

## RIDUZIONE DEL DANNO E PRINCIPALI APPROCCI<sup>1</sup>

*“Pensa che  
mente è fatto  
finché resta  
qualcosa da fare”  
(S. Rogers)*

**Nel suo insieme, questa monografia si propone di sintetizzare, in maniera critica, le sfide e le prove dell'impatto degli interventi e delle politiche di riduzione del danno in Europa e oltre**

### **Tim Rhodes**

*Professor of Public Health Sociology, and Director, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, UK*

### **Dagmar Hedrich**

*Senior Scientific Analyst, Health and Social Responses, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal*

<sup>1</sup> *Publicato in originale in inglese come capitolo 1 della Monografia Emacda “Harm reduction: evidence, impact and challenges” dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze di Lisbona, 2010. Traduzione a cura della dr.ssa Claudia Genarelli*

*La “riduzione del danno” comprende interventi, programmi e politiche che cercano di ridurre i danni alla salute e i danni sociali ed economici che l'uso di sostanze provoca agli individui, alle comunità e alle società.*

*Riteniamo la riduzione del danno come un “intervento combinato”, composto da un insieme di azioni opportunamente adattate agli specifici scenari e bisogni, focalizzato alla riduzione dei danni legati all'uso di sostanze. Grazie all'erogazione di interventi multipli combinati, somministrati nelle giuste dosi, abbiamo notato un potenziale aumentato dell'impatto della riduzione del danno soprattutto per quanto riguarda programmi di distribuzione di aghi e siringhe combinati con trattamenti sostitutivi con oppiacei. È possibile notare che la riduzione del danno è uno dei principali approcci di tutela della salute pubblica adottati sia dalle Nazioni Unite che nei piani strategici di prevenzione dell'UE e viene considerato come parte integrante delle politiche di gestione delle sostanze stupefacenti nella maggioranza delle regioni Europee. Tuttavia abbiamo riscontrato che co-esistono l'adozione di interventi di riduzione del danno e l'applicazione di severe politiche legislative che vanno a colpire gli utilizzatori di sostanze: ciò rappresenta una conseguenza non voluta delle comuni norme internazionali in tema di gestione di sostanze.*

*L'insieme degli “interventi combinati” di riduzione del danno può essere visto come un continuum che va dai trattamenti di cura, a riforme politiche o legali e alla rimozione di barriere strutturali per proteggere i diritti di tutti alla salute. Concludiamo introducendo questa monografia, con il proposito di riflettere su due decenni di evidenze scientifiche riguardanti gli approcci della riduzione del danno in Europa ed oltre.*

*Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce the health, social and economic harms of drug use to individuals, communities and societies.*

*We envisage harm reduction as a ‘combination intervention’, made up of a package of interventions tailored to local setting and need, which give primary emphasis to reducing the harms of drug use. We note the enhanced impact potential derived from delivering multiple harm reduction interventions in combination, and at sufficient scale, especially needle and syringe distribution in combination with opioid substitution treatment programmes. We note that harm reduction is a manifestation of mainstream public health approaches endorsed globally by the United Nations, and in the EU drugs strategy and action plans, and features as an integral element of drug policy in most of the European region. However, we note evidence that links drug harms to policies that emphasise strict law enforcement against drug users; an unintended consequence of international drug control conventions. The continuum of ‘combination interventions’ available to harm reduction thus extends from drug treatment through to policy or legal reform and the removal of structural barriers to protecting the rights of all to health. We end by introducing this monograph, which seeks to reflect upon two decades of scientific evidence concerning harm reduction approaches in Europe and beyond.*



## INTRODUZIONE

La “riduzione del danno” comprende interventi, programmi e politiche che cercano di ridurre i danni alla salute e i danni sociali ed economici che l’uso di sostanze provoca agli individui, alle comunità e alle società.

Un principio cardine della riduzione del danno è lo sviluppo di risposte pragmatiche relative alla gestione dell’uso delle droghe per mezzo di una gerarchia di interventi che hanno come obiettivo principale la riduzione dei danni legati alla salute che derivano dall’uso continuato di droghe (Des Jarlais, 1995; Lenton and Single 2004). Gli approcci alla riduzione del danno non escludono né presuppongono l’astinenza tra gli obiettivi di trattamento, il che significa che gli interventi orientati all’astinenza possono anche esser inclusi nella gerarchia degli obiettivi della riduzione del danno. Inoltre, riteniamo la riduzione del danno come un “*intervento combinato*”, composto da un insieme di azioni opportunamente adattate agli specifici scenari e bisogni, focalizzato alla riduzione dei danni legati all’uso di sostanze. Rispetto alla riduzione del danno provocato dall’uso di droghe per via iniettiva, per esempio, questa combinazione di interventi potrebbe riguardare programmi di distribuzione di aghi e siringhe (NSPs), trattamenti sostitutivi con oppiacei (OST), servizi di consulenza, la messa a disposizione di stanze per il consumo di droga (DCRs), peer education e altro ancora e la promozione di politiche che contribuiscano a proteggere la salute della popolazione a rischio.

## RIDUZIONE DEL DANNO COME POLICY CORRENTE DI SALUTE PUBBLICA

La riduzione del danno nel campo delle sostanze stupefacenti ha una lunga storia, che si può far risalire alla prescrizione di eroina e morfina alle persone dipendenti da oppiacei nel Regno Unito negli anni Venti (Spear, 1994), alle normative della politica di sanità pubblica, riguardo l’uso di droghe legali, come alcol e tabacco, e all’introduzione del mantenimento con metadone negli Stati Uniti negli anni Sessanta (Bellis, 1981; Erickson 1999). Dagli anni Settanta, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda politiche che mettano in luce i danni per “prevenire o ridurre la gravità dei problemi associati all’uso non medico di sostanze che provocano dipendenza”, ritenendo che questo obiettivo sia “più completo, più specifico e più realistico” rispetto alla pura prevenzione dall’uso di droghe che c’è in molti Paesi (OMS, 1974; Ball 2007).

I concetti di riduzione del rischio e riduzione del danno sono strettamente correlati con quelli di promozione della salute e di salute pubblica in generale. Eppure, per quanto riguarda le sostanze illecite, i dibattiti sullo sviluppo di approcci finalizzati alla riduzione del danno sono stati spesso offuscati dalla concezione della riduzione del danno come di un simbolo di liberalizzazione radicale o un attacco ai tradizionali metodi di controllo dell’uso di sostanze. La sanità pubblica ha al centro del suo interesse l’idea di proteggere gli individui e la salute della popolazione attraverso il monitoraggio, l’identificazione e la gestione dei rischi per la salute (Ashton and Seymour, 1988; Peterson and Lupton 1996). Risulta quindi essenziale un modello di riduzione del rischio e del danno. Il nuovo movimento della sanità pubblica della metà degli anni Ottanta è coinciso con l’emergenza relativa alla diffusione dell’HIV in molti continenti. Questa nuova visione della salute è

*Un principio cardine della riduzione del danno è lo sviluppo di risposte pragmatiche relative alla gestione dell’uso delle droghe*

stata annunciata come una svolta, al di là delle spiegazioni prettamente biomediche, verso una concezione di salute e danno come prodotti anche dell'ambiente sociale e politico e ha dato maggior risalto agli interventi di comunità e di bassa soglia (OMS 1986).

La sanità pubblica attuale, quindi, caratterizza l'assunzione di rischi e la salute come una responsabilità individuale consapevole, ma sottolinea anche il ruolo dell'ambiente sociale nella produzione dei danni e nel rendere gli individui e le comunità capaci di evitare i rischi (Peterson and Lupton, 1996; Rhodes 2002). Di conseguenza, i principali approcci relativi alla salute riconoscono la necessità di creare "ambienti favorevoli" per la riduzione del rischio e la modifica dei comportamenti, anche attraverso il rafforzamento delle azioni comunitarie e la creazione di politiche pubbliche di sostegno alla salute (OMS 1986). La riduzione del danno è un esempio di integrazione di interventi di sanità pubblica.

### **RIDUZIONE DEL DANNO COME POLICY CORRENTE NEL CAMPO DELLE DROGHE IN EUROPA**

La collaborazione intergovernativa europea e lo scambio di informazioni in materia di droga risale agli inizi degli anni Settanta. Sebbene la "politica della droga" nell'Unione Europea (UE) resti essenzialmente di competenza degli Stati membri, la cooperazione tra i paesi dell'UE in tale ambito è aumentata nel corso degli anni Novanta, con la conseguente adozione di una strategia antidroga congiunta e l'elaborazione di dettagliati piani d'azione (MacGregor and Whiting, 2010).

La strategia antidroga dell'Unione Europea mira a "fornire un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute, di benessere e di coesione sociale, integrando l'azione degli Stati membri di prevenzione e di riduzione del consumo di droga, della tossicodipendenza e dei danni provocati dalle sostanze per la salute e per la società" e mira a "garantire un elevato livello di sicurezza per la popolazione generale" (Consiglio dell'Unione Europea, 2004, p. 5).

Per oltre un decennio, i piani d'azione dell'UE in materia di droga hanno dato la priorità alla prevenzione della trasmissione delle malattie infettive e alla riduzione delle morti per droga tra i consumatori di sostanze: in una Raccomandazione adottata dal Consiglio Europeo del 18 giugno 2003 sulla "prevenzione e riduzione dei danni per la salute associati alla tossicodipendenza" (Consiglio dell'Unione Europea, 2003), si è delineato un quadro d'azione per aiutare gli Stati membri a sviluppare strategie volte a ridurre e prevenire i danni legati alla droga attraverso l'attuazione di servizi di riduzione del danno. La Raccomandazione mira a ridurre il numero di decessi per droga e i danni alla salute, inclusi quelli relativi all'HIV, all'epatite B (HBV), epatite C (HCV) e alla tubercolosi (TB). Questi obiettivi sono ribaditi nelle priorità dell'attuale strategia antidroga dell'UE 2005-12, in relazione alla riduzione della domanda, al fine di arrivare ad una "riduzione misurabile" del consumo di droga, della tossicodipendenza e dei rischi sia di salute

che sociali connessi alla droga, attraverso un pacchetto di interventi che combinano riduzione del danno, trattamento e riabilitazione, e che sottolineano la necessità di rafforzare sia la "qualità" che "l'efficacia" dei servizi. Sotto la responsabilità della Commissione Europea, sono stati visionati con gli Stati membri i progressi dell'attuazione dei piani d'azione antidroga dell'UE e sono stati commissionati ulteriori studi per valutare aspetti strategici più ampi. Tali studi suggeriscono

una crescente enfasi sulla domanda e sulla riduzione del danno nelle politiche antidroga nazionali nell'Unione Europea (van der Gouwe *et al.*, 2006; European Commission, 2002, 2006, 2008, 2009).

La riduzione dei danni provocati dalla droga, perciò, si caratterizza come obiettivo della salute pubblica di tutti gli stati membri dell'UE (van der Gouwe *et al.*, 2006; Cook *et al.*, 2010; MacGregor and Whiting, 2010), con una tendenza in Europa verso la "crescita e il consolidamento delle misure di riduzione del danno" (OEDT, 2009a, p. 31). La Commissione Europea ha preso atto di "un processo di convergenza" nella politica adottata dagli Stati membri in materia di droga e, di conseguenza, di una maggiore evidenza di "coerenza politica" in tutta la regione (Commissione Europea, 2008, p. 67). Questa convergenza verso la riduzione del danno in Europa è stata descritta come "la posizione comune" (Hedrich *et al.*, 2008, p. 513).

L'importanza della riduzione del danno è attestata anche dalla sua applicabilità a diverse sostanze, comprese quelle che causano i maggiori danni per la salute a livello di popolazione globale, come l'alcol e il tabacco (Rehm *et al.*, 2009; Mathers e Loncar, 2006; Rehm e Fischer, 2010; Room, 2010). Mentre l'adozione di misure di riduzione del danno in relazione al tabacco è relativamente sviluppata (Sweanor *et al.*, 2007; Gartner *et al.*, 2010), la riduzione del danno relativa all'alcol ha una lunga tradizione e in molti paesi è una caratteristica centrale delle politiche che si occupano di tale tematica (Robson e Marlatt, 2006; Herring *et al.*, 2010). La riduzione del danno può anche divenire un aspetto caratteristico degli interventi di sanità pubblica in relazione alla cannabis e all'uso di droghe ricreative e stimolanti (Hall e Fischer, 2010; Fletcher *et al.*, 2010; Grund *et al.*, 2010).

## **CONTROLLO GLOBALE DELLE DROGHE E RIDUZIONE DEL DANNO**

Da un recente studio della Commissione UE sui mercati globali di droga non sono state trovate prove della riduzione dei consumi di droga negli ultimi dieci anni, ma anzi si è notato che l'applicazione di politiche proibizioniste ha provocato notevoli danni involontari (European Commission, 2009). Questa scoperta è stata condivisa dalla Sezione anti-Droga e anti-Crimine delle Nazioni Unite (UNODC) in una valutazione fatta su un secolo (1909-2009) di impegni internazionali anti-droga (UNODC, 2009). Il rapporto precisa che la salute pubblica è stata la preoccupazione di guida sottostante il controllo della droga, mentre l'obiettivo fondamentale delle convenzioni internazionali per il controllo della droga era quello di limitare il commercio legale di stupefacenti alle sole esigenze mediche. Esso afferma: "La salute pubblica, il primo principio del controllo della droga, si è ritirata da quella posizione, offuscata dalla preoccupazione per la sicurezza pubblica" e che "Guardando indietro al secolo scorso, si può vedere che il sistema di controllo e la sua applicazione ha avuto diverse conseguenze non intenzionali" (UNODC, 2009, pp 92-3), tra le quali la nascita o la crescita dei mercati illeciti con uno "spostamento di politica" verso interventi legislativi volti a contrastare tali fenomeni e una corrispondente mancanza di investimenti nell'affrontare i danni per la salute derivati dal consumo di droga. Il controllo internazionale della droga è enunciato in tre principali trattati ONU sulle droghe (del 1961, 1971 e 1988), che incoraggiano gli Stati membri delle Nazioni Unite a sviluppare politi-

*La riduzione dei danni provocati dalla droga si caratterizza come obiettivo della salute pubblica di tutti gli stati membri dell'UE*

che nazionali basate sull'applicazione rigorosa della legge (Bewley-Taylor, 2004; Wood *et al.*, 2009). C'è uno slancio maggiore, contestualizzato da una "preponderanza di prove", per riconoscere che l'attuale quadro internazionale di controllo della droga è associato con danni multipli, alla salute e alla società e che tali effetti iatrogeni possono includere l'esacerbazione di epidemie di HIV fra i consumatori di sostanze per via iniettiva (IDUs) (Wood *et al.*, 2009, p. 990).

Le agenzie all'interno del sistema delle Nazioni Unite hanno recentemente rifocalizzato la loro attenzione sul primato della salute pubblica, che abbraccia gli interventi di riduzione del danno come parte di un approccio equilibrato, complementare agli interventi di prevenzione e cura. Nel dicembre 2005, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (ONU) ha adottato una risoluzione volta a incoraggiare azioni globali verso "un aumento progressivo della prevenzione dell'HIV, della cura, dell'assistenza e del supporto, per avvicinarsi il più possibile all'obiettivo dell'accesso universale alle cure entro il 2010 per tutti coloro che ne hanno bisogno" (Assemblea delle Nazioni Unite, 2006). Questo ha portato allo sviluppo di linee guida tecniche comuni tra OMS, UNODC e il Programma Congiunto sull' HIV/AIDS (UNAIDS) per raggiungere obiettivi per l'accesso universale alla prevenzione, trattamento e cura per i tossicodipendenti ed ha concentrato gli sforzi sulla necessità di una maggiore copertura verso l'accesso universale' (Donoghoe *et al.*, 2008; OMS *et al.*, 2009; ECOSOC, 2009). L'aumento progressivo e il raggiungimento di una copertura adeguata di un "pacchetto completo" di interventi di riduzione del danno per i tossicodipendenti è uno dei principali motori di iniziative dell'attuale politica in materia di droga (WHO, 2009; Ball, 2010; Atun e Kazatchkine, 2010).

## RIDUZIONE DEL DANNO COME "INTERVENTO COMBINATO"

In quanto "intervento combinato", la riduzione del danno comprende un pacchetto di interventi adattati agli scenari e ai bisogni locali, incluso l'accesso al trattamento per l'uso e l'abuso di droghe. Per ridurre i danni delle droghe assunte per via iniettiva per esempio, un pacchetto di interventi di riduzione del danno può combinare programmi di distribuzione di aghi e siringhe (NSPs), trattamenti sostitutivi con oppiacei (OST), servizi di consulenza, la messa a disposizione di stanze per il consumo di droga (DCRs), nonché movimenti per ottenere cambiamenti nelle politiche attuate. Considerare la riduzione del danno come un intervento combinato non è solo strettamente pratico e avvalorato dalla necessità, ma anche basato sull'evidenza. L'evidenza indica un impatto maggiore dei servizi di riduzione del danno quando questi operano in maniera integrata. Studi di coorte e di modellizzazione hanno mostrato che l'impatto di programmi di distribuzione di aghi e siringhe (NSPs) e di trattamenti sostitutivi con oppiacei (OST) per ridurre l'incidenza di malattie infettive tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (IDUs) può essere minimo se questi interventi vengono erogati singolarmente, ma sono notevolmente più efficaci se somministrati insieme con un impegno sufficiente dei partecipanti ad entrambi (van den Berg *et al.*, 2007).

Questo può essere il caso soprattutto della riduzione dell'incidenza di HCV tra gli IDUs (Hickman, 2010). Mentre ci sono studi epidemiologici che associano NSPs e OST con un ridotto rischio di contagio e di trasmissione di HIV (Gibson *et al.*, 2001; Wodak e Cooney, 2005; Farrell *et al.*, 2005; Institute of Medicine, 2007; Palmateer *et al.*, 2010; Kimber *et al.*, 2010), le prove di questi interventi nell'incidenza del

---

*L'evidenza indica un impatto maggiore dei servizi di riduzione del danno quando questi operano in maniera integrata*

---

rischio di contagio e trasmissione di HCV sono più modeste (Muga *et al.*, 2006; Wright e Tompkins, 2006; Hallinan *et al.*, 2004; Goldberg *et al.*, 2001; Palmateer *et al.*, 2010; Kimber *et al.*, 2010). Ad oggi, vi è un solo studio europeo che dimostra che “la partecipazione piena” attraverso interventi combinati di riduzione del danno (NSP e OST) può ridurre l’incidenza dell’HIV (dal 57%) e l’incidenza di HCV (del 64%) (van den Berg *et al.* 2007). Un recente studio di coorte nel Regno Unito ha messo in relazione anche l’OST con una riduzione statisticamente significativa nell’incidenza di HCV (Craine *et al.*, 2009). I risultati mostrano che l’OST in combinazione con il PSN ha un effetto maggiore nel ridurre l’incidenza di HIV e HCV tra gli IDUs in particolare nei Paesi che hanno problemi rilevanti ed esplosivi con le malattie infettive.

A partire dal fatto che l’efficacia dei servizi NSP e OST può essere migliorata se combinata, vi è una relazione di “maggiore incidenza” tra la partecipazione OST e l’aderenza al trattamento e cura dell’HIV tra i tossicodipendenti (Malta *et al.*, 2008; Palepu *et al.*, 2006; Lert e Kazatchkine, 2007).

Vi è un potenziale effetto di prevenzione dell’HIV derivato dal massimizzare l’accesso alle cure per questa patologia (Ball, 2010; Montaner *et al.*, 2006). Analogamente, l’accesso ai servizi di bassa soglia al test dell’HIV è una componente importante della riduzione del danno. Nell’Unione Europea, vi è un considerevole livello di omogeneità delle priorità politiche in materia di misure per limitare la diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti, l’NSP viene offerto in combinazione con test volontari e consulenza per le malattie infettive, o in combinazione con la diffusione di materiali informativi, educativi e di comunicazione (OEDT, 2009a, p. 83; OEDT, 2009c). L’evidenza suggerisce anche un rapporto di maggiore impatto tra il trattamento dell’epatite C e l’accesso ai servizi di trattamento farmacologico e di supporto sociale (Grebely *et al.*, 2007; Birkhead *et al.*, 2007). Inoltre, l’integrazione dei servizi di trattamento per l’HIV con quelli di prevenzione e cura della tubercolosi (TB) è un elemento critico nel determinare gli esiti di salute in persone affette da HIV (Sylla *et al.*, 2007), soprattutto in quella parte di Europa/recentemente entrata nell’EU che è “particolarmente gravemente colpita” da TB resistente ai farmaci tra i tossicodipendenti (OMS *et al.*, 2008). Inoltre nella prevenzione dell’HIV ci possono essere effetti derivanti dalla riduzione dei rischi legati al sesso accanto alla riduzione del danno (Lindenburg *et al.*, 2006; Copenhagen *et al.*, 2006). La riduzione del danno si integra con il trattamento e la cura in un approccio di intervento combinato (Ball, 2010).

## **RIDUZIONE DEL DANNO E “AMBIENTI FAVOREVOLI” PER LA SALUTE**

Un principio fondamentale di intervento della sanità pubblica è quello di creare ambienti favorevoli all’evitamento del rischio individuale e di comunità, anche attraverso la creazione e il mantenimento di politiche pubbliche che sostengano la salute (WHO, 1986). Il *continuum* di “interventi combinati” a disposizione della riduzione del danno si estende dalla prevenzione e trattamento fino alla riforma politica e alla rimozione delle barriere strutturali per tutelare i diritti di tutti alla salute.

L’OMS si raccomanda soprattutto che “le leggi non compromettano l’accesso dei tossicodipendenti ai servizi per l’HIV a causa della criminalizzazione e marginalizzazione” (Ball, 2007). Se le politiche pubbliche o

*La riduzione del danno si integra con il trattamento e la cura in un approccio di intervento combinato*

le leggi stesse generano un danno, poi anche queste rientrano tra gli obiettivi degli interventi combinati che compongono la riduzione del danno. Gli interventi strutturali per la salute pubblica mirano a rimuovere gli ostacoli contestuali o ambientali alla riduzione del rischio e del danno, favorendo condizioni sociali e ambientali che proteggono dal rischio e dalla vulnerabilità (Blankenship *et al.*, 2006). La definizione di “ambiente a rischio” che circonda la produzione degli effetti nocivi della droga in diversi contesti ha portato all’individuazione di interventi strutturali che possano incoraggiare un cambiamento a livello di comunità (Rhodes, 2002, 2009).

Motivo di seria preoccupazione - come evidenziato da diversi studi in diversi ambienti - è il modo in cui l’approccio giudiziario e penale può limitare l’evitamento dei rischi e, anzi, promuovere effetti nocivi tra i tossicodipendenti, soprattutto tra gli IDUs (Small *et al.*, 2006; Rhodes, 2009; Kerr *et al.*, 2005). In alcune situazioni, infatti, l’intensa presenza di polizia in strada può rendere riluttanti i consumatori per via endovenosa a prendere aghi e siringhe sterili per paura di essere arrestati o sanzionati (Rhodes *et al.*, 2003; Cooper *et al.*, 2005. Miller *et al.*, 2008). C’è evidenza di un’elevata probabilità di associazione tra scambio di siringa e aumentati contatti con la polizia (Rhodes *et al.*, 2004), confische delle attrezzature per iniettarsi droga (Werb *et al.*, 2008) e tassi di arresto (Pollini *et al.*, 2008), ma i tassi di arresto non mostrano alcun effetto deterrente sui livelli di iniezione di droga (Friedman *et al.*, 2010).

All’alta visibilità e repressione della polizia, è stata collegata l’interruzione di procedure iniettive più sicure e la loro sostituzione con aumento della frequenza di consumo di quantità più piccole di sostanze o iniezioni affrettate, aggravando il rischio di infezioni virali e batteriche, nonché di overdose (Blakenship e Koester, 2002; Bluthenthal *et al.*, 1999; Small *et al.*, 2006). Queste operazioni di polizia potrebbero anche ottenere l’effetto di spostare i gruppi di consumatori in altre aree, smantellare le reti sociali di sostegno, contribuire alla stigmatizzazione del consumo di stupefacenti e limitare la copertura, la fattibilità e l’impatto delle risposte di salute pubblica (Burriss *et al.*, 2004; Davis *et al.*, 2005. Friedman *et al.*, 2006; Broadhead *et al.*, 1999). E a loro volta, la prigione e la carcerazione sono legati ad un’elevata probabilità di trasmissione dell’HIV tra i tossicodipendenti (Dolan *et al.*, 2007; Jürgens *et al.*, 2009; Stevens *et al.*, 2010).

La riduzione del danno dovrebbe quindi comprendere interventi che mirano a ridurre i danni generati dalla droga e da altre politiche pubbliche, attraverso riforme politiche e cambiamenti giuridici. Per esempio, Room (2010, p. 110) osserva: “Se il danno deriva da un uso pesante di droga per sé, ridurre o eliminare l’uso o modificare la modalità di utilizzo sono le prime scelte logiche per la riduzione del danno. Ma se i danni derivano dalla criminalizzazione, la depenalizzazione è un modo logico di ridurre i danni”. L’OMS rileva inoltre che “il riavvicinamento tra le misure di controllo in tema di droghe e gli obiettivi della salute pubblica [è] una priorità” (Ball, 2007, p. 687). È quindi importante sottolineare i potenziali guadagni per la sanità pubblica derivati dal coinvolgimento delle agenzie di polizia e di giustizia penale come alleati per la salute pubblica, comprendendo interventi di riduzione del danno in comunità e setting chiusi (si veda Stevens *et al.*, 2010).

*La definizione di “ambiente a rischio” ha portato all’individuazione di interventi strutturali che possano incoraggiare un cambiamento a livello di comunità*

## **COPERTURA E AUMENTO PROGRESSIVO DELLE MISURE DI RIDUZIONE DEL DANNO**

Il 2010 è l’anno del raggiungimento dell’obiettivo dell’Assemblea generale delle Nazioni Unite di un “accesso quasi universale” per la pre-

venzione, il trattamento e la cura delle persone colpite dal virus HIV. In Europa sono stati compiuti notevoli progressi per raggiungere una maggiore copertura dei servizi di riduzione del danno per gli IDUs (vedere Cook *et al.*, 2010). Ogni Stato membro dell'Unione Europea ha uno o più programmi di distribuzione di aghi e siringhe sterili (OEDT, 2009a) e in almeno 12 Stati membri operano farmacie che aderiscono a tali programmi. Tutti gli Stati membri forniscono la terapia sostitutiva con oppiacei per le persone con tale dipendenza (OEDT, 2009a). Si stima che circa 650.000 persone hanno ricevuto OST in Europa nel 2007, anche se esiste una grande variazione tra i differenti Paesi nella copertura (OEDT, 2009a).

L'evidenza suggerisce che la copertura degli interventi di riduzione del danno è un fattore determinante rispetto ai rischi e ai danni della droga. In un recente confronto dell'incidenza delle diagnosi di HIV tra gli IDUs e la copertura di OST e PSN in Europa e in altri cinque paesi a medio e alto reddito, si è visto che nei paesi con maggiori prestazioni di entrambe (OST e NSP, nel 2000-2004), l'incidenza dell' HIV nel 2005 e nel 2006 era inferiore (Wiessing *et al.*, 2009). Da questo studio, la disponibilità e la copertura delle misure di riduzione del danno è risultata notevolmente inferiore in Russia e Ucraina, dove l'incidenza di HIV era notevolmente più alta rispetto ai paesi dell'Europa occidentale.

Mentre i tassi di trasmissione dell'HIV si stanno stabilizzando o diminuendo nella maggior parte dell' Europa occidentale e centrale, stanno aumentando nella parte orientale del continente, al di fuori dell'UE, dove i servizi di riduzione del danno sono "insufficienti e devono essere rafforzati" (Wiessing *et al.* 2008). La copertura degli interventi di riduzione del danno è variabile all'interno dell'UE. Anche se recenti stime del numero totale di consumatori che ricorrono all'OST indicano circa il 40% del numero totale stimato dei consumatori di oppiacei in Europa, il livello di erogazione di tale servizio non è affatto uniforme in tutta la regione. Le stime di copertura di 10 Paesi in cui tali dati sono disponibili partono da meno del 5% fin oltre il 50% dei consumatori di oppiacei coperti da OST (OEDT, 2009E). Le tendenze europee nella fornitura di NSP tra il 2003 e il 2007 mostrano un aumento del 33% del numero di siringhe distribuite attraverso programmi specializzati, con aumenti costanti nella maggior parte dei paesi, ad eccezione di alcuni Paesi dell'Europa settentrionale e centrale (OEDT, 2009d). Anche se le stime di copertura di NSP specifiche per paese sono scarse, il numero stimato di siringhe distribuite da programmi specifici per gli IDUs, all' anno, sembra variare notevolmente da paese a paese (OEDT, 2010). Stime a livello europeo indicano che in media sono distribuite circa 50 siringhe all'anno per ogni tossicodipendente in tutta l'UE (al Wiessing *et al.*, 2009). La disponibilità complessiva di siringhe sterili dipende anche dal tipo di disponibilità farmaceutica, a sua volta influenzata da leggi, regolamenti e prezzi, nonché dall'atteggiamento dei farmacisti stessi. Nella sua valutazione del piano d'azione antidroga dell'UE, la Commissione Europea ha sottolineato che la "disponibilità e l'accessibilità dei programmi [di riduzione del danno] sono ancora variabili tra gli Stati membri" e che "ulteriori miglioramenti sono ancora necessari per l'accessibilità, la disponibilità e la copertura" dei servizi (Commissione Europea, 2008, p. 66). Nella regione europea più in generale, l'aumento progressivo dei servizi per la riduzione del danno è una priorità e sono considerati determinanti per questo il rafforzamento dei sistemi sanitari, il coinvolgimento della società civile e l'impegno politico (Atun e Kazatchkine, 2010). Vi è poi una considerevole variabilità nel modo in cui la riduzione del danno è

*L'evidenza suggerisce che la copertura degli interventi di riduzione del danno è un fattore determinante rispetto ai rischi e ai danni della droga*



emanata in materia di politica e ancor più in pratica, così come la resistenza presente in alcuni ambienti.

Un tema importante per la ricerca futura è quello di capire la mancata attuazione di programmi e di politiche basate sull'evidenza (Des Jarlais e Semaan, 2009). Nei paesi in cui le epidemie di eroina sono recenti ma con bassi tassi di infezione da HIV tra i tossicodipendenti, l'attuazione di misure di riduzione del danno come PSN o OST può essere percepita da qualcuno come difficile da giustificare. Questo può essere particolarmente vero nel contesto di risorse economiche limitate del settore sanitario. Ci sono tuttavia prove che mostrano l'efficacia dei costi dell'introduzione e dell'aumento di interventi di riduzione del danno (Zaric *et al.*, 2000; National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research UNSW, 2009).

Voci di resistenza all'integrazione della riduzione del danno in materia di politica della droga possono essere trovate all'interno dell'UE (vedi MacGregor e Whiting, 2010), ma sono più rumorose all'interno della regione europea più ampia e in particolare la Russia, che oggi è una delle principali aree del mondo colpita dal virus dell'HIV associato al consumo di droga per via iniettiva. La Russia ha una politica che pone un forte accento sulla applicazione della legge, vieta l'introduzione di OST e limita lo sviluppo di PSN e altri interventi di riduzione del danno in scala adeguata (Sarang *et al.*, 2007; Human Rights Watch, 2007; Elovich e Drucker, 2008).

## PROVE, IMPATTI E SFIDE

Una efficace politica di riduzione del danno è tale se “può essere dimostrato, ad un pubblico ragionevole ed informato, mediante misurazione diretta o meno, che ha o potrebbe avere come risultato una riduzione netta dei danni derivanti dalla droga” (Lenton e Single, 2004, p. 217). Questa monografia si propone di riflettere su oltre due decenni di ricerche sull'impatto della riduzione del danno in Europa e oltre. Ci sono ora molteplici revisioni sistematiche e altre prove scientifiche a sostegno dei diversi interventi di riduzione del danno, soprattutto nel contesto dell'HIV, dell'epatite C e dell'uso di droghe per via iniettiva (Wodak e Cooney, 2005; Farrell *et al.*, 2005; Istituto di Medicina, 2007; Palmateer *et al.*, 2010).

I capitoli di questa monografia si propongono di fare il punto sulla situazione europea per quanto riguarda l'efficacia degli interventi per prevenire l'HIV e l'HCV tra i tossicodipendenti (Capitolo 5 - Kimber *et al.*, 2010), il ruolo delle DCRs (Capitolo 11 - Hedrich *et al.*, 2010), l'effetto degli studi epidemiologici sull'incidenza degli interventi (Capitolo 6 - Vickerman e Hickman, 2010) e le implicazioni che le variazioni nei modelli di consumo di stupefacenti hanno sugli interventi di riduzione del danno (capitolo 15 - Hartnoll *et al.*, 2010). Mentre la diffusione della riduzione del danno in tutta Europa riguarda soprattutto i danni sulla salute legati al consumo di droga per via iniettiva (Capitolo 2 - Cook *et al.*, 2010; Capitolo 3 - MacGregor e Whiting, 2010), gli approcci di riduzione del danno hanno un'applicabilità generale. Vengono presi in esame anche i problemi specifici di interventi e politiche di riduzione del danno in materia di alcol (capitolo 10 - Herring *et al.*, 2010), tabacco (Capitolo 9 - Gartner *et al.*, 2010), cannabis (Capitolo 8 - Hall e Fischer, 2010), uso di droghe ricreative tra i giovani (capitolo 13 - Fletcher *et al.*, 2010), e sostanze stimolanti (Capitolo 7 - Grund *et al.*, 2010). Vengo-

*Un tema importante per la ricerca futura è quello di capire la mancata attuazione di programmi e di di politiche basate sull'evidenza*

no infine discussi il ruolo potenziale - spesso irrealizzato - del coinvolgimento dei consumatori e gli interventi della giustizia penale (capitolo 12 - Caccia *et al.*, 2010; Capitolo 14 - Stevens *et al.*, 2010). Nel suo insieme, questa monografia si propone di sintetizzare, in maniera critica, le sfide e le prove dell'impatto degli interventi e delle politiche di riduzione del danno in Europa e oltre. La riduzione del danno, come ogni politica pubblica, è inevitabilmente legata al dibattito politico ed è ingenuo presumere altrimenti, ma è proprio per questo che è fondamentale che gli interventi siano sviluppati anche su argomenti basati sull'evidenza e sulla critica. L'Europa sta vivendo importanti cambiamenti politici, che nel 2004 hanno consentito un allargamento dell'Unione Europea mai visto. A seguito della ratifica del Trattato di Lisbona da tutti i 27 Stati membri nel 2009, l'importanza dell'Unione come attore politico nella regione crescerà. Tra le nuove sfide da affrontare c'è il mantenere una posizione di forza nel controllo della salute pubblica e nella prevenzione delle epidemie di HIV e HCV legate al consumo di droga. Questo può accadere in contesti in cui sono più drammatiche le condizioni economiche, così come con l'aumento della migrazione, soprattutto nei paesi con grandi epidemie di HIV legata al consumo di droga per via iniettiva e dove misure di riduzione del danno non sono sempre coperte dall'impegno politico. Il relativo successo delle strategie di riduzione del danno adottate in molti paesi europei negli ultimi due decenni e le prove raccolte a loro sostegno, forniscono un quadro per lo sviluppo, l'espansione e la valutazione di interventi di riduzione del danno per le molteplici forme di consumo di sostanze.



## BIBLIOGRAFIA

- Ashton, J. and Seymour, H.** (1988), *The new public health*, Open University Press, Milton Keynes.
- Atun, R. and Kazathckine, M.** (2010), 'Translating evidence into action: challenges to scaling up harm reduction in Europe and Central Asia', in Chapter 4, Luxembourg.
- Ball, A.** (2007), 'HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response', *Addiction* 102, pp. 684-90.
- Ball, A.** (2010), 'Broadening the scope and impact of harm reduction for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users', in Chapter 4, 'Perspectives on harm reduction: what experts have to say', 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.
- Bellis, D.J.** (1981), *Heroin and politicians: the failure of public policy to control addiction in America*, Greenwood Press, Westport, CT.
- Bewley-Taylor, D.** (2004), 'Harm reduction and the global drug control regime: contemporary problems and future prospects', *Drug and Alcohol Review* 23, pp. 483-9.
- Birkhead, G. S., Klein, S. J., Candelas, A. R., et al.** (2007), 'Integrating multiple programmes and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach',

- International Journal of Drug Policy* 18, pp. 417–25.
- Blankenship, K. M. and Koester, S.** (2002), ‘Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users’, *Journal of Law and Medical Ethics* 30, pp. 548–59.
- Blankenship, K.M., Friedman, S.R., Dworkin, S. and Mantell, J.E.** (2006), ‘Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research’, *Journal of Urban Health* 83, pp. 59–72.
- Bluthenthal, R.N., Lorvick J., Kral A.H., Erringer, E.A. and Kahn, J.G.** (1999), ‘Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviors among injection drug users’, *International Journal of Drug Policy* 10, pp. 25–38.
- Broadhead, R.S., Van Hulst, Y. and Heckathorn, D.D.** (1999), ‘Termination of an established syringe-exchange: a study of claims and their impact’, *Social Problems* 46, pp. 48–66.
- Burris, S., Donoghoe, M., Blankenship, K., et al.** (2004), ‘Addressing the “risk environment” for injection drug users: the mysterious case of the missing cop’, *Milbank Quarterly* 82, pp. 125–56.
- Cooper, H., Moore, L., Gruskin, S. and Krieger, N.** (2005), ‘The impact of a police drug crackdown on drug injectors’ ability to practice harm reduction’, *Social Science and Medicine* 61, pp. 673–84.
- Cook, C., Bridge, J. and Stimson, G.V.** (2010), ‘The diffusion of harm reduction 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.
- Copenhaver, M., Johnson, B., Lee, I.-C., et al.** (2006), ‘Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: meta-analytic evidence of efficacy’, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, pp. 163–71.
- 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 (2003/488/EC)’. Disponibile all’indirizzo web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0488:EN:HTML>.
- Council of the European Union** (2004), EU drugs strategy (2005–2012), CORDROGUE 77, 22 November 2004. Disponibile all’indirizzo web: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc\\_drugs\\_strategy\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc_drugs_strategy_en.htm).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V., et al.** (2009), ‘Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size’, *Epidemiology and Infection* 137, pp. 1255–65.
- Davis, C., Burris, S., Metzger, D., Becjer, J. and Lunch, K.** (2005), ‘Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program utilization’, *American Journal of Public Health* 95, pp. 223–36.
- Des Jarlais, D.C.** (1995), ‘Harm reduction: a framework for incorporating science into drug policy’, *American Journal of Public Health* 85, pp. 10–12.
- Des Jarlais, D.C. and Semaan, S.** (2009), ‘HIV prevention and psychoactive drug use: a research agenda’, *Journal of Epidemiology and Community Health* 63, pp. 191–6.
- Des Jarlais, D.C., Perlis, T., Arasteh, K., et al.** (2005), ‘Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City’, *AIDS* 19 (Supplement 3), pp. S20–5.
- Dolan, K., Kite, B., Aceijas, C., and Stimson, G.V.** (2007), ‘HIV in prison in low income and middle income countries’, *Lancet Infectious Diseases* 7, pp. 32–43.
- 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. S5–14.

- ECOSOC** (UN Economic and Social Council) (2009), 'Economic and Social Council resolution E/2009/L.23 adopted by the Council on 24 July 2009: Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS)'. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/2009/L.23>.
- Elovich, R. and Drucker, E.** (2008), 'On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards', *Harm Reduction Journal* 5, p. 23. DOI: 10.1186/1477-7517-5-23.
- EMCDDA** (2009a), *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA** (2009b), *Drug offences: sentencing and other outcomes*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA** (2009c), *Statistical bulletin, Table HSR-6*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrtab6>.
- EMCDDA** (2009d), *Statistical bulletin, Table HSR-5*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrtab5>.
- EMCDDA** (2009e), *Statistical bulletin, Figure HSR-1*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrfig1>.
- EMCDDA** (2010), *Injecting drug use in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Erickson, P.** (1999), 'Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques', *Substance Use and Misuse* 34 (1), pp. 1-7.
- European Commission** (2002), 'Implementation of EU-action plan on drugs 2000-2004: progress review for the Member States. Disponibile all'indirizzo web: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/studies/doc/review\\_actplan\\_02\\_04\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/review_actplan_02_04_en.pdf).
- European Commission** (2006), '2006 progress review on the implementation of the EU drugs action plan (2005-2008), Commission Staff Working Document SEC (2006) 1803. Disponibile all'indirizzo web: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf).
- European Commission** (2008), 'The report of the final evaluation of the EU drugs action plan 2005-2008, Commission Staff Working Document (accompanying document to the Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on an EU drugs action plan 2009-2012) COM (2008) 567, SEC(2008) 2456. Disponibile all'indirizzo web: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/COM2008\\_0567\\_a1\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/COM2008_0567_a1_en.pdf).
- European Commission** (2009), 'Report on global illicit drug markets, 2009. Disponibile all'indirizzo web: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/studies/doc\\_drugs\\_studies\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).
- 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. S67-75.
- Fletcher, A., Calafat, A., Pirona, A. and Olszewski, D.** (2010), 'Young people, recreational drug use and harm reduction', 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.
- Friedman, S.R., Cooper, H.L.F., Tempalski, B., et al.** (2006), 'Relationships between deterrence and law enforcement and drug-related harm among drug injectors in U.S. metropolitan cities', *AIDS* 20, pp. 93-9.
- Friedman, S.R., Pouget, E.R., Chat-**

- terjee, S., et al. (2010), 'Do drug arrests deter injection drug use?' (in press).
- Gartner, C., Hall, W. and McNeill, A.** (2010), 'Harm reduction policies for tobacco', 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.
- Gibson, D. R., Flynn, N. and Perales, D.** (2001), 'Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users', *AIDS* 15, pp. 1329–41.
- Goldberg, D., Burns, S., Taylor, A., et al.** (2001), 'Trends in HCV prevalence among injecting drug users in Glasgow and Edinburgh during the era of needle/syringe exchange', *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 33, pp. 457–61.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M., et al.** (2007), 'Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection', *International Journal of Drug Policy* 18: 437–43.
- Grund, J-P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M., et al.** (2010), 'The fast and furious: cocaine, amphetamines and harm reduction', 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.
- Hall, W. and Fischer, B.** (2010), 'Harm reduction policies for cannabis', 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.
- Hallinan, R., Byrne, A., Amin, J. and Dore, G.J.** (2004), 'Hepatitis C virus incidence among injecting drug users on opioid replacement therapy', *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 28, pp. 576–8.
- Hartnoll, R., Gyarmarthy, A. and Zabransky, T.** (2010), 'Variations in problem drug use patterns and their implications for harm reduction', 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.
- 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.
- Herring, R., Thom, B., Beccaria, F., Kolind, T. and Moskalewicz, J.** (2010), 'Alcohol harm reduction in Europe', 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.
- Hickman, M.** (2010), 'HCV prevention: a challenge for evidence-based harm reduction', in Chapter 4, 'Perspectives on harm reduction: what experts have to say', 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, Pu-

- blications Office of the European Union, Luxembourg.
- Human Rights Watch** (2007), *Rehabilitation required: Russia's human rights obligation to provide evidence-based drug dependence treatment*, Human Rights Watch, New York.
- Hunt, N., Albert, E. and Montanes Sanchez, V.** (2010), 'User involvement and user organising in harm reduction', 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.
- Institute of Medicine** (2007), *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*, National Academy of Sciences, Washington, DC.
- International Drug Policy Consortium** (2009), *The 2009 Commission on Narcotic Drugs and its high level segment: report of proceedings*, Briefing Paper, IDPC, London.
- Jurgens, R., Ball, A. and Verster, A.** (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison', *Lancet Infectious Diseases* 9, pp. 57–66.
- Kerr, T., Small, W. and Wood, E.** (2005), 'The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence', *International Journal of Drug Policy* 16, pp. 210–20.
- 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.
- Lancet** (2009), 'The future of harm reduction programmes in Russia', *Lancet* 374, p. 1213.
- Lenton, S. and Single, E.** (2004), 'The definition of harm reduction', *Drug and Alcohol Review* 17, pp. 213–20.
- Lert, F. And Kazatchkine, M.** (2007), 'Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence based overview', *International Journal of Drug Policy* 18, 255–61.
- Lindenburg, C.E.A., Krol, A., Smit, C., et al.** (2006), 'Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam', *AIDS* 20, pp. 1771–5.
- 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.
- Malta, M., Strathdee, S., Magnanini, M., et al.** (2008), 'Adherence to antiretroviral therapy for HIV among drug users: a systematic review', *Addiction* 103, pp. 1242–57.
- Mathers, C.D. and Loncar, D.** (2006), 'Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030', *PLoS Medicine* 3, pp. 2011–30.
- Miller, C., Firestone, M., Ramos, R., et al.** (2008), 'Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-U.S. border cities', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 324–31.
- Montaner, J. S., Hogg, R., Wood, E., et al.** (2006), 'The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic', *Lancet* 368, 531–6.
- Muga, R., Sanvisens, A., Bolao, F., et al.** (2006), 'Significant reductions of HIV prevalence but not of hepatitis C virus infections in injection drug users from metropolitan Barcelona: 1987–2001', *Drug and Alcohol Dependence* 82, Supplement 1, pp. S29–33.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research UNSW** (2009), Return on investment 2: evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe

- programs in Australia 2009, Australian Government Department for Health and Ageing. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/needle-return-2>.
- Palepu, A., Tyndall, M. W., Joy, R., et al.** (2006), 'Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy', *Drug and Alcohol Dependence* 84, pp. 188–94.
- 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.
- Peterson, A. and Lupton, D.** (1996), *The new public health: health and self in the age of risk*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Pollini, R.A., Brouwer, K.C., Lozada, R.M., et al.** (2008), 'Syringe possession arrests are associated with receptive syringe sharing in two Mexico–U.S. border cities', *Addiction* 103, pp. 101–08.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., et al.** (2009), 'Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol and alcohol-use disorders', *Lancet* 373, pp. 2223–32.
- Rehm, J., Fischer, B., Hickman, M., et al.** (2010), 'Perspectives on harm reduction: what experts have to say', 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.
- Rhodes, T.** (2002), 'The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm', *International Journal of Drug Policy* 13, pp. 85–94.
- Rhodes, T.** (2009), 'Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach', *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 193–201.
- Rhodes, T., Mikhailova, L., Sarang, A., et al.** (2003), 'Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment', *Social Science and Medicine* 57, pp. 39–54.
- Rhodes, T., Judd, A., Mikhailova, L., et al.** (2004), 'Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation: maximising the protective effects of syringe distribution', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 35, pp. 293–300.
- Robson, G. and Marlatt, G.** (2006), 'Harm reduction and alcohol policy', *International Journal of Drug Policy* 17, pp. 255–7.
- Room, R.** (2010), 'The ambiguity of harm reduction: goal or means, and what constitutes harm?', in Chapter 4, 'Perspectives on harm reduction: what experts have to say', 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.
- Sarang, A., Rhodes, T., Platt, L., et al.** (2006), 'Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions', *Addiction* 101, pp. 1787–96.
- Sarang, A., Stuikeyte, R. and Bykov, R.** (2007), 'Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 129–35.
- Sarang, A., Rhodes, T. and Platt, L.** (2008), 'Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. S25–S36.
- Small, W., Kerr, T., Charette, J., Schechter, M.T. and Spittal, P.M.** (2006), 'Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation', *International Journal of Drug Policy* 17, pp. 85–95.
- Spear, B.** (1994), 'The early years of the "British System" in practice', in Strang, J. and Gossop, M. (eds) *Heroin addiction and drug policy*, Oxford University Press, Oxford, pp. 3–28.

- Stevens, A., Stover, H. and Brentari, C.** (2010), 'Criminal justice approaches to harm reduction in Europe', 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.
- Sweanor, D., Alcabes, P. and Drucker, E.** (2007), 'Tobacco harm reduction: how rational public policy could transform a pandemic', *International Journal of Drug Policy*, 18, pp. 70–4.
- Sylla, L., Douglas Bruce, R., Kamarulzaman, A. and Altice, F.L.** (2007), 'Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 306–12.
- United Nations Development Program** (2008), *Living with HIV in Eastern Europe and the CIS*, UNDP, Bratislava.
- United Nations General Assembly Sixtieth Special Session** (2006), *Political declaration on HIV/AIDS. Resolution 60/262 adopted by the United Nations General Assembly*, United Nations, New York.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime)** (2009), *A century of international drug control*, UNODC, Vienna. Disponibile all'indirizzo web: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100\\_Years\\_of\\_Drug\\_Control.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf).
- van den Berg, C., Smit, C., Van Brusel, G., Coutinho, R. A. and Prins, M.** (2007), 'Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users', *Addiction* 102, pp. 1454–62.
- van der Gouwe, D., Galla, M., Van Gageldonk, A., Croes, E., Engelhardt, J., Van Laar, M. and Buster, M.** (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. Synthesis report. Contract nr. S12.397049*, Trimbos Instituut, Utrecht. Disponibile all'indirizzo web: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_report_en.pdf).
- Vickerman, P. and Hickman, M.** (2010), 'The effect of epidemiological setting on the impact of harm reduction targeting injecting drug users', 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.
- Werb, D., Wood, E., Small, W., et al.** (2008), 'Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 332–8.
- WHO (World Health Organization)** (1974), *Expert committee on drug dependence: twentieth report*, Technical Report Series 551, WHO, Geneva.
- WHO** (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, Geneva, WHO/HPR/HEP/95.1.
- WHO** (2009), *HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package*, WHO, Geneva. Disponibile all'indirizzo web: [http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm\\_reduction/en/index.html](http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/index.html).
- WHO, UNODC and UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)** (2008), *Policy guidelines for collaborative HIV and TB services for injecting and other drug users*, WHO, Geneva. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.who.int/tb/publications/2008/en/index.html>.
- WHO, UNODC and UNAIDS** (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>.
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C., et al.** (2008), 'HIV among injecting drug users in Europe: increasing tren-



*ds in the East*, *Eurosurveillance* 3 (50). Disponibile all'indirizzo web: <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. and Cooney, A.** (2005), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programmes', *International Journal of Drug Policy* 16, Supplement 1, pp. S31–44.

**Wolfe, D. and Malinowska-Sempruch, K.** (2004), *Illicit drug policies and the global HIV epidemic*, Open Society Institute, New York.

**Wood, E., Spittal, P. M., Li, K., et al.** (2004), 'Inability to access addiction tre-

atment and risk of HIV-infection among injection drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36, pp. 750–4.

**Wood, E., Werb, D., Marshall, B., Montaner, J. S. G. and Kerr, T.** (2009), 'The war on drugs: a devastating public-policy disaster', *Lancet* 373, pp. 989–90.

**Wright, N.M. and Tompkins, C.N.** (2006), 'A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users', *Harm Reduction Journal* 6 (3), p. 27.

**Zaric, G.S., Barnett, P.G. and Brandeau, M.L.** (2000), 'HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance', *American Journal of Public Health* 90 (7), pp.1100–11.

