trovano a Francoforte (171 235 nel 2007), Berlino (12 000 nel 2006) e Hannover (29 332 nel 2006). Nonostante le valutazioni positive, tali strutture rimangono al centro di controversie sia in Europa che altrove (Hedrich et al., 2010).

ACCESSO AL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO PER OPIACEI IN EUROPA

Dal 2009, ci sono stati 65 paesi e territori in tutto il mondo che hanno fornito un trattamento sostitutivo per gli oppiacei (OST) per la dipendenza da sostanze, circa la metà dei quali erano in Europa (Cook, 2009). Tutti i paesi europei in cui si è riscontrato un uso di sostanze iniettate, ad eccezione dell'Islanda e della Turchia, prescrivono metadone e/o buprenorfina come trattamento per la dipendenza da oppiacei (vedi *Tabella II*).

Nel 2007, si è stimato che più di 650 000 persone che fanno uso di oppiacei abbiano ricevuto un OST in Europa, con enormi variazioni nazionali nella copertura (EMCDDA, 2009b). Inghilterra e Galles, Italia e Francia, ognuno di questi paesi ha prescritto il trattamento a più di 100 000 persone. Il metadone è il farmaco più comunemente prescritto per l'OST in Europa, eccezion fatta per Croazia, Repubblica Ceca, Cipro, Francia, Finlandia, Lettonia e Svezia, dove si usano alti dosaggi di buprenorfina e per l'Austria, dove si usa più spesso il rilascio lento di morfina (EMCDDA, 2009a, Tabella HSR-3). In generale, il numero di OST prescritti è aumentato tra il 2003 e il 2007, con gli aumenti maggiori riscontrati in Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Finlandia, Lettonia e Norvegia. Riduzioni sono state riportate in Spagna e una stabilizzazione della richiesta di OST sembra avere luogo anche in Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi (si veda EMCDDA, 2009a, Tabelle HSR).

Fonte: EMCDDA, 2010.



Tutti i paesi europei in cui si è riscontrato un uso di sostanze iniettate, ad eccezione dell'Islanda e della Turchia, prescrivono metadone e/o buprenorfina come trattamento per la dipendenza da oppiacei

Fig. 3 - Pazienti in trattamento di mantenimento con oppiacei in percentuale sul numero stimato di consumatori problematici di oppioidi del 2007 o di anno più recente, se disponibile.

La copertura della fornitura di trattamenti OST varia enormemente in Europa. Mentre paesi come la Spagna e il Regno Unito hanno molti siti OST (2 229 e 1 030 rispettivamente; EMCDDA, 2009c; United Kingdom National Treatment Agency, 2007), almeno 10 paesi europei hanno meno di 20 siti che forniscono trattamento OST (EMCDDA, 2009c). Dove sono disponibili le stime di prevalenza dell'uso problematico di droghe e i dati sui pazienti in trattamento sostitutivo, si può calcolare la copertura dell'OST (vedi Fig. 3). Mentre queste stime devono essere interpretate con cautela a causa delle incertezze su entrambi i valori, i risultati indicano variazioni significative nella copertura all'interno dei paesi dell'UE – dal 5 % a Cipro e Slovacchia, a circa il 50 % in Repubblica Ceca, Germania e Italia. In una recente guida delle Nazioni Unite sulla determinazione degli obiettivi, raggiungendo con l'OST il 40% o più di persone che usano oppiacei in modo problematico si ottiene una 'buona copertura' (WHO et al., 2009). Perfino dove l'OST è disponibile, diversi fattori influenzano un uso efficace dei servizi. Lunghe liste d'attesa, spazi limitati per il trattamento, rigide politiche di adesione al trattamento e una generale mancanza di volontà dei professionisti a prescrivere l'OST, sono tutti aspetti che sono riferiti influenzare l'accessibilità nei paesi europei. Anche i costi dell'OST, la mancanza di dosi da "affido" e, talvolta, la necessità di avere un'assicurazione medica agiscono come barriere (Cook and Kanaef, 2008). Un certo numero di paesi europei continuano ad essere all'avanguardia nell'innovazione dell'OST e nelle terapie di dipendenza da sostanze. Per quelli che non possono o non vogliono smettere di iniettarsi le droghe un piccolo numero di paesi europei prescrive OST con farmaci iniettabili (incluso Paesi Bassi, Svizzera e Regno Unito) (Cook and Kanaef, 2008). La prescrizione di eroina farmaceutica (diacetilmorfina) resta limitata a pochi paesi europei (Fischer et al., 2007; EMCDDA, 2009a, Tabella HSR-1). Nonostante i risultati positivi di studi randomizzati controllati in diversi paesi (che indicano che la diacetilmorfina è efficace, sicura, efficace rispetto ai costi e può ridurre i crimini legati alla droga e migliorare la salute del paziente), solo Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Svizzera e il Regno Unito includono questo tipo di interventi come parte della risposta nazionale alle droghe. Programmi pilota sono attualmente in atto in Belgio e Lussemburgo (EMCDDA, 2009a, Table HSR-1).

ACCESSO AL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO PER OPIACEI NEI CARCERI EUROPEI

I paesi europei costituiscono una grande proporzione tra quelli in tutto il mondo che offrono trattamenti OST ai detenuti; 23 paesi in Europa rispetto ai 33 totali (Tabella II). Comunque, ci sono 'regolamenti eterogenei e incongruenti e modalità di trattamento diverse attraverso l'Europa e le pratiche variano all'interno dei paesi e da carcere a carcere (Stöver et al., 2006). L'OST è disponibile nella maggioranza dei carcere in Austria, Belgio, Croazia, Danimarca, Lussemburgo, Malta, Portogallo, Slovenia e Spagna (EMCDDA, 2009a, Figura HSR-2). Questo rimane limitato a specifiche aree geografiche o a piccole porzioni di detenuti da qualche parte nella regione europea. In Francia, la buprenorfina è più largamente disponibile nei carceri rispetto al metadone (come nel caso della comunità), ma è ancora ristretto a certi carceri (van der Gouwe et al., 2006). Le ultime stime mostrano che il sistema penitenziario nazionale della Spagna forniva l'OST a 19 010 detenuti, il numero più grande mai

Perfino dove l'OST è disponibile, diversi fattori influenzano un uso efficace dei servizi

riportato in Europa. Pochi, detenuti stavano ricevendo l'OST in altri paesi, inclusi Irlanda (1 295), Portogallo (707), Belgio (300), Lussemburgo (191), Finlandia (40), Serbia (10) e Montenegro (5) (Cook and Kanaef, 2008). La Svizzera è l'unico paese che sta globalmente fornendo l'eroina a mantenimento (diacetilmorfina) ai detenuti, sebbene ciò sia limitato a due strutture (Stöver et al., 2008b). La disponibilità a fornire l'OST nei carceri europei è aumentata negli ultimi anni ma le regole e le pratiche che riguardano l'OST in carcere variano considerevolmente, portando a divari tra il bisogno di trattamento e la sua fruibilità.

Ad esempio, l'OST in carcere è spesso soggetto a criteri di inclusione eccessivamente rigidi, che fanno sì che relativamente pochi detenuti riescano ad accedervi (BISDRO and WIAD, 2008).

I rischi medici associati alla interruzione del trattamento di mantenimento a lungo termine, per quando riguarda le sentenze del carcere, restano una questione per cui l'OST non è reso disponibile ai detenuti (BISDRO and WIAD, 2008). La differenza rispetto alla disponibilità dell'OST nella comunità è particolarmente impressionante (EMCDDA, 2009a, Figura HSR-2). Quattro decenni dopo l'introduzione dell'OST nella comunità in Europa e in seguito alla considerevole crescita delle ultime due decenni, il divario tra il trattamento realizzato fuori e dentro il carcere è ulteriormente cresciuto.

CONCLUSIONI

Messaggi chiave

- La riduzione del danno è divenuta una risposta ampiamente utilizzata per l'HIV/AIDS negli anni '80.
- Le prime politiche e pratiche sono state introdotte da un certo numero di città europee.
- Dal 2009, qualcuno dei 31 paesi europei ha avuto programmi basati sulle forniture di aghi e siringhe e 31 hanno trattamenti sostitutivi per gli oppiacei.
- Dei paesi europei che riferiscono l'uso di droghe assunte per via endovenosa, solo l'Islanda e la Turchia non hanno implementato misure di riduzione del danno.
- L'Europa ha avuto un impatto significativo sulla diffusione della riduzione del danno a livello globale e nel 2009, 84 paesi nel mondo hanno approvato la riduzione del danno nella politica o nella pratica.
- L'Unione Europea ha giocato un ruolo cruciale nel promuovere e supportare la riduzione del danno rispetto alle Nazioni Unite.

Sin dalla metà degli anni '80, la riduzione del danno si è trasformata da un approccio gestito tra pari, da gente comune ad una politica ufficiale delle Nazioni Unite, con l'Europa che gioca un ruolo fondamentale. I paesi europei sono stati tra i primi ad adottare la riduzione del danno, favorendo la sua diffusione attraverso l'Europa e oltre. I paesi in Europa restano tra i precursori delle innovazioni nella pratica e tecnologia della riduzione del danno — ad esempio, sviluppando nuovi prodotti NSP (come siringhe colorate per ridurre la condivisione; attrezzature di scambio, ecc.) e interventi per incoraggiare l'allontanamento dalla pratica dell'iniezione (Pizzezy and Hunt, 2008), fornendo i trattamenti NSP e OST in carcere e

Le regole e le pratiche che riguardano l'OST in carcere variano considerevolmente, portando a divari tra il bisogno di trattamento e la sua fruibilità

stabilendo DCR. Allo stesso tempo, le definizioni di riduzione del danno si sono ampliate per comprendere il bisogno di proteggere i diritti di salute e di accesso ai servizi delle persone che fanno uso di droghe e per proteggerle da politiche sulle droghe dannose; l'Europa rimane centrale rispetto a dialogo e difesa. Ci sono adesso due decenni di ricerca

e valutazione che esplorano la fattibilità e l'impatto degli interventi di riduzione del danno, soprattutto per gli individui che si iniettano le droghe (Kimber et al., 2010; Palmateer et al., 2010; Wiessing et al., 2009; Wodak and Cooney, 2005; Farrell et al., 2005; Institute of Medicine, 2007). Le pratiche e politiche di riduzione del danno variano ancora attraverso i paesi (si veda anche MacGregor and Whiting, 2010). Dove le risposte di riduzione del danno sono ben strutturate, queste potrebbero essere minacciate dai cambiamenti di governo. Le politiche globali sull'uso di droghe continuano ad essere polarizzate. Un'istanza recente di queste era la non inclusione del termine 'riduzione del danno' nella 'Dichiarazione Politica' del 2009 della Commission on Narcotic Drugs, che ha suscitato una coalizione di 25 Stati Membri delle Nazioni Unite (la maggioranza sono paesi dell'Unione Europea) nell'annunciare che avrebbero tuttavia interpretato le sezioni della Dichiarazione alla luce della riduzione del danno (International Drug Policy Consortium, 2009).

Il bisogno di collegamento, scambio e coordinazione rimane all'interno dell'Europa se le politiche di riduzione del danno in Europa e altrove devono essere difese, rafforzate e appropriatamente valutate.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori vogliono ringraziare Dagmar Hedrich e Lucas Wiessing di EMCDDA per i loro feedback e i loro commenti. Si ringraziano anche Cinzia Bentari, Esther Croes, Pat O'Hare, Tuukka Tammi, Daan van der Gouwe, Annette Verster e Alex Wodak.



BIBLIOGRAFIA

- Aceijas, C., Stimson, G. V., Hickman, M. and Rhodes, T., United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries** (2004), 'Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users', *AIDS* 18 (17), Nov. 19, pp. 2295–303.
- Aceijas, C., Hickman, M., Donoghoe, M. C., Burrows, D. and Stuijkyte, R.** (2007), 'Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in Central and Eastern Europe and Central Asia', *Addiction* 102 (8), pp. 1244–50.
- ASUD (French National Association for the Safety of Drug Users)** (2008), 'Global state of harm reduction qualitative data response', in **Cook, C. and Kanaef, N.**, *Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, International Harm Reduction Association, London.
- Bergeron, H., and Kopp, P.** (2002), 'Policy paradigms, ideas, and interests: the case of the French publichealth policy toward drug abuse', *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 582 (1), pp. 37–48.
- Bueno, R.** (2007), 'The Latin American harm reduction network (RELARD): successes and challenges', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 145–7.
- Buning, E. C., Van Brussel, G. H. and Van Santen, G.** (1990), 'The "methadone by bus" project in Amsterdam', *British Journal of Addiction* 85, pp. 1247–50.
- Canadian AIDS Society** (2000), Position statement: harm reduction and substance use. Available at [www.cdnaids.ca/web/setup.nsf/\(ActiveFiles\)/PS_Harm_Reduction_and_Substance_Use/\\$file/Harm_Reduction_and_Substance_Use_En_Red.pdf](http://www.cdnaids.ca/web/setup.nsf/(ActiveFiles)/PS_Harm_Reduction_and_Substance_Use/$file/Harm_Reduction_and_Substance_Use_En_Red.pdf).

- Cook, C.** (2009), *Harm reduction policies and practices worldwide: an overview of national support for harm reduction in policy and practice*, International Harm Reduction Association, London.
- Cook, C. and Kanaef, N.** (2008), *Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, International Harm Reduction Association, London.
- Council of the European Union** (2003), 'Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', *Official Journal of the European Union* 3 Jul, L165 (46). Available at <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:L:2003:165:SOM:EN:HTML>.
- Csete, J. and Wolfe, D.** (2007), *Closed to reason: the International Narcotics Control Board and HIV/AIDS, Canadian HIV/AIDS Legal Network and the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute*, Toronto/New York, p. 3.
- Department Committee on Morphine and Heroin Addiction** (1926) *Report*. Available at www.drugtext.org/index.php/en/reports/220.
- Donoghoe, M., Verster, A., Pervilhac, C. and Williams, P.** (2008), 'Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): towards consensus and improved guidance', *International Journal of Drug Policy* 19 (Supplement 1), pp. S5–S14.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)** (2000), *Reviewing current practice in substitution treatment*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- EMCDDA** (2006), *Table NSP-1: Number of syringe provision outlets and number of syringes (in thousands) exchanged, distributed or sold 2003*, Statistical bulletin 2006. Available at <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/nsptab02-en.html>.
- EMCDDA** (2008), *National drug related research in Europe*, Selected issue, EMCDDA, Lisbon.
- EMCDDA** (2009a), *Statistical bulletin 2009*, Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>. *Tables HSR Health and social responses*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsr>. *Tables PDU 'Problematic drug use population'*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/pdu>.
- EMCDDA** (2009b), *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*, EMCDDA, Lisbon.
- EMCDDA** (2009c), *Drug treatment overviews*. Available at www.emcdda.europa.eu/responses/treatmentoverviews.
- EMCDDA** (2010), *Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- European Commission** (2007), 'Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health related harm associated with drug dependence', COM(2007)199final(eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- European Union** (2000a), *European Union Drug Strategy 2000–2004*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index2005EN.html>.
- European Union** (2000b), *The European Union Action Plan on Drugs 2000–2004*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html>.
- European Union** (2004), *European Union Drugs Strategy 2005–2012*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>.
- Exchange.Supplies** (n.d.), *Never share. syringe*. Available at http://www.exchangesupplies.org/needle_exchange_supplies/never_share_syringe/never_share_syringe_intro.html.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W. and Ali, R.** (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in

- HIV prevention', *International Journal of Drug Policy* 16 (Supplement 1), pp. S67–S75.
- Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., et al.** (2007), 'Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics', *Journal of Urban Health* 84, 552–62.
- Greenwald, G.** (2009), *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*, Cato Institute, USA.
- Hartnoll, R. and Hedrich, D.** (1996), 'AIDS prevention and drug policy: dilemmas in the local environment', in Rhodes, T. and Hartnoll, R. (eds) *AIDS, drugs and prevention: perspectives on individual and community action*, Routledge, London, pp. 42–65.
- Hartnoll, R., Avico, U., Ingold, F. R., et al.** (1989), 'A multi-city study of drug misuse in Europe', *Bulletin on Narcotics* 41, pp. 3–27.
- Hedrich, D., Pirona, A. and Wiessing, L.** (2008), 'From margins to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe', *Drugs: education, prevention and policy* 15, pp. 503–17.
- Hedrich, D., Kerr, T. and Dubois-Arber, F.** (2010), 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Heimer, R.** (2008), 'Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange', *International Journal of Drug Policy* 19 (Supplement 1), pp. S65–S73.
- Huber, C.** (1995), 'Needle park: what can we learn from the Zurich experience?' *Addiction* 90, pp. 291–2.
- Hunt, P.** (2008), *Human rights, health and harm reduction: states' amnesia and parallel universes: an address by Professor Paul Hunt*, UN Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, Harm Reduction 2008: IHRA's 19th International Conference, Barcelona — 11 May 2008, International Harm Reduction Association, London.
- IHRA (International Harm Reduction Association)** (2009a), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, International Harm Reduction Association, London.
- IHRA** (2009b), *Building consensus: a reference guide to human rights and drug policy*, International Harm Reduction Association, London.
- IHRA** (2009c), *German parliament votes in favour of heroin assisted treatment*. Available at www.ihra.net/June2009#GermanParliamentVotesinFavourofHeroinAssistedTreatment.
- IHRA and Human Rights Watch** (2009), *Building consensus: a reference guide to human rights and drug policy*, International Harm Reduction Association, London, pp. 18–19.
- Institute of Medicine** (2007), *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*, Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, National Academies Press, Washington.
- International Drug Policy Consortium** (2009), 'The 2009 Commission on Narcotic Drugs and its high level segment: report of proceedings', IDPC Briefing Paper, April.
- Kazatchkine, M. and McClure, C.** (2009), *From evidence to action: reflections on the global politics of harm reduction and HIV*, International Harm Reduction Association, London.
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., et al.** (2010), 'Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness', in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Lane, S.D.** (1993), *Needle exchange: a brief history*. Available at www.aegis.com/law/journals/1993/HKFNE009.html.

- MacGregor, S. and Whiting, M.** (2010), 'The development of European drug policy and the place of harm reduction within this', in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Michels, I. I., Stover, H. and Gerlach, R.** (2007), 'Substitution treatment for opiate addicts in Germany', *Harm Reduction Journal* 4(5). Available at <http://www.harm-reductionjournal.com/content/4/1/5>.
- Moss, A.** (1990), 'Control of HIV infection in injecting drug users in San Francisco', in Strang, J. and Stimson, G.V., *AIDS and drug misuse: the challenge for policy and practice in the 1990s*, Routledge, London.
- Needle, R. H., Burrows, D., Friedman, S. R., et al.** (2005), 'Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users', *International Journal of Drug Policy* 16 (Supplement 1), pp. 45–57.
- O'Hare, P.** (2007a), 'Harm reduction in the Mersey region', *International Journal of Drug Policy* 18, p. 152.
- O'Hare, P.** (2007b), 'Merseyside: the first harm reduction conferences and the early history of harm reduction', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 141–4.
- Olsson, B., Adamsson Wahren, C. and Byqvist, S.** (2001), *Det tunga narkotikamisbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm.
- Palmateer, N., Kimber, J., Hickman, M., et al.** (2010), 'Preventing hepatitis C and HIV transmission among injecting drug users: a review of reviews', *Addiction*, in press.
- Pizzey, R. and Hunt, N.** (2008), 'Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation', *Harm Reduction Journal* 5, p. 24.
- Rhodes, T.** (1993), 'Time for community change: what has outreach to offer?', *Addiction* 88, pp. 1317–20.
- Rhodes, T. and Hartnoll, R.** (1991), 'Reaching the hard to reach: models of HIV outreach health education', in Aggleton, P., Davies, P. and Hart, G. (eds), *AIDS: responses, interventions and care*, Falmer Press, London.
- Robertson, J. R., Bucknall, A. B. V., Welsby, P. D., et al.** (1986), 'Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers', *British Medical Journal* 292, p. 527.
- Sharma, M., Burrows, D. and Bluthenthal, R.** (2008), 'Improving coverage and scale-up of HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: moving the agenda forward', *International Journal of Drug Policy* 19 (Supplement 1), pp. 1–4.
- Sherman, S. G. and Purchase, D.** (2001) 'Point defiance: a case study of the United States' first public needle exchange in Tacoma, Washington', *International Journal of Drug Policy* 12, pp. 45–57.
- Stimson, G.V.** (1989), 'Syringe exchange programmes for injecting drug users', *AIDS* 3, pp. 253–60.
- Stimson, G.V.** (1990a), 'AIDS and HIV: the challenge for British drug services', *British Journal of Addiction* 85 (3), pp. 329–39.
- Stimson, G.V.** (1990b), 'Revising policy and practice: new ideas about the drugs problem', in Strang, J. and Stimson, G., *AIDS and drug misuse: the challenge for policy and practice in the 1990s*, London, Routledge.
- Stimson, G.V.** (1991), 'Risk reduction by drug users with regard to HIV infection', *International Review of Psychiatry* 3, pp. 401–15.
- Stimson, G.V.** (1994), 'Reconstruction of sub-regional diffusion of HIV infection among injecting drug users in South East Asia: implications for early intervention', *AIDS* 8, pp. 1630–2.
- Stimson, G.V.** (1995), 'AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: the policy response and the prevention of the epidemic', *Social Science and Medicine* 41 (5), pp. 699–716.
- Stimson, G.V.** (2007), 'Harm reduction – coming of age: a local movement with

- global impact', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 67–9.
- Stimson, G.V. and Lart, R.** (1990), 'HIV, drugs and public health in England: new words, old tunes', *International Journal of the Addictions* 26, pp. 1263–77.
- Stimson, G.V. and Oppenheimer, E.** (1982), *Heroin addiction: treatment and control in Britain*, Tavistock, London.
- Stover, H., Casselman, J. and Hennebel, L.** (2006), 'Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries', *International Journal of Prisoner Health* March, 2 (1), pp. 3–12.
- Stover, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. and Thane, K.** (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, European Commission Directorate — General for Health and Consumers, Drug Policy and Harm Reduction, SANCO/2006/C4/02.
- Stover, H., Weilandt, C., Huisman, A., et al.** (2008b), *Reduction of drug-related crime in prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners*, BISDRO, University of Bremen, Bremen.
- Svenska Brukarforeningen/Swedish Drug Users Union and International Harm Reduction Association** (2007), *Briefing to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on the fifth report of Sweden on the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, International Harm Reduction Association, London.
- Touze, G., Rossi, D., Goltzman, P., et al.** (1999), 'Harm reduction in Argentina: a challenge to non-governmental organisations', *International Journal of Drug Policy* 10, pp. 47–51.
- van der Gouwe, D., Galla, M., van Gageldonk, A., et al.** (2006), *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence: an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003*, Trimbos Instituut, Utrecht.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)** (2005a), *Intensifying HIV prevention: UNAIDS Policy Position Paper*, UNAIDS, Geneva. Available at http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hivnewstyle_en.pdf.
- UNAIDS** (2005b), *UNAIDS Technical Support Division of Labour: summary & rationale*, UNAIDS, Geneva. Available at data.unaids.org/una-docs/JC1146-Division_of_labour.pdf
- United Kingdom National Treatment Agency** (2007), *Global state — data collection response*. Cited in **Cook, C. and Kanaef, N.** (2008), *Global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, International Harm Reduction Association, London.
- United Nations Commission on Narcotic Drugs** (2009), *Report on the fifty-second session (14 March 2008 and 11–20 March 2009) Economic and Social Council Official Records, 2009: supplement no. 8 — political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem*, United Nations Commission on Narcotic Drugs, Vienna.
- United Nations General Assembly Sixtieth Special Session** (2006), 'Agenda item 45: resolution adopted by the General Assembly. 60/262', Political declaration on HIV/AIDS, New York.
- United Nations General Assembly Twenty-Sixth Special Session** (2001), 'Agenda item 8: resolution adopted by the General Assembly. S-26/2', Declaration of Commitment on HIV/AIDS, New York.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. and Watts, C.** (2006), 'Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 42, pp. 355–61.
- Watters, J.** (1996), 'Americans and syringe exchange: roots of resistance', in Rhodes,

T. and Hartnoll, R. (eds), *AIDS, drugs and prevention: perspectives on individual and community action*, Routledge, London, pp. 22–41.

Wellbourne-Wood, D. (1999), 'Harm reduction in Australia: some problems putting policy into practice', *International Journal of Drug Policy* 10, pp. 403–13.

Wiessing, L., van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C., et al. (2008), 'HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the east', *Eurosurveillance* 13 (50). Available at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19067>.

Wiessing, L., Likatavičius, G., Klem-pova, D., et al. (2009), 'Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users', *American Journal of Public Health* 99 (6), pp.1049–52.

Wodak, A. (2004), 'Letter from Dr Alex Wodak to Dr Zerhouni at the US National Institute of Health NIH'. Available at www.drugpolicy.org/library/05_07_04wodaknih.cfm.

Wodak, A. and Cooney, A. (2005), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programmes', *International Journal of Drug Policy* 16, S1, pp. S31–S44.

WHO (World Health Organization) (1986), *Consultation on AIDS among drug abusers*, 7–9 October 1986, Stockholm, ICP/ADA535(S).

WHO (2005a), *Evidence for action series*. Available at www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html and http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595780_eng.pdf.

WHO (2005b), *Essential medicines: WHO model list (14th edition)*. Available at http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf.

WHO (2005c), *Status paper on prisons, drugs and harm reduction, World Health Organization, Copenhagen*. Available at <http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>.

WHO (2009), *HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package*. Available at http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/index.html.

WHO, UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) and UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, WHO, UNODC/UNAIDS.

