

Riduzione del danno, tra vecchie derive e nuovi approdi

**Dossier di
documentazione
per la Summer
School 2011**



Firenze 1-2-3 settembre 2011

Riduzione del danno, tra vecchie derive e nuovi approdi

Dossier di documentazione per la Summer School
organizzata da Forum Droghe, CNCA, CNCA Toscana
in collaborazione con il Cesda
con il Patrocinio della Regione Toscana
Firenze 1-2-3 settembre 2011

Indice

Introduzione pag. 5

Sezione 1

La Riduzione del Danno negli anni 2000

Selezione di capitoli tradotti dal volume EMCDDA
Harm reduction: evidence, impacts and challenges

Riduzione del danno e principali approcci

(Tim Rhodes and Dagmar Hedrich) pag. 9

La diffusione della riduzione del danno in Europa e oltre

(Catherine Cook, Jamie Bridge and Gerry V. Stimson) pag. 27

Veloci e furiose - cocaina, anfetamine e riduzione del danno

(Jean-Paul Grund, Philip Coffin, Marie Jauffret-Roustide, Minke Dijkstra,
Dick de Bruin and Peter Blanken) pag. 47

Giovani, uso ricreativo delle droghe e riduzione del danno

(Adam Fletcher, Amador Calafat, Alessandro Pirona and Deborah Olszewski) pag. 78

Sezione 2

La Riduzione del Danno in Italia

Droga e riduzione del danno. Da pilastro sociosanitario a modello alternativo di politiche pubbliche

Grazia Zuffa in *Questione Giustizia* n° 2 anno 2010 pag. 96

La bassa soglia in Italia: i principali risultati della ricerca del Cnca e della Provincia di Milano

Grazia Zuffa pag. 108

Ricerca-Azione sui servizi a bassa soglia in Italia

a cura della Provincia di Milano (interviste agli operatori) pag. 110

Forza e illuminazione nelle politiche di bassa soglia

Susanna Ronconi in *Animazione Sociale* anno 2008 n°223 pag. 119

Con Julio verso il Drop in

Equipe unità di strada di Milano in *Animazione Sociale* anno 2009 n°2 pag. 129

Cosa abbiamo imparato insieme ai senza dimora?

Leopoldo Grosso in *Animazione Sociale* anno 2008 n°5 pag. 131

A spasso con lo zaino

Equipe unità di strada di Milano in *Animazione Sociale* anno 2008 n°6/7 pag. 135

Sezione 3

Una panoramica internazionale

Rassegna stampa da Fuoriluogo

Matteo Ferrari, Alla ricerca del compromesso alla tedesca

Fuoriluogo settembre 2007

pag. 138

Massimiliano Verga, Ossessionati dalle stanze del consumo

Fuoriluogo settembre 2007

pag. 140

Matteo Ferrari, Eroina in pastiglie, in Svizzera si può

Fuoriluogo settembre 2007

pag. 141

Giuseppe Bortone, Da rimedio per disperati a modello di politiche pubbliche

Fuoriluogo giugno 2007

pag. 142

Stefano Carboni, Vancouver e Sidney investono sulle stanze

Fuoriluogo luglio 2007

pag. 144

Susanna Ronconi, La politica, la scienza ed il senso comune, verso la conferenza latina sulla riduzione del danno: il dibattito sulle stanze del consumo a Torino

Fuoriluogo ottobre 2007

pag. 145

Grazia Zuffa, Per ritrovare lo spinta propulsiva. Teoria pratica e orizzonti della limitazione dei rischi, uno sguardo d'insieme ai 15 anni trascorsi

Fuoriluogo Novembre 2007

pag. 147

Susanna Ronconi, Come nascondersi dietro false alternative

Fuoriluogo dicembre 2007

pag. 149

Giorgio Bignami, La formidabile macchina da guerra tedesca

Fuoriluogo dicembre 2007

pag. 150

Matteo Ferrari, Fiducia nella scienza e serietà politica, la ricetta svizzera

Fuoriluogo dicembre 2007

pag. 152

Stefano Bertoletti, Salute delle persone, un obiettivo prioritario. Anche a Firenze

Fuoriluogo gennaio 2008

pag. 154

Stefano Bertoletti Accanto ai consumatori, alla ricerca della sicurezza possibile

Fuoriluogo maggio 2008

pag. 155

Paolo Jarre, Riduzione del danno a pieno titolo in Piemonte

Fuoriluogo novembre 2008

pag. 157

Sezione 4

La riduzione dei rischi nei contesti del divertimento

Rassegna stampa da Fuoriluogo

Stefano Bertolotti, Rave sempre i più ai margini, ma è questo che vogliamo?

Fuoriluogo maggio 2008 pag. 160

Renato Bricolo, Un tuffo nel reale per i massimalisti nostrani

Fuoriluogo maggio 2008 pag. 161

Stefano Bertolotti, Eventi rave. Costretti a nascondersi

Fuoriluogo settembre 2008 pag. 163

Edo Polidori, Eventi rave. A Zurigo è un'altra musica

Fuoriluogo settembre 2008 pag. 164

Sezione 5

L'Onu e la Riduzione del Danno

Rassegna stampa da Fuoriluogo

Salvina Rissa, L'Europa e le droghe, la propaganda italiana fa flop

Il Manifesto, marzo 2010 pag. 166

Grazia Zuffa, Onu, i cani da guardia della proibizione protestano

Il Manifesto, marzo 2010 pag. 167

Grazia Zuffa, Vienna, le colombe resistono aspettando Obama

Il Manifesto, febbraio 2009 pag. 168

Alessandra Cerioli, Aids, Italia alla retroguardia

Il Manifesto maggio 2011 pag. 169

Grazia Zuffa, Vienna, l'occasione perduta

Fuoriluogo.it settembre 2010 pag. 170

RIDUZIONE DEL DANNO, TRA VECCHIE DERIVE E NUOVI APPRODI

Introduzione

In Italia, la riduzione del danno – sebbene espulsa dal vocabolario governativo delle politiche sulle droghe e sulle dipendenze – conta centinaia di servizi, progetti e interventi. In alcune Regioni ha consolidato la sua esistenza come “quarto pilastro” delle politiche locali, grazie a linee guida e stabili programmi di intervento, in altre non è mai stata “sdoganata”: una geografia diseguale, raramente per ragioni scientifiche e epidemiologiche, più spesso per scelte politico-ideologiche che espongono territori e consumatori ad un accesso anch’esso diseguale a servizi e risorse. Il dialogo tra riduzione del danno e policy makers è sempre stato difficile, così come – anche se ormai meno sensibilmente – quello tra operatori di “diverse soglie”: sono difficoltà dovute a resistenze culturali e di paradigma, su cui la teorizzazione del “quarto pilastro” che convive con l’impianto tradizionale delle politiche non ha saputo ad oggi in Italia operare criticamente, almeno non abbastanza. A differenza di quanto avvenuto in altri Paesi, inoltre, la carta del pragmatismo – che connota senso e pratiche della riduzione del danno- si è mostrata scarsamente incisiva, anche in contesti come le città metropolitane in cui potenzialmente questo approccio avrebbe potuto “pagare” in termini di mediazione sociale; per non dire dell’assenza di pratiche validate di prevenzione dell’Hiv e dell’epatite C in luoghi sensibili come il carcere, così come della crisi della riduzione dei rischi legata all’intrattenimento dietro la spinta delle politiche securitarie.

Sono, questi, aspetti cruciali delle criticità della riduzione del danno italiana. Negli ultimi anni, poi, operatori e servizi si sono trovati in una lunga fase di transizione e esposti a una forte necessità di innovazione: dei servizi, cui si affacciano nuovi gruppi sociali a fronte di tagli cospicui alle risorse; delle modalità di comunicazione e contatto dettate da nuovi consumatori e nuovi stili; dei modelli di intervento, mirati a traiettorie di consumo per cui sembra non valere più il semplice modello “dalla strada al Sert”.

La scuola estiva 2011 intende offrire un’occasione formativa e di confronto sulla attuale frontiera – politica, metodologica e operativa – della riduzione del danno in Italia, avvalendosi anche di contributi europei, con l’obiettivo di fare chiarezza e mettere a fuoco un’agenda delle innovazioni non rinviabili.

Sezione 1

La Riduzione del Danno negli anni 2000

Selezione di capitoli tradotti dal volume EMCDDA

Harm reduction: evidence, impacts and challenges

VELOCI E FURIOSE COCAINA, ANFETAMINE E RIDUZIONE DEL DANNO

Jean-Paul Grund, Filippo Bara, Marie-Jauffret Roustide, Minke Dijkstra,
Dick de Bruine, Peter Blanken

in **Harm reduction: evidence, impacts and challenges** - cap. 7

Traduzione a cura di Chiara Babetto

*'Il ruolo dello Stato non è quello di rendere felici le persone,
ma di alleviare le sofferenze evitabili.'*
(Sir Karl Popper, 1945)

Introduzione

La cocaina e le anfetamine ('stimolanti') sono sostanze stimolanti del sistema nervoso centrale con effetti simili (Pleuvry, 2009; Holman, 1994). La cocaina è un alcaloide cristallino estratto dalle foglie di coca. Le anfetamine sono una sottoclasse di fenylethylamine con effetti stimolanti, tra cui anfetamina, metanfetamina, metcatinone e catinone e verranno denominate 'anfetamine' in questa ricerca (Holman, 1994).

L'MDMA (3,4-metilendiossimetamfetamina-N-metanfetamine o ecstasy) è un sostituto dell'anfetamina noto per i suoi effetti psichedelici e stimolanti (Morgan, 2000).

Gli stimolanti possono produrre un aumento della veglia, dell'attenzione e della fiducia, un umore elevato, un sentimento di potenza, e una diminuzione della fatica e dell'appetito; gli stimolanti possono anche produrre nervosismo o ansia e, in alcuni casi, psicosi e pensieri suicidi (Holman, 1994; OEDT, 2007f; Hildrey et

al, 2009; Pates e Riley, 2009). Anche se ci sono poche prove che gli stimolanti causino dipendenza fisica, è possibile sviluppare un'abitudine ai loro effetti dovuta all'uso ripetitivo e la mancata assunzione può causare disagio e depressione (OEDT, 2007f; Pates e Riley, 2009).

Coloro che ne fanno uso possono alternare abbuffate di coca alternate a periodi di non assunzione e astinenza (Beek et al., 2001).

Epidemiologia del consumo di stimolanti nell'Unione europea

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT, 2009) stima che almeno il 3,9% della popolazione adulta totale (15-64 anni) nell'Unione Europea (UE) ha usato cocaina almeno una volta nella vita (diffusione almeno una volta nella vita LTP), ma esistono variazioni specifiche nella diffusione e nei modelli di consumo tra i Paesi e tra i gruppi sociali e demografici.

I livelli più elevati del consumo di cocaina si trovano nella parte occidentale e nei Paesi del sud, in particolare Danimarca, Spagna, Italia, Irlanda e Regno Unito, con LTP relativamente basso nella maggior parte degli altri paesi europei, che vanno dal 0,1% al 8,3% (OEDT, 2009).

Il consumo di cocaina si concentra tra i giovani adulti (15-34 anni), con un LTP media del 5,3%, e ancora di più tra gli uomini giovani, con un LTP oltre il 10% e con diffusione nell'ultimo anno (LYP) di oltre il 5% in Danimarca, Spagna, e Regno Unito (OEDT, 2007b). LYP per tutti gli adulti UE è di 1,3%, andando da 0% a 3,1% per Paese. LYP tra giovani adulti è del 2,2%, dallo 0,1% al 5,5%. La diffusione durante l'ultimo mese

(LMP) per l'intera popolazione adulta va dallo 0% all' 1,1%, due terzi dei quali sono giovani adulti (OEDT, 2007f).

L'uso di cocaina sembra essere aumentato tra i giovani adulti dal 1990 e, mentre la diffusione si mantiene stabile o in diminuzione in molti Paesi (OEDT, 2007a), la Danimarca e l'Italia recentemente hanno registrato un aumento considerevole e Spagna, Francia, Danimarca e Regno Unito mostrano una rapida crescita tra gli adulti di 15-24 anni (OEDT, 2007d). I Paesi con dati preoccupanti sul consumo di cocaina includono la Spagna, con 4,5-6 consumatori problematici di cocaina ogni 1000 adulti nel 2002, l'Italia con consumatori compresi tra il 2,9 e il 4,1 su 1000 adulti nel 2005, e in Inghilterra con 5,7-6,4 persone su 1000 che hanno fatto uso di crack nel 2004/05 (OEDT, 2007c).

L'uso di cocaina è elevata in specifici contesti sociali e sottopopolazioni, come tra coloro che partecipano alla vita notturna con tassi dal 10 al 60% (Cohen e Sas, 1993; Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001; OEDT, 2007d; Nabben et al, 2007;. Grund et al, 2007b;. Haasen et al. 2004), i lavoratori del sesso, i senzatetto, le persone sotto trattamento e i giovani adulti in condizione di emarginazione (OEDT, 2007d;. Haasen et al, 2004).

Tra i consumatori socialmente integrati, è largamente diffuso per lo più sniffare cocaina occasionalmente all'interno di periodi di tempo ben definiti e nel tempo libero (Prinzleve et al, 2004;. Bellis et al, 2003; Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001), con un uso non controllato limitato ad alcuni periodi di sperimentazione e di breve durata (Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001), un risultato coerente con gli studi di laboratorio in cui è stato dimostrato che i consumatori di cocaina sono in grado di controllarne l'utilizzo (Sughondhabirrom et al., 2005). Coloro che si trovano in condizione di emarginazione, d'altra parte, molto spesso fumano cocaina-base (crack) o si iniettano cocaina, facendone un uso più frequente e caotico, e più spesso fanno uso di eroina, benzodiazepine o alcool, mentre si trovano contemporaneamente ad affrontare anche una vasta gamma di problemi socio-economici e medici (Prinzleve et al, 2004;. Beek, 2001; Hando et al., 1997).

LTP di anfetamine tra gli adulti UE è del 3,3%, con percentuali comprese tra lo 0,1% e l' 11,9%, e con 0,6% di LYP. Come per la cocaina, a fare un maggiore consumo di anfetamine sono i giovani adulti, con il 5% LTP e 1,3% LYP (OEDT, 2008). Le anfetamine sono più comuni nei locali notturni, in particolare in specifici contesti in cui si balla Hardcore, Tekno o Goa (Nabben et al, 2007;. Grund et al. 2007b). Differentemente dalla cocaina, la diffusione delle anfetamine è più alta nelle regione della UE del nord, centrale e orientale, in particolare Svezia e Finlandia, con tassi in aumento tra i giovani adulti in Austria, Germania, Danimarca e sud Italia (Degenhardt et al., 2009). L'iniezione di anfetamine ha una lunga tradizione problematica nella Repubblica Ceca e in aumento nella Repubblica Slovacca e in Ungheria (dove l'uso di metanfetamine per iniezione è comune) (OEDT, 2008; Degenhardt et al, 2009;. Griffiths et al, 2008) così come in Estonia e nei paesi al confine orientale, come Ucraina, Bielorussia, Russia e Georgia (Degenhardt et al, 2009;. Griffiths et al, 2008;. Grund et al, 2009;. Grund e Merkinaitė, 2009). Nella ex Unione Sovietica spesso vengono prodotti stimolanti simili alle anfetamine direttamente a casa (Borodkina et al, 2005;. Grund, 2001;. Heimer et al, 2007), creando un ambiente in cui l'iniezione è comune tra gli utenti ad uso ricreativo, a differenza dei paesi occidentali dell'Unione europea in cui sembra esistere una divisione netta tra utilizzatori integrati ed emarginati di anfetamine, simile a quella tra sniffatori di cocaina e fumatori o iniettori (Grund, 2001; Grund et al, 2009;. Degenhardt et al., 2009).

LTP di ecstasy tra gli adulti nell'UE è di circa il 3%, compreso tra lo 0,3 e il 7,3%, con 0,8% LYP.

Tra i giovani adulti, LTP è di 5,6% e LYP è 1,8% (OEDT, 2008). La diffusione geografica dell'ecstasy è meno chiara di quella di cocaina e anfetamine, ma è associata alla diffusione della cultura della musica dance elettronica (House o feste techno, rave, ecc.)

L'ecstasy viene assunta quasi esclusivamente per via orale, la maggior parte dei consumatori sono ben integrati e pochi cercano un trattamento salvo per altri problemi di droga o alcool (OEDT, 2008). Così, sebbene la potenzialità dei danni causati dal consumo di ecstasy non sia una finzione, la portata dei danni ad essa riferiti è molto bassa nella UE rispetto a quelli della cocaina e delle anfetamine. Per questo motivo questa analisi viene ampiamente dedicata ai problemi connessi all'uso di cocaina e di anfetamine. Fletcher e colleghi (2010) offrono una panoramica degli interventi di riduzione del danno emergenti rivolti agli utenti di ecstasy, anfetamine e altre droghe negli ambienti del divertimento.

In questo contributo useremo il termine 'stimolante (i)' quando si parlerà di cocaina e (met)anfetamine in termini generali. Useremo 'cocaina' quando si farà riferimento a questa sostanza sia in polvere, che in forma base. 'Cocaina da fumo' o termini colloquiali come 'crack' saranno utilizzati solo quando indicato (come in 'pipe da crack'). Si noti che il termine 'crack' è associato alla stigmatizzazione dei consumatori di droga e alcuni preferiscono definirlo fumo 'free-base', invece di crack. Allo stesso modo, utilizzeremo il termine 'anfetamine' il più possibile, quando si parla di anfetamine in termini generali e useremo sia 'anfetamina', che 'metanfetamina' o '(met) catinone' quando ci si riferirà a quelle sostanze specifiche.

Metodologia

Questo contributo si è basato principalmente sulle ricerche di articoli di rilievo nella banca dati Medline.

Sono state utilizzate diverse ricerche e generalmente ci si è limitati ai contributi relativi a soggetti umani pubblicati dopo il 1990. La stragrande maggioranza degli articoli tratta un ristretto numero di problematiche e i termini di ricerca sono stati standardizzati in modo da identificare

numerosi articoli, conosciuti dagli autori come rilevanti riguardo la gestione del rischio tra gli utilizzatori di sostanze stimolanti. Per esempio, abbiamo cercato PubMed il 12 ottobre 2008 per le sperimentazioni cliniche, metaanalyses, studi randomizzati e controllati, recensioni e linee guida che coinvolgono soggetti umani con i termini della ricerca (o cocaina o anfetamine o psicostimolanti metanfetamina) e (conseguenze sulla salute o sovradosaggio o tossicità cardiaca o l'HIV o l' HCV o gravidanza) pubblicati dopo il 1990, e sono risultati in 779 documenti. Dopo aver eliminato i documenti che non erano rilevanti (come ad esempio gli studi sugli animali e l'impiego medico di stimolanti), sono rimasti 287 articoli, di cui il 49% sulla gravidanza, il 21% sulle malattie infettive, il 10% sulle malattie cardiovascolari, il 5% sulle malattie neurologiche, 5% relativo ad altri problemi medici, 4% sull' overdose. Varie ricerche sono state replicate in World of Science e motori di ricerca universitari, ma con pochi contributi aggiuntivi rilevanti. Un certo numero di articoli sono stati individuati per conoscenza degli autori e inclusi nella revisione. Per quanto riguarda le malattie infettive, l'uso di stimolanti e la riduzione del danno, 196 articoli sono stati identificati in inglese e francese, che dopo l'analisi e la selezione di una serie di altri articoli, hanno portato all'esclusione di 91 contributi. Sono state trovate solo un paio di pubblicazioni scientifiche sul crack e la riduzione del danno, mentre la maggior parte di queste era materiale grigio. I problemi di salute mentale sono stati studiati in modo simile e sono state incluse le fonti esterne comprese pubblicazioni, relazioni, materiali organizzativo e altre pubblicazioni grigie.

Ripercussioni negative (sulla salute) dovute all'uso di stimolanti

Punti chiave

La letteratura scientifica si è di gran lungo concentrata sui danni dovuti agli stimolanti, e solo una minima parte sugli interventi di riduzione del danno.

Tra la miriade di effetti negativi sulla salute associati all'uso di stimolanti, alcuni sono determinati dalla modalità di somministrazione (come infezioni, overdose, e complicazioni polmonare), mentre altri ne sono indipendenti (come conseguenze neurologiche, cardiovascolari e problemi di salute mentale).

Ma la distinzione tra le due categorie di danni dovuti agli stimolanti è sottile e legata all'ambiente di rischio. Per esempio:

- L'uso problematico di sostanze stimolanti è spesso associato alla povertà, alla disoccupazione, alla mancanza di casa o alla presenza di un'abitazione poco confortevole, all'appartenere ad uno stato socio-economico basso, e ad una varietà di altre problematiche sociali come implicazioni legati e incarcerazione.

- L'uso di adulteranti e di sostanze chimiche dannose nella preparazione delle droghe determinate dal mercato e indipendenti dal controllo dei singoli utenti.

- I tradizionali programmi di riduzione del danno possono causare dei problemi agli utilizzatori di anfetamine attraverso un orientamento mirato ai consumatori di oppiacei e costituendo degli ostacoli sociali per gli utilizzatori giovani o di sesso femminile.

- Con lo sviluppo di servizi innovativi e attraverso una valutazione critica è necessario riproporre i successi ottenuti nella riduzione degli oppiacei anche per gli stimolanti.

- Esiste un importante e non soddisfatto bisogno di servizi che aumentino le capacità degli utilizzatori di stimolanti di controllare le quantità assunte, il comportamento disordinato e i problemi di salute mentale, con il fine di limitare i danni polmonari, cardiovascolari e neurologici.

- I danni legati all'utilizzo di stimolanti sono aggravati da fattori esterni, come alcuni aspetti della legislazione internazionale sulle droghe, la politica, le politiche sociali in un processo di "contingente causalità".

I rischi associati all'utilizzo di stimolanti includono complicazioni mediche, di tipo infettivo, cardiovascolari, e morbilità neurologica e psichiatrica, così come i rischi per la gravidanza, infezioni polmonari e renali, overdose ed altre conseguenze meno comuni. I problemi connessi all'utilizzare di stimolanti sono inoltre connessi alla povertà dell'abitazione, alla disoccupazione, alla mancanza di una fissa dimora o alla sua instabilità, allo stato socio-economico più basso, ed a una serie di altri problemi sociali, così come i problemi legali e l'incarcerazione. Qui ci concentreremo soprattutto sulla conseguenze per la salute di tipo medico mentre verranno brevemente affrontate le conseguenze relative alla salute mentale e altri problemi connessi con l'uso di stimolanti.

Infezioni del sangue di tipo virale

La trasmissione ematica di virus è costantemente associata all'uso di stimolanti (Mitchell et al. 2006), ciò dipende principalmente dall'alta frequenza d'utilizzo di queste sostanze e ad un aumento dei comportamenti sessuali a rischio. La trasmissione dell'HIV e dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di stimolanti è stato associato ad una maggiore frequenza delle iniezioni (Kral et al, 2001; Gibson et al, 2002) e alla condivisione degli aghi (Rotheram-Borus et al., 1999).

L'iniezione di cocaina frequente è uno dei fattori di fallimento dei programmi sullo scambio di siringhe per la prevenzione della trasmissione dell'HIV (Wood et al., 2002). I tassi di HCV sono molto alti, anche tra coloro che hanno recentemente iniziato a iniettarsi cocaina (Maher et al., 2007). In Europa centrale e orientale, gli stimolanti fatti in casa come metacatinone e catinone vengono iniettati fino a 10 volte al giorno (Kozlov et al, 2006;. Booth et al, 2008;. Grund et al, 2009; Chintalova-Dallas et al, 2009) e sono associati ad un aumento dell'attività sessuale (Kozlov et al., 2006), nonché alla condivisione di attrezzature per la preparazione della droga a casa (Grund, 2001; Des Jarlais et al, 2002;. Grund e Merkinaitė, 2009; Balakireva et al, 2006).

Rispetto agli utilizzatori di eroina, i consumatori di stimolanti mostrano una probabilità maggiore di avere situazioni sociali instabili, con maggiori relazioni sociali legate alle droghe, pratiche di iniezione più rischiose (ad esempio aumento della frequenza, modalità caotica di preparazione della droga con iniezione in condizioni instabili) e una maggiore attività sessuale (De et al, 2007;. Elkashef et al, 2008;. Grund et al, 1991b;. Kozlov et al, 2006;. Chintalova-Dallas et al, 2009;. Booth et al, 2008). L' HCV è inoltre frequente anche tra coloro che consumano sostanze stimolanti senza iniettarsele, con tassi del 2,3-35,3% tra coloro che sniffano o fumano stimolanti (Scheinman et al, 2007.) e del 2,3-81% tra i fumatori di crack (Fischer et al, 2008;. Jauffret-Roustide et al, 2008a;. Tortu et al, 2001), molti di questi non hanno consapevolezza della loro infezione (Roy et al, 2001;.. Kwiatkowski et al, 2002). L'infezione da epatite B (HBV) è stata anche associata all'assunzione di droghe sia per iniezione che non (nidu), anche se la disponibilità di un vaccino ha ridotto notevolmente i tassi di infezione (Kottiri et al., 2005). L'uso di stimolanti è associata al discontinuo uso del preservativo (Edlin et al., 1992), all'uso di anfetamine prima del rapporto sessuale (Koblin et al., 2006), ai comportamenti a rischio comuni tra i giovani gay (Celentano et al., 2006), e al mercato del sesso in cambio di droga o denaro (Serraino et al, 1991;. Stevens et al, 1998;. Tortu et al, 2000;. Tortu et al, 2003).

L'uso di fumare la cocaina è un fattore di rischio distinto dalla trasmissione ematica del virus (Pechansky et al. 2006; Haydon e Fischer, 2005; McCoy et al, 2004;. Adimora et al, 2003;. Edlin et al. 1994; Chiasson et al, 1991;. Haverkos e acciaio, 1991), anche se associato all'uso di iniezione (Wolff et al, 2007;. Osher et al, 2003;. Nyamathi et al, 2002;.. Rosenblum et al, 2001; Roy et al, 2001;.. Jauffret-Roustide et al, 2006), il fattore di rischio è principalmente dato dall'associazione con comportamenti sessuali non sicuri (Hagan et al, 2005;. McCoy et al, 2004;. Edlin et al, 1994;. Lejuez et al, 2005;. Campsmith et al, 2000;. Gross et al, 2000;. Perlman et al, 1999;. Word e Bowser, 1997; Centers for Disease Control and Prevention, 1996; Seidman et al, 1994;. Edlin et al, 1992), con stime di diffusione di HIV del 7,5-23,0% (Jauffret-Roustide et al, 2006;. McCoy et al, 2004;. Edlin et al, 1994;. Kral et al, 1998;. Gyarmathy et al, 2002).

La prostituzione è più frequente tra i fumatori di cocaina rispetto ad altri tossicodipendenti (Faruque et al, 1996;. Edlin et al, 1994;. Campsmith et al, 2000;. Fischer et al, 2006;. Mehrabadi et al, 2008) e le fumatrici di cocaina donne sono particolarmente vulnerabili in quanto sono esposte a molteplici rischi associati contemporaneamente al comportamento sessuale, all'uso di droghe, legati ad un più ampio genere di relazioni (Jauffret-Roustide et al, 2008b;. Shannon et al, 2008;. Maranda et al, 2004;. Cotten-Oldenburg et al, 1999;. Heffernan et al, 1996;. McCoy e Miles, 1992; Balakireva et al., 2006). Mentre la trasmissione sessuale dell'HIV tra i fumatori di cocaina avviene principalmente attraverso rapporti non protetti (Haverkos e acciaio, 1991), altre vie sono costituite dalle ferite orali e sulle labbra screpolate durante l'utilizzo di pipe calde o con fellatio non protette (Faruque et al, 1996;. Theall et al., 2003). Recenti studi sul fumare la cocaina e la trasmissione dell'HCV hanno notato

l'uso collettivo di utensili da fumo di vetro ('pipe da crack') come fattore di rischio potenziale.

L'HCV è presente nei fluidi gengivale (Suzuki et al., 2005), nelle secrezioni nasali (McMahon et al., 2004), nella saliva (Hermida et al., 2002), e nelle pipe per fumare crack (Fischer et al., 2008), le quali sono frequentemente in vetro, metallo o altri materiali che possono diventare estremamente caldi, e hanno bordi frastagliati che e possono rompersi stringendoli tra le fauci. Ulcere orali e ustioni sulle labbra possono derivare dall'utilizzo di queste pipe (Ward et al, 2000;. Faruque et al, 1996;. Porter e Bonilla, 1993) e a causa del piccolo deposito di gocce di sangue sul cannello della pipa, è possibile trasmettere l'HCV attraverso ferite simili (Hagan et al., 2005).

Uno studio ha riportato che più del 81% di tutti i fumatori di cocaina avevano condiviso la pipa nel mese precedente (Jauffret-Roustide et al., 2006).

L'uso di stimolanti può accelerare la progressione della malattia da HIV, anche se i dati sono contrastanti. L'uso di cocaina è stato associato a scarsa informazione e adesione a programmi contro le infezioni (Brewer et al.2007), complicata dall'interazione di depressione, soprattutto tra le donne (Cook et al. 2007) l'uso di crack è fortemente associato alla scarsa conoscenza della malattia dell' HIV (Cook et al.2008). Mentre l'uso di cocaina attuale o passato è associato a analisi di laboratorio meno favorevoli (cellule T e carica virale) tra i pazienti in trattamento per l'HIV, il passato consumo di anfetamine è associato a valori più favorevoli (Cofrancesco et al., 2008). Studi condotti su uomini sieropositivi e sieronegativi che hanno rapporti sessuali con altri uomini mostrano alcuni cambiamenti nelle cellule T tra i soggetti legati all'uso di cocaina o anfetamine (Chao et al., 2008), tra le donne e studi hanno mostrato alcune differenze nel numero di CD4, carica virale, o nella mortalità (Thorpe et al., 2004). I dati sono utili per prevedere le possibili interazioni tra i farmaci per la cura dell'HIV e le sostanze illecite (Wynn et al., 2005), ma le implicazioni cliniche di queste interazioni rimangono incerte. L'ipotesi di una diretta correlazione immunitaria degli stimolanti che possono aumentare la vulnerabilità al virus HIV e ad altre infezioni è ancora da dimostrare (Cabral, 2006).

Altre complicanze infettive

Gli stimolanti sono stati associati ad una maggiore incidenza di numerose malattie a trasmissione sessuale tra cui la sifilide, gonorrea, e chancroid (Bauwens et al, 2002;.. Friedman et al, 2003; Ross et al, 1999;. Ross et al, 2002;. Sorvillo et al, 1998;. Stoner et al, 2000;. Thomas et al, 1996;. Centers for Disease Control and Prevention, 1991 e 1993; Chirgwin et al, 1991.;Finelli et al, 1993;. DiCarlo e Martin, 1994; Oxman et al, 1996; Shuter et al, 1998;. Williams e Ekundayo, 2001; Cleghorn et al, 1995), oltre a varie infezioni batteriche (Kerr et al,.. 2005) e la tubercolosi (Malakmadze et al, 2005;.. McElroy et al, 2003).

L'uso di cocaina è stato indipendentemente associato con l'infezione da papillomavirus umano e lo sviluppo di lesioni cervicali (Minkoff et al., 2008). Infezioni cutanee e dei tessuti molli (SSTIs) colpiscono il 10-30% dei

tossicodipendenti per iniezione (IDU) (Binswanger et al, 2000;. Murphy et al, 2001;. Ciccarone et al, 2001.) e sono associati alla perdita di un accesso venoso e la dipendenza da iniezioni intramuscolare o sottocutanee (Ciccarone e Bourgeois, 2003; Lloyd-Smith et al, 2008;.. Binswanger et al, 2000).

Iniezione di crack, vint o boltushka (fatti in casa meth-catinone) è particolarmente dannosa per le vene a causa dell'utilizzo di prodotti chimici non idonei per la preparazione (Rhodes et al, 2006.; Chintalova-Dallas et al., 2009). Jeff o boltushka viene iniettato con aghi di grosso calibro che provocano rapidamente danni alle vene. Il Regno

Unito ha visto di recente un aumento di iniezione inguinali, con una percentuale del 45% dei tossicodipendenti delle città inglesi che si sono iniettati sostanze utilizzando la vena femorale (Maliphant e Scott, 2005; Rhodes et al, 2006).

L'iniezione all'inguine è stata associata all'uso pubblico del crack e dello speedball ed ora è comune tra i nuovi iniziati e tra i tossicodipendenti abituali, non solo anziani e senza fissa dimora senza altri accessi venosi, suggerendo il passaggio da 'rischio estremo' a 'rischio accettabile' (Rhodes et al, 2006;. Rhodes et al, 2007).

Tra le persone che usano iniettarsi cocaina, comprese le donne, quelli che non hanno una dimora stabile e coloro che richiedono un aiuto per via parenterale, mostrano una maggiore probabilità di avere la SSTIs (Lloyd-Smith et al., 2008).

Gli stimolanti sono anche associati a lesioni cutanee conseguenti a graffi o sfregamenti eccessivi.

La maggior parte delle lesioni non sono dovute ad allucinazioni, a parte 'Bugs Coke' o 'Gli acari Meth', che derivano dalla sensazione di avere insetti striscianti sopra o sotto la pelle o che la droga stia uscendo dalla pelle. Si tratta di allucinazioni conseguenti al prolungato uso di stimolanti e alla mancanza di sonno (Frieden, 2006; Beek et al, 2001;. Lee, 2008).

Conosciuto come parassitosi delirante, questo comportamento è associato a MRSA, streptococcica, e SSTIs polimicrobiche (Hinkle e Nancy, 2000; Frieden, 2006;. Beek et al, 2001; Cohen et al, 2007).

Altri comportamenti di automutilazione osservati da operatori sociali di Francoforte comprendono l'insistere su ferite con coltelli giganti (Soprattutto maschi), il tagliarsi (soprattutto femmine), le bruciature di sigarette ed un eccessivo mordersi le unghie (Entrambi i sessi) (comunicazione personale tramite e-mail, M. Nickolai, 30 settembre 2009).

Effetti neurologici

La cocaina induce plasticità del sistema dopaminergico in gran parte responsabile del desiderio di droga, ma gli effetti neurologici principali della cocaina sono legati ai suoi effetti cardiovascolari: ictus, emorragie e coaguli di sangue. La persistente vasocostrizione può portare a una ridotto irroramento cerebrale e ad associati deficit cognitivi che possono o non essere risolti con l'astinenza (Nnadi et al., 2005).

Il pesante consumo di metanfetamina induce anche elasticità dopaminergica, così come la ridotta attività dopaminergica e deficit neuropsichiatrici della memoria, dell'attenzione e delle funzioni esecutive (Ferris et al., 2008).

Alterazioni alla struttura del cervello e della chimica sono stati documentati in modo convincente nei grandi consumatori di metanfetamine, sebbene le implicazioni cliniche di questi dati restano incerte (Chang et al., 2007). Numerosi studi sull'assunzione di anfetamine a lungo termine non sono riusciti a dimostrare la durata dei deficit neurologici o psichiatrici, anche se ne esistono pochi di elevata qualità (Vitiello, 2001). In Europa centrale e orientale, residui chimici della produzione casalinga di stimolanti (compresi permanganato di potassio, benzina, toluene o tetracloroetilene, idrossido di sodio o acido cloridrico) (Grund e Merkinaite, 2009) possono avere effetti tossici e cliniche locali hanno riportato disturbi nel movimento indotti dall'assunzione di anfetamine (vedi ad esempio Downes e Whyte, 2005) e una riduzione delle funzioni cognitive e della memoria simile alla demenza (Volik, 2008;. Chintalova-Dallas et al, 2009).

Le restrizioni all'uso della pseudoefedrina nella regione può aver portato all'utilizzo dei più pericolosi suoi precursori quali fenilpropanolamina, associata a ictus

emorragico (Horwitz et al., 2000), nella produzione di catinone (Chintalova-Dallas et al., 2009).

Per quanto riguarda l'HIV gli stimolanti sono stati associati a una più rapida progressione del declino cognitivo e dati recenti suggeriscono che gli stimolanti possono contribuire alla morte cellulare dei neuroni correlata all'HIV, in particolare nell'ambito dei sistemi dopaminergici (Ferris et al., 2008) e dell'ippocampo (Venkatesan et al., 2007)(Goodkin et al., 1998; Basso e Bornstein, 2000; Nath et al., 2002.; Cadetto e Krasnova, 2007; Ferris et al., 2008).

Effetti cardiovascolari

La tossicità cardiovascolare della cocaina è ben definita (Vandhuick et al., 2004).

La Cocaina si traduce in attivazione adrenergica attraverso effetti sulla noradrenalina e la formazione di coaguli attraverso l'attivazione delle piastrine, con conseguente aumento della domanda di ossigeno cardiaco, spasmo coronarico e delle arterie, e trombosi coronarica.

Il 'dolore toracico da Cocaina' di solito non è un segno di ischemia cardiaca, ma la cocaina aumenta anche il reale rischio di infarto miocardico, dissezione aortica, dissezione dell'arteria coronarica, cardiomiopatia, e morte cardiaca improvvisa (Steinhauer e Caulfield, 2001; McCord et al., 2008).

L'iniezione di qualsiasi droga è associata all' endocardite (Guerot et al., 2002). La tachicardia e l'ipertensione indotte dalla cocaina svolgono un ruolo in molte di queste condizioni (Tuncel et al., 2002), rappresentato dalla diretta riduzione del tono vagale (Newlin et al., 2000).

La cocaina iniettata provoca un prolungamento del tratto QT del ciclo cardiaco dipendente dalla dose, aumentando il rischio di aritmie potenzialmente fatali (Haigney et al., 2006), soprattutto tra coloro che manifestano una predisposizione genetica del prolungamento del QT (Karch, 2005). Overdose di cocaina può provocare una monomorfia fatale di tachicardia ventricolare provocata dal blocco del sodio (e DiDomenico Bauman, 2002).

La cardiomiopatia dilatativa può essere correlata alla tossicità diretta di cocaina attraverso una maggiore mortalità delle cellule del muscolo cardiaco (Zhang et al., 1999). Inoltre, l'uso prolungato di cocaina accelera l'aterosclerosi (Kloner et al., 1992) e l'accumulo di metaboliti nel tessuto cardiaco che potrebbero avere ulteriori effetti dannosi (Schindler et al., 1995).

I medici sono riluttanti nell' utilizzare i beta-bloccanti, un agente chiave nelle malattie cardiache, per la cura delle complicazioni generate dalla cocaina a causa della paura di produrre un'attivazione incontrastata degli altri recettori adrenergici con la cocaina (Afonso et al., 2007). L'uso di alcol e cocaina insieme porta alla produzione di tetraidrocannabinolo, che si ritiene aumenti gli effetti cardiotossici di entrambi i farmaci (Kertesz et al., 2007), incrementa la tachicardia prodotta dalla cocaina, e può aumentare la tendenza a pensieri violenti e alle minacce (Farre et al. 1997; Pennings et al., 2002). Le anfetamine producono un sostanziale aumento della pressione e della frequenza cardiaca nel sangue, che risulta più marcato quando i farmaci vengono iniettati e che leggermente ridotto tra coloro che fanno anche uso di marijuana (Fleury et al., 2008).

L'Uso di ecstasy, anfetamine e cocaina in un ambiente di divertimento non provoca alcun innalzamento della temperatura corporea rispetto all'uso di alcool e / o cannabis; questi farmaci, tuttavia, comportano un relativo aumento della pressione sanguigna (aumento di 40 mm Hg sistolica) e della frequenza cardiaca (aumento di 30 battiti / minuto) (Mas et al., 1999), perpetuando la preoccupazione circa un'eventuale tossicità cardiovascolare (Cole et al., 2005).

Complicazioni polmonari e altre conseguenze sulla salute

La complicazione polmonare più nota dovuta al fumare cocaina, denominata 'crack polmonare', è difficile da differenziare dalle altre diverse affezioni polmonari pericolose per la vita, come granulomatosi, malattie infettive, ematologiche e polmonari e spesso richiede una biopsia a polmone aperto per la diagnosi (Terra Filho et al, 2004; Wolff e O'Donnell, 2004). L'effetto vasocostrittore della cocaina fumata può anche portare all'ipertensione polmonare con uso cronico (Glauser e Regina, 2007). Esacerbazioni d'asma e polmoniti eosinofile sono descritte anche in relazione a stimolanti per via inalatoria (Mayaud et al., 2001). Lo sniffare cocaina è chiaramente associato a necrosi e perforazione del setto (Glauser e Regina, 2007).

L'uso del tabacco si pensa possa peggiorare le affezioni polmonari tra coloro che fumano o si iniettano sostanze stimolanti (Wolff e O'Donnell, 2004).

Il consumo di anfetamine è stato associato a malattie dei denti, anche se è contrastato l'effettivo grado di distruzione legato alla diretta tossicità delle sostanze rispetto al ruolo svolto dalla dieta e dall'igiene personale (Chi e Milgrom, 2008; Heng et al, 2008).

Le malattie renali collegate all'uso di stimolanti includono la glomerulonefritite, che si crede sia associato con l'IDU e contaminanti, e processi tubulointerstiziali risultanti dalle proprietà vasocostrittrici nel contesto di preesistenti lievi disfunzioni renale (Crowe et al, 2000; Jaffe e Kimmel, 2006). Tra le rare complicazioni è compreso l'infarto renale e la rhabdomiolisi. Le complicazioni legate al consumo di ecstasy sono l'ipertermia e la rhabdomiolisi con associata l'insufficienza renale (Hedetoft e Christensen, 1999). La paura di disidratazione porta al consumo di grandi quantità di acqua che, in individui senza un'adeguata regolamentazione dell'ormone antidiuretico, può portare a diluizione iponatriemia e, raramente, alla morte (Crowe et al., 2000). La ritenzione urinaria a causa della chiusura del collo vescicale è stata anche associata al consumo di ecstasy (Crowe et al., 2000). Gastroschisi, o rallentamento dell'elaborazione gastrica del cibo, è stata associata all'uso di stimolanti (Draper et al. 2008), e l'uso di cocaina è stato correlato all'ischemia intestinale, probabilmente a causa sia degli effetti vasocostrittori e pro-trombogenici (Glauser e Regina, 2007).

Overdose

Gli oppioidi rimangono la causa della maggior parte dei decessi a livello globale, ma in aree come la città di New York (Coffin et al., 2003) e San Paolo del Brasile (Mesquita et al., 2001), l'alta diffusione dell'uso di cocaina costituisce, spesso in combinazione con gli oppioidi, la causa maggiore dei decessi per overdose.

Tra coloro che trasportano la cocaina, il sovradosaggio può derivare dalla rottura di un contenitore e richiede una laparotomia immediata come unica possibilità di sopravvivenza (Schaper et al., 2007).

L'estremo sovradosaggio di stimolanti può causare un'ipertermia profonda, con conseguente rischio di rhabdomiolisi, convulsioni e morte (Callaway e Clark, 1994).

L'overdose di ecstasy senza l'uso concomitante di altre sostanze è notevolmente rara e difficile da definire, ma può essere collegata alla sindrome di serotonin (vedere 'gli effetti neurologici') (Schifano, 2004).

In un'analisi di tutti i decessi correlati alle anfetamine in Belgio, l'arresto cardiopolmonare e i traumi sono le cause dirette di morte più comuni e i livelli di droga si sono dimostrati variabili (De Letter et al., 2006).

Il consumo di cocaina è strettamente associato all'overdose da oppiacei, l'utilizzo combinato delle due sostanze provoca un aumento sostanziale del rischio che il sovradosaggio risulti fatale (Ochoa et al, 2005; Coffin et al, 2003; Coffin et al, 2007). Inoltre, mentre l'overdose da oppiacei è molto più diffusa tra i tossicodipendenti, i tassi sono più vicini a quelli relativi all'uso di cocaina per iniezione e non (Kaye e Darke, 2004).

Gravidanza e genitori

L'uso di stimolanti durante la gravidanza e la genitorialità è stata una delle maggiori preoccupazioni, in particolare negli Stati Uniti, dove i timori per una futura generazione di 'bambini crack' ha condizionato la legislazione, i procedimenti penali nei confronti delle donne per uso di stimolanti, l'uso di marijuana o qualsiasi atto che possa essere considerato rischioso durante la gravidanza (Harris e Gwyneth Paltrow, 2003).

Fattori di rischio legati alla tossicodipendenza per le donne in gravidanza sono la mancanza di cure prenatali, il denutrimiento del feto prima del parto, e il fumo di sigaretta attivo (Kuczkowski, 2007; Ness et al, 1999).

L'uso di cocaina durante la gravidanza risulta influenzare maggiormente rispetto agli oppiacei, al tabacco, e alla marijuana le difficoltà di crescita del feto (Schempf, 2007), ed è associata al distacco della placenta e

alla rottura prematura delle acque; altre conseguenze come l'aborto spontaneo, il parto prematuro, disabilità comportamentali o di sviluppo, disturbi dell'alimentazione, o sindromi di rigetto sono confuse da altre variabili e spesso sono per la maggior parte attribuite alla povertà della madre (Addis et al., 2001).

Gli effetti sullo sviluppo, sulla base di studi che utilizzano vasti insiemi di strumenti nel tentativo di chiarire le carenze, restano messi in dubbio da alcuni studiosi (Frank et al. 2001), essendo i dati con chiaro significato clinico più sottili, (Lester et al., 2003) e influenzati dai programmi educativi (Schiller e Allen, 2005).

I condizionamenti psichiatrici sui bambini sono influenzati da fattori psicosociali e diminuiscono con l'età (Williams e Ross, 2007).

Non vi è alcun rischio di tossicità diretta nel momento del concepimento della gravidanza da cocaina maschile (Klemmt e scialli, 2005).

Una completa ricerca del 2005 sulle anfetamine e la gravidanza ha trovato prove insufficienti per valutare la tossicità sviluppata dalle anfetamine terapeutiche, con due studi mirati che dimostrano l'assenza di effetti (Golub et al.2005).

Le anfetamine sono state associate con un rischio 3,5 volte maggiore di condizionamento della crescita fetale, mentre l'uso del tabacco ha mostrato un rischio frequente il doppio (Smith et al., 2006).

Le ricerche hanno subito messo in evidenza la relazione tra uso di anfetamine da parte delle madri e bassa qualità della vita percepita, uso di sostanze tra familiari e amici, oltre a vicende legali in corso (Derauf et al., 2007).

Salute mentale e problemi sociali

Alti livelli di comorbidità psichiatrica e sociale, oltre alla dipendenza e all'assuefazione, si trovano tra i consumatori cronici di sostanze stimolanti (Hall et al, 1996; Baker et al, 2004; Darke et al. 2008; Sutcliffe et al, 2009). Il consumo cronico di anfetamine è associato a psicosi, di solito transitorie durante l'uso o il ritiro, ma occasionalmente si verificano per molti anni dopo l'interruzione (Scott et al., 2007). Preesistenti sintomi psicotici possono essere notevolmente aggravati dall'iniziare l'assunzione di anfetamine (Hall et al, 1996;.. Suttcliffe et al, 2009).

L'uso di stimolanti è anche associato al suicidio, alle tendenze suicide, alla depressione, al disturbo post-traumatico da stress, e a diversi disturbi della personalità (Kertesz et al, 2006; Scott et al, 2007).

Il consumo di metanfetamina è stato associato a disturbi di personalità antisociali così come a manie e al disturbo bipolare dell'umore (Chen et al., 2003). Anche se la metamfetamina è stata collegata a comportamenti compulsivi o violento, nessuna relazione causale è mai stata stabilita (Scott et al., 2007). Rispetto alla cocaina, il crack è collegato a più alti livelli di ansia, paranoia, depressione e psicosi, probabilmente a causa dell' intensità d'uso, alla salute fisica, e alla concomitante situazione sociale piuttosto che alla modalità di somministrazione di per sé (Haasen, 2005).

C'è una forte associazione tra consumo di anfetamine e deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD), che viene trattata con farmaci simili alle anfetamine, portando alcuni ricercatori a sospettare che individui con ADHD sono per questo attratti dal consumo di anfetamine (Jaffe et al, 2005;.. Scott et al, 2007).

Il consumo problematico di stimolanti è anche associato a problemi sociali e familiari, sterilità dei rapporti interpersonali, abuso o abbandono di minori, perdita del lavoro, incidenti automobilistici, prostituzione per denaro o droghe, comportamenti criminali o violenti e omicidi (Daley et al., 2002), anche se convincenti relazioni causali non sono state stabilite.

Le problematiche comuni a coloro che fanno uso di stimolanti, che possono svolgere un ruolo centrale nel comportamento, sono la maggiore probabilità di essere disoccupati e di avere poche esperienze e scarse capacità di fare squadra, limitato sostegno sociale, e stili di vita disorganizzati (Scott et al., 2007).

Inoltre, la natura criminale e stigmatizzata dell' uso degli stimolanti, anche se può fungere da deterrente per una più ampia diffusione, rappresenta una barriera alla partecipazione alla società produttiva dei consumatori problematici (Grabowski et al., 2004).

La riduzione del danno per i consumatori di sostanze stimolanti

Gli stimolanti sono troppo veloci e troppo furiosi per la riduzione del danno?

Un focus relativamente nuovo per coloro che programmano la riduzione del danno, infatti, gli stimolanti richiedono un ripensamento di molte delle strategie tradizionali.

Qui verranno affrontati i dati e gli interventi emergenti di riduzione del danno per i consumatori di sostanze stimolanti. Inizieremo con una breve rassegna di interventi comportamentali e trattamenti farmacologici per la dipendenza da sostanze stimolanti e quindi tratteremo specifiche strategie di riduzione del danno.

Generalmente, l'obiettivo primario del trattamento è individuato nell'induzione all'astinenza e nella prevenzione della recidiva ('curare'). Se l'astinenza non è (ancora) possibile, il trattamento deve mirare a ridurre l'uso di sostanze stabilizzanti e le loro conseguenze ('cura'). La fase finale del trattamento deve essere lenitiva e mirata ad alleviare la sofferenza ('palliativo').

In tutte le fasi, sia negli interventi di emergenza, che nel trattamento per intossicazione che nell' astinenza, è evidente la necessità di agire per migliorare la salute psicologica e sociale (Sanità del Consiglio dei Paesi Bassi, 2002).

La prima linea del trattamento per il consumo problematico di sostanze stimolanti è l'intervento psicosociale ambulatoriale (American Psychiatric Association, 2007), la terapia comportamentale soprattutto cognitiva (CBT), la gestione delle contingenze (CM) (Dutra et al., 2008), e il colloquio motivazionale (MI)(Shearer, 2007; OEDT, 2007e).

Nel CM viene accuratamente descritto il comportamento bersaglio (per esempio, aderenza al trattamento, partecipazione clinica, astinenza da uso di stimolanti, o qualsiasi altro comportamento verificabile) che è premiato ogni volta che il comportamento viene dimostrato (Dutraet al., 2008).

Il CM è più efficace quando vengono utilizzati incentivi in denaro (al contrario dei buoni) e di maggior valore, e anche se gli effetti diminuiscono dopo che l'intervento viene interrotto, gli effetti degli incentivi si sono dimostrati efficaci per un massimo di 12 mesi (Lussier et al, 2006.;Prendergast et al., 2006).

Non esiste un trattamento di provata efficacia farmacologica per il consumo di cocaina e stimolanti, nonostante il gran numero di studi su un'ampia gamma di farmaci (per una rassegna, si veda: De Lima et al, 2002;. OEDT, 2007e, Pirona e Hedrich, 2009).

Più recentemente, il Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial (CREST) ha testato 19 farmaci, di questi tre composti si sono rivelati potenzialmente efficaci (cabergolina, reserpina e tiagabina) e sono stati portati ad una sperimentazione di conferma di più larga scala (Leiderman, 2005;. Kampman et al, 2005).

Tuttavia, in recenti più ampi studi né tiagabina (Winhusen et al. 2007a) né reserpina (Winhusen et al. 2007b) sono state efficaci nel ridurre l'uso di cocaina rispetto al placebo.

Un altro approccio è quello di sviluppare un vaccino per impedire alla cocaina di attraversare la barriera emato-encefalica, infatti, l'attuale vaccino necessita di un miglioramento (Martell et al, 2009) e ci sono molte questioni etiche da affrontare, anche se una sola volta il vaccino ha dimostrato di essere efficace (si veda ad es Hall e Carter, 2004).

Più di recente, è possibile notare un crescente interesse nel spostare l'attenzione dall'astinenza al 'trattamento sostitutivo', sulla base dell'efficacia della terapia sostitutiva per la dipendenza da nicotina e oppiacei (Moeller et al, 2008;. Shearer, 2008).

Il funzionamento della terapia sostitutiva è quello di sostituire l'uso di droghe stimolanti dannose con sostanze più sicure, farmaci leciti, evitando infezioni e rischi associati a percorsi pericolosi di somministrazione, come l'iniezione (Sangue, infezioni virali, overdose) (Shearer, 2008, pp 302-03).

In definitiva, il trattamento sostitutivo deve portare ad una stabilizzazione del consumo delle droghe illecite, consentendo in tal modo agli utilizzatori di farmaci stimolanti di beneficiare di ulteriori interventi psicosociali. Anche se le prove fino ad oggi per la terapia sostitutiva relative uso di stimolanti sono scarse (De Lima et al, 2002;. Castells et al, 2007), dexanfetamina (SR) e modafinil sembrano candidati promettenti per ulteriori studi.

Llosa (1994) e Hurtado-Gumucio (2000) hanno anche documentato in studi non controllati che il tè di coca, le foglie di coca e le pasticche di cocaina potrebbe essere efficaci in termini di riduzione del desiderio, di cocaina e della sua funzione sociale.

Interventi volti a ridurre gli effetti collaterali negativi (per la salute) associati all'uso di sostanze stimolanti

Infezioni del sangue di tipo virale

La riduzione del danno per gli iniettori di sostanze stimolanti si basa fortemente sui risultati della prevenzione dell'HIV tra gli iniettori di eroina (si veda ad esempio Kimber et al., 2010), ma richiede riflessioni generali sul contesto degli stimolanti per via iniettiva.

In particolare, l'iniezione di stimolanti comporta iniezioni più frequenti, un aumento dei comportamenti sessuali a rischio, prevede un comportamento caotico nel momento dell'iniezione e una produzione casalinga, coinvolge persone di età più

giovane e con utilizzo più frequente. Coloro che si iniettano stimolanti dovrebbero avere facile accesso a grandi quantità di materiale sterile per le iniezioni e ai mezzi di protezione sessuale, che comportano la distribuzione libera e politiche di diffusione, un orario di apertura esteso e, se necessario, attività di sensibilizzazione in ambienti tipici dell'assunzione per via iniettiva e dei comportamenti sessuali a rischio (Beek et al, 2001;.. Des Jarlais et al, 2009).

Un kit appropriato per le iniezioni dovrebbe includere una gamma di materiali sulla base della valutazione dei modelli locali di consumo di droga e del contesto sociale degli iniettori.

Politiche di distribuzione di aghi e siringhe "uno per uno", tuttora in atto in vari programmi nell'Unione europea e orientale, dovrebbe essere evitate a causa dell'alta frequenza di iniezioni tipica degli stimolanti. Orari di apertura più lunghi per i PSN, politiche di scambio più libero, attivismo politico e pubblico e finanziamenti sono, invece, associati a una maggiore copertura delle popolazioni IDU e a tassi più bassi di rischio comportamentale (Templaski et al, 2008;.. Bluthenthal et al, 2007a;.. Bluthenthal et al, 2007b).

Negli Stati Uniti, l'aumento della copertura è stata, infatti, seguita da una sostanziale riduzione della diffusione dell' HIV tra i tossicodipendenti (Santibanez et al., 2006).

Exchange Supplies nel Regno Unito offre siringhe con pistoni colorati e 'siringa-ID' (un po' di colore e un bottone riconoscibile per la parte posteriore del pistone), sviluppato per agevolare gli iniettori di stimolanti, in particolare, per distinguere le loro siringhe personali durante la somministrazione collettiva. In risposta agli stimolanti fatti in casa, alcuni NSP nell'Europa orientale offrono materiale sia per l'iniezione e per la preparazione di farmaci (Grund e Merkinaitė, 2009). Le reti di riduzione del danno in Georgia, Russia e Ucraina stanno sviluppando interventi e materiali informativi per i consumatori di stimolanti fatti in casa. La distribuzione di cartine al tornasole ai consumatori di stimolanti fatti in casa per consentire la produzione di sostanze meno acide è stata proposta, ma non ancora attuata (Agafonova, 2008).

I tradizionali programmi di riduzione del danno possono non riuscire a raggiungere gli utilizzatori di stimolanti a causa di servizi focalizzati sui consumatori di oppiacei e per la presenza di barriere sociali per gli utenti giovani o femminili (si veda ad esempio Grund e Merkinaitė, 2009).

Lo scambio secondario, o strategie "tra pari" sono necessarie per raggiungere coloro che non frequentano i programmi dei servizi dedicati (Ago et al, 2005;.. Coyle et al, 1998; Des Jarlais et al, 2009;.. Wood et al, 2003;.. Grund et al, 1992a;.. Broadhead et al., 1998).

Un servizio di pari non sanzionabile e un NSP notturno, che si trova apertamente sulla strada della droga di Vancouver, è stato in grado di raggiungere e offrire servizi di riduzione del danno per gli iniettori di cocaina più a rischio della città (Wood et al., 2003).

Distributori automatici di siringhe (SDMS) e NSP mobili forniscono accesso riservato ad attrezzature sterili a volte in luoghi dove la copertura è scarsa (Islam e Conigrave, 2007), a utenti più giovani (Moatti et al, 2001;.. Obadia et al, 1999) con storie di iniezione inferiore a NSP o utenti tossicodipendenti, con minore accesso ai servizi stabiliti (Stark et al, 1994;.. Leicht, 1993), redditi meno leciti, e basso status socio-economico (Moatti et al., 2001).

Coloro che vendono le sostanze per strada sono spesso più giovani, locali e donne, si iniettano più spesso e lo fanno spesso per strada, sono coinvolti nella prostituzione e non sono in trattamento farmacologico (Miller et al, 2002;.. Riley et al, 2000;.. Islam e Conigrave, 2007).

SDMS non si consiglia come intervento unico in quanto vi sono poche possibilità di educazione alla salute, ma possono servire come aggiunta strategica per NSP convenzionali e la distribuzione in farmacia (Islam e Conigrave, 2007; Agnoletto et al, 1993; Cox et al, 2000).

Nonostante in molti paesi della UE vi sia uno spostamento verso sostanze che si fumano, gli sforzi della sanità pubblica restano quasi esclusivamente concentrata su IDU (Jauffret-Roustide, 2004; Jauffret-Roustide et al, 2008a; Haydon e Fischer, 2005; Cheung, 2000).

Diversi programmi in Canada e Stati Uniti implementato azioni specifiche per i fumatori di cocaina (Boyd et al, 2008; Leonard et al. 2006; Leonard et al, 2007), come la distribuzione del cosiddetto 'kit per crack', che contiene forniture per prevenire lesioni del cavo orale o respiratorie dovute al fumo (Porter e Bonilla, 1993; Malchy et al, 2008; Collins et al, 2005). Studi sull' out-of-treatment dei consumatori di cocaina ed eroina suggeriscono principi e prove scientifiche positive della distribuzione di siringhe (Wodak e Cooney, 2005; Hunt et al, 2003; Hunt et al, 2005; WHO, 2005; Oms et al. e UNODC, 2004) e possono essere agevolmente applicate per i kit e gli altri utensili per l' uso di droga (Grund, 1991a; Grund, 1993; Pizzey e Hunt, 2008).

Nonostante molti servizi di supervisione del consumo di droghe vietino la cocaina iniettata o fumata a causa della natura caotica e frenetica del suo utilizzo, diversi luoghi dedicati all'iniezione controllata (FIS) nella UE ora includono camere per fumare cocaina e altre droghe (Hunt, 2006), una tendenza che può estendersi al SIF di Vancouver (Shannon et al., 2006). La gestione di una sala fumatori si è dimostrato simile a quella di una camera per l'iniezione; i SIF che ammettono l'uso di cocaina non hanno segnalato importanti problemi (Poschadel et al, 2002; Verthein et al, 2001; Zurhold et al, 2001; Zurhold et al, 2003; Vogt e Zeissler, 2005; Broadhead et al, 2002; Poel, et al, 2003; Hedrich, 2004; IWGDCR, 2006).

Programmi dedicati ai fumatori dovrebbero riconoscere la presenza delle donne attraverso programmi sviluppati con una sensibilità di genere, anche se pochi di questi sono stati valutati (Boyd et al, 2008; Wechsberg et al, 2004; Butters e Erickson, 2003).

Una programmazione per le donne può essere più efficace sulla base della considerazione delle caratteristiche biologiche, comportamentali, psicologiche e sociali e con misure di sostegno combinate sia individuali che di comunità (Latka, 2003), sostenendo la maggiore autonomia delle donne sul loro consumo di droga e sulla sessualità per minimizzare l'esposizione a BBVs (Jauffret-Roustide et al, 2008b; Gollub, 2008).

Malattie sessualmente trasmissibili, infezioni batteriche e altre complicazioni

L'ampia diffusione di siringhe e strumenti per la protezione sessuale può anche contribuire a ridurre

malattie sessualmente trasmissibili (MST) e infezioni batteriche (Beek et al, 2001; Kerr et al. 2005). Tecniche d'iniezione appropriate, creme e unguenti antibatterici e la rotazione dei siti di iniezione può contribuire a ridurre la perdita di vena e trattare efficacemente le SSTIs minori (Stern, 1992). L'igiene di base (lavarsi le mani, le unghie corte) e la cura delle vene, così come la cura delle ferite semplici e la formazione per un'iniezione più sicura può prevenire le infezioni negli iniettori di cocaina (Beek et al, 2001; Kerr et al, 2005; Rhodes et al, 2007). Servizi per le ferite e l'accesso all'interno degli NSP possono aumentare nel paziente l'interazioni cliniche, offrendo opportunità per i rinvii a servizi quali consulenza HIV e test, cure mediche, trattamenti farmacologici e con un costo stimato di \$ 5 per paziente (Grau et al., 2002).

Non si è concordi sul fatto che l'iniezione all'inguine dovrebbe essere attivamente scoraggiata o su più sicure tecniche in dotazione (come nel Regno Unito; Maliphant e Scott, 2005; Zador, 2007; Strang et al, 2008), anche se i ricercatori concordano sul fatto che il passaggio all'iniezione all'inguine o all'iniezione di crack dovrebbe essere scoraggiato (Rhodes et al., 2007).

Effetti neurologici

Gli sforzi per ridurre le conseguenze neurologiche degli stimolanti sono principalmente connessi all'uso "droghe da club". Ridurre la frequenza di utilizzo è la strategia più comune per ridurre il 'passo indietro' degli stimolanti, depressione e preoccupazioni per i danni neurologici (Allott e Redman, 2006). 'Pre-assunzione' o 'post-assunzione' di una varietà di sostanze è un altro approccio, che comprende vitamine, alimenti, farmaci antidepressivi, sonniferi, o aminoacidi. Mentre non ci sono dati per valutare gli effetti di questi metodi comuni (Kelly, 2009), una combinazione di anfetamine insieme a farmaci anti-depressivi pone il rischio di una reazione pericolosa per la vita conosciuta come sindrome da serotonina (Copeland et al., 2006). Un sito web olandese (<http://www.cocaineinfo.nl/>) fornisce spiegazioni neurologiche per la 'Coke Shuffle', consigliando la cessazione temporanea dell'utilizzo, un massaggio, un ambiente caldo o una sauna, in quanto ciò può contribuire a ridurre i crampi. A volte le benzodiazepine sono prescritti per i problemi tipici dei consumatori di cocaina, per lo più per dormire, ma questi possono anche alleviare dolori articolari e muscolari.

Effetti cardiovascolari

La cura della routine cardiovascolare, attraverso dieta e esercizio fisico, il controllo dell'alta pressione sanguigna e del colesterolo, oltre alla riduzione di altri fattori di rischio come l'uso di tabacco, costituiscono le più potenti strategie di riduzione del danno, in quanto sono rivolte alla popolazione in generale.

La riduzione del dosaggio e della frequenza degli stimolanti può ridurre la tossicità cardiovascolare, come la riduzione del consumo concomitante di alcol. Anche se non esistono studi controllati o specifici, ricerche condotte sugli utilizzatori di anfetamine (Vitiello, 2008) e sulla popolazione andina, che consuma prodotti a base di una ridotta concentrazione di coca (Knuepfer, 2003), hanno evidenziato solo un lieve e moderato aumento del rischio di tossicità cardiovascolare.

La cocaina è direttamente tossica per le cellule del muscolo cardiaco, mentre le anfetamine esercitano una tossicità principalmente attraverso l'aumentare della pressione sanguigna, la riduzione o l'astensione dall'utilizzo con l'insorgere di malattie cardiovascolari legate all'età è fondamentale per ridurre i danni di queste sostanze.

Complicazioni polmonari e altre conseguenze sulla salute

Mentre la marijuana può essere filtrata per ottenere una qualche riduzione dell'esposizione al particolato (McPartland e Pruitt, 1997), il filtraggio degli stimolanti è meno probabile per ridurre l'impatto di questi farmaci sul tessuto polmonare.

Tuttavia, attraverso la distribuzione di filtri è possibile ridurre l'esposizione orofaringea alla brace calda, riducendo così ustioni alla bocca e alla gola. Nelle forniture per la riduzione del danno in Canada, e nel 'kit per il crack' distribuito dagli Stati Uniti sono inclusi tubi Pyrex o boccagli in gomma (Leonard et al, 2006; Leonard et al, 2007; Aidslaw, 2007), che possono ridurre lacerazioni delle labbra.

Mainline ad Amsterdam ha offerto ai fumatori di cocaina per strada misurazioni per polmoni, sangue e cuore, consulenze sul fumo più sicuro e formazione all'autoregolamentazione (Boekhout van Solinge, 2001), ma l'accantonamento della metodologia tradizionale nei principali servizi per le droghe si è dimostrato impegnativo (Bruin et al.2008). Altre strategie per ridurre i danni polmonari potrebbero includere la vaporizzazione e altri mezzi per filtrare il talco e altre particelle. L'idratazione sufficiente contribuisce alla salute di labbra, pelle e degli altri organo. La frequenza di polmonite può essere mitigato dalla vaccinazione pneumococcica e dalla prevenzione, diagnosi e cura della tubercolosi.

L'American Dental Association ha sviluppato una cartella paziente su 'meth mouth,' che comprende un trattamento localizzato, una guida per i genitori e 'una calcolatrice per capire quanto costa far fronte a una dipendenza da droga '(American Dental Association, 2005), ma non fornisce consigli sull'igiene orale. I tossicodipendenti in Amsterdam possono ottenere cure dentistiche in una clinica speciale e riferimenti a dentisti regolari. A Francoforte nel 1990, Drogenhilfe Integrative ha riportato un successo nel trovare i dentisti per le comunità di tossicodipendenti con la gestione dei casi e le strategie di difesa, come parte della filosofia 'Vermittlung in die Normalität' nei confronti della salute di tutti i loro clienti, e dei problemi sociali e legali (comunicazione personale Marion Nickolai, 15 agosto 2009).

Overdose

L'overdose di cocaina ha spesso conseguenze cardiovascolari (infarto, aritmia fatale, o ictus) e richiede una rapida e sofisticata gestione medica. L'uso concomitante di oppiacei, alcool o altri farmaci depressori è strettamente associata all'overdose di cocaina (Kaye e Darke, 2004), suggerendo che con un uso limitato di altre sostanze in concomitanza dell'uso di cocaina è possibile ridurre il rischio di overdose. La rianimazione cardiopolmonare effettuata da terzi, si è dimostrata positiva nel contrastare un' overdose da oppiacei (Dietze et al., 2002) e può essere utilizzata per un'overdose da stimolanti.

Il Naloxone non è in grado di invertire un'overdose di stimolanti, quindi assicurare un rapido accesso a cure mediche "non giudicanti" senza l'intervento della polizia è essenziale per ridurre i decessi.

Problemi di salute mentale

Molti problemi di salute mentale associati all' uso di stimolanti sono determinati dalla frequenza e dalle modalità di somministrazione correlate, e potrebbe essere mitigati da misure specifiche di riduzione del danno. I fornitori di assistenza dovrebbero utilizzare un approccio rispettoso verso gli utilizzatori di stimolanti, anche se caotici, e trattare con attenzione le persone con segni di tossicità da sostanze, come la psicosi indotta dalla cocaina(Beek et al.2001). Interventi brevi rivolti all'uso ricreativo delle anfetamine dovrebbero includere informazioni su potenziali problemi di salute mentale derivante da un uso regolare (Baker et al., 2004) e un uso superiore a quello settimanale o l'iniezione devono essere scoraggiati (Hall et al., 1996). Uno studio controllato sul processo di trattamento di una comunità di utilizzatori cronici di crack a Rotterdam ha evidenziato come positivo il programma e il miglioramento della salute fisica e mentale (Henskens, 2004).

La cessazione del fumo o dell'assunzione di cocaina per via parenterale può essere necessario per il recupero della salute mentale (Beek et al., 2001), ma anche

l'autoregolamentazione per controllare l'uso può rivelarsi utile (Prinzleve et al, 2002; Haasen et al, 2005; Cramer e Schippers, 1994/1996).

I consumatori di sostanze stimolanti spesso conducono un'auto-medicazione con l'eroina o altri sedativi per controllare gli effetti collaterali di ansia e irritabilità (Grund, 1993; Decorte, 2001).

L'agopuntura mentre si rivela di scarsa utilità come monoterapia, può ridurre il desiderio di cocaina se previsto come trattamento coadiuvante (Gates et al, 2006; Kim et al, 2005) e il servizio potrebbe trattenere gli utenti in cura (NTA, 2002). A New York, il Lower East Side Harm Reduction Center offre l'agopuntura, il reiki e altri trattamenti alternative per i consumatori di cocaina (comunicazione personale Raquel Algarin, 23 novembre 2009).

Altri suggerimenti pratici per affrontare le peculiarità comportamentali includono immediato e flessibile servizio walk-in (Haasen et al., 2003, Beek et al., 2001) e l'offerta di un ambiente tranquillo e rilassante (Stover, 2002), simile alle sale 'chill-out' delle feste da ballo.

'Tagesruheräume', o sale di riposo diurno, per iniettori di cocaina e i fumatori di crack sono state allestite a Francoforte sul Meno e integrati all'interno di un centro di assistenza alla droga di bassa soglia, che offre consulenza, assistenza medica e psichiatrica, una sala del consumo e un rifugio in Amburgo (Vogt et al, 2000; Stover, 2001; Verthein et al, 2001).

Organizzazioni come HIT a Liverpool, Lifeline a Manchester e Mainline di Amsterdam hanno sviluppato diversi volantini espliciti per i consumatori di cocaina con consigli per la gestione dei rischi per la salute mentale e il controllo dell'uso di cocaina. Mentre una raccolta dei molti programmi e degli approcci sviluppati per consumatori di sostanze stimolanti raramente viene pubblicata nella letteratura scientifica.

Gravidanza e genitori

Una valutazione etnografica sull'uso di droghe da parte delle donne in gravidanza hanno dimostrato numerose autonome strategie di riduzione del danno, come l'uso di sostanze meno pericolose (per esempio marijuana), la riduzione della dose e della frequenza e un miglioramento nell'alimentazione e la cura di sé, così come strategie meno utili come evitare le cure mediche per paura di essere stigmatizzate o penalizzate (Kearney et al, 1995; Murphy e Rosenbaum, 1999).

I dati sugli esiti a lungo termine di un programma di intervento precoce per i bambini esposti alla cocaina suggeriscono che l'impatto della povertà di gran lunga mette in ombra quello della cocaina, e che l'intervento precoce può migliorare lo sviluppo (Kilbride et al., 2000).

Inoltre i bambini esposti alla cocaina che non ricevono interventi precoci, rimanendo con le loro madri fin dalla nascita, possono avere miglioramenti dall'interazione sociale (Kilbride et al., 2006).

Sforzi sostanziali per la riduzione del danno degli stimolanti in gravidanza nel Nord America sono stati la difesa legale e la riforma della politica per ridurre la criminalizzazione del comportamento delle donne durante la gravidanza (Lester et al., 2004).

Discussione

La ricerca ha evidenziato la strategia per molti interventi di riduzione del danno finalizzati a stimolare gli utenti (Wodak e Cooney, 2005; Farrell et al, 2005; Hunt et al, 2003; Hunt et al, 2005; CHI et al., 2004). Tuttavia, la letteratura scientifica è schiacciata

verso i danni provocati dagli stimolanti, con una letteratura minimale sugli interventi di riduzione del danno.

Le indagini spesso considerano gli utilizzatori di stimolanti un sottoinsieme, piuttosto che la popolazione bersaglio di uno studio. Diversi interventi per i consumatori di sostanze stimolanti, quali la fornitura di materiali per fumare crack più sicuro o la formazione su una più sicura iniezione all'inguine, rimangono controversi o illegali e quindi mancano valutazioni sistematiche. Meccanismi di finanziamento per la valutazione dei nuovi interventi sono limitati, in parte per l'affidamento della maggior parte dei flussi di finanziamento a ricerche in materia di HIV.

Danni potenziali affrontati dagli interventi di riduzione del danno

L'efficacia degli interventi farmacologici e psicosociali per i consumatori di stimolanti è limitata (De Lima et al, 2002; OEDT, 2007e, Pirona e Hedrich, 2009), così gli interventi per stabilizzare e ridurre al minimo le conseguenze negative del consumo di stimolanti in corso sono di fondamentale importanza. I dati suggeriscono che non vi sono fondamentali ostacoli nella regolazione degli interventi di riduzione del danno, come il PSN e SIF, verso la prevenzione BBV tra gli utenti che presentano un problema con gli stimolanti. Tuttavia, una vasta gamma di problemi sanitari e sociali associati all'uso di stimolanti sono in gran parte non affrontati dai servizi attuali (ad esempio specifici approcci di riduzione del danno per SSTIs sono stati ideati, ma non sono molto sviluppati (Grau et al, 2002; Kerr et al, 2005).

L'attenzione alla prevenzione della SSTIs, dell'overdose o dei danni polmonari, neurologici, o cardiovascolari è relativamente nuova e c'è molto terreno da guadagnare nella prevenzione e nel trattamento precoce di queste condizioni. Il 'kit per il crack' può risultare utile nel prevenire alcune infezioni. Gli SSTI ampiamente diffusi, e servizi che offrano cure cardiache primarie, possono ridurre la gravità della malattia. La letteratura in rapida espansione sulla programmazione della prevenzione delle overdose (Sporer e Kral, 2007; Maxwell et al, 2006; Coffin et al, 2007; Bara, 2008) suggerisce la necessità di estendere ulteriormente la filosofia della riduzione del danno. Lo sviluppo di servizi innovativi abbinati alla valutazione critica è necessario per tradurre i successi della riduzione del danno nei confronti dell'eroina anche relativamente all'uso di stimolanti.

Esempi pratici basati sulle ricerche di comunità, e sulla valutazione dei programmi sottolineano la necessità di servizi che migliorano la capacità dei consumatori di stimolanti di gestire i loro livelli di assunzione, il comportamento caotico e i problemi di salute mentale.

Diversi programmi di riduzione del danno da stimolanti aiutano gli utenti nella gestione del denaro.

In centinaia, se non migliaia, di blog e di discussione su Internet, gli utenti discutono sugli stimolanti e sulle altre droghe apertamente e in modo dettagliato, compresi molti dei problemi discussi in quest'analisi, consigli dietetici e approcci per 'via farmacologia' alla autoregolamentazione ('Riduzione del danno per Stimolanti', ad esempio, <http://www.drugs-forum.com/forum/archive/index.php/t-24802.html>).

Rodi e colleghi hanno riportato ciò che potrebbe essere definita un'epidemia di iniezioni inguinali per via parenterale. Quando l'iniezione all'inguine diventa un 'rischio accettabile' (Rhodes et al., 2006), ci si chiede quali altri rischi hanno spinto la normalizzazione di questo comportamento pericoloso (Connors, 1992). Rodi e colleghi non solo evidenziano l'aumento del crack per iniezione e di speedball, ma sottolineano anche il rischio ambientale (Rhodes, 2002). L'iniezione all'inguine è percepita come 'affidabile, veloce e discreta'. Come uno dei loro intervistati ha spiegato, 'si può fare di fronte alla macchina fotografica' (Rhodes et al., 2006). L'onnipresenza della macchina

fotografica e della sorveglianza umana, con tolleranza zero verso la devianza nello spazio pubblico e la conseguente mancanza di spazi dove i tossicodipendenti senz'altro possono ritirarsi e iniettarsi la dose, generano un ambiente di rischio in cui 'macro fattori di rischio' si sinergizzano con i rischi legati all'iniezione di crack portando ad un aggravamento dei danni legati all'iniezione (Rhodes, 2002; Rhodes et al, 2006; Rodi, 2009). Tali fattori ambientali sono per lo più al di là della portata degli interventi di riduzione del danno, che si concentrano soprattutto sulla sostanza e sugli utenti. I danni associati al consumo problematico di stimolanti interagiscono a diversi livelli con i rischi ambientali (Rhodes, 2002; Zinberg, 1984). Non solo possono danneggiare con specifiche influenze l'altro, ma sono anche aggravati da fattori esterni, come ad esempio la legislazione internazionale sulla droga, le politiche di polizia e altre autorità pubbliche in un processo di 'causalità contingente' (Rhodes, 2009). Lo sviluppo di risposte adeguate e tempestive a questa politica nociva è una sfida cruciale per la riduzione del danno. Non perché gli strumenti adatti alla riduzione del danno siano assenti o non possono essere pensati, ma perché l'ambiente di rischio maggiore potrebbe rendere nullo tale sforzo (Grund et al, 1992b; Rhodes et al, 2006; Gostin, 1998).

I politici dovrebbero quindi trovare un modo per ridurre i danni delle inefficaci politiche sulle droghe, di quelle relative al nostro spazio pubblico e ai comportamenti privati, e rafforzare la capacità dei consumatori di droga e della società di imparare dalle esperienze passate.

La storia è piena di esempi di occultamento dei 'nuove' sostanze psicoattive in varie culture.

Come parte del tessuto sociale tradizionale, la maggior parte è trattenuta da esplicite e implicite regole sociali tramandate di generazione in generazione. Purtroppo, le conoscenze collettive sulla cocaina e le anfetamine si accumulano attraverso l'apprendimento tra pari e non sono necessariamente trasmesse alle nuove generazioni di utenti. Il potenziale per rispondere in modo razionale e salutare alle 'nuove' droghe illecite è - tra gli utenti e politici allo stesso modo - ostacolato da quello che Lloyd Johnston ha definito il 'dimenticare generazionale' (Johnston et al. 2004). Eppure, questo apprendimento è fondamentale per affrontare il problema del controllo della droga, un ruolo di recente adottato dai promotori della riduzione del danno in molti Paesi.

Implicazioni per un futuro sviluppo di interventi, ricerca e politica

C'è una forte programmazione di base sulla diffusione degli aghi in molti, ma non tutti, i membri della UE, ma la loro copertura IDU della popolazione può variare e i consumatori di sostanze stimolanti sono scarsamente raggiunti. Lo sviluppo di una sufficiente copertura PSN e altri interventi è una questione evidente ma complessa (Des Jarlais et al. 2009) (vedi Kimber et al., 2010). Pertanto, ostacoli normativi interni ed esterni, come lo scambio "uno per uno", da parte di politiche e leggi che impediscono programmi di distribuzione di altri prodotti di uso più sicuro (per esempio pipe per il crack) devono essere riconsiderate. Mentre la combinazione rigorosa di distribuzione e raccolta degli strumenti per le iniezioni è una scelta sgradevole quanto ostacola, che impedisce l'accesso a un'ampia quantità di siringhe in luoghi e momenti in cui questi sono più necessari. Pertanto, la distribuzione indipendente e schemi di raccolta dovrebbero essere sviluppati (Des Jarlais et al, 2009; Wood et al, 2003; Grund et al, 1992a).

La quantità di apparecchiature per le iniezioni o di preservativi forniti agli utilizzatori deve essere determinato sulla base di una valutazione approfondita delle

esigenze degli utenti e delle caratteristiche della rete (Braine et al. 2008; Friedman et al, 2007;. Rothenberg, 2007).

Tutto ciò richiede un cambiamento paradigmatico nella disposizione del servizio - da istituzionale fornitore- a facilitatore dei rapporti tra pari nelle reti degli utenti (Broadhead et al., 1998) attraverso il peer-base (basi gestite da pari) di sensibilizzazione e scambio secondario.

I distributori automatici di siringhe e programmi mobili possono essere utili appendici per 'raggiungere i non raggiunti', ma devono avere una sede flessibile, attraente e con servizi di supporto.

Più educazione all'iniezione sicura e al fumo e interventi di sostegno alla transizione, meno percorsi nocivi di somministrazione delle sostanze, così come prevenzione delle overdose e assistenza medica per le infezioni alle vene e alla pelle devono diventare caratteristiche standard della FIS e PSN, ed essere spostate fra le priorità della riduzione del danno. PSN e SIF non solo per creare un ambiente sano, ma anche un ambiente che consente di godere effetti piacevoli degli stimolanti riducendo al minimo le esperienze negative. Tecniche di rilassamento e terapie alternative possono aiutare gli utenti a migliorare alcuni degli effetti sulla salute mentale determinati dall'uso di stimolanti forti o frequenti, così come i disturbi fisici come il dolore muscolo-scheletrico. Offrendo sonno e strutture di riposo per alcuni giorni è possibile contribuire a ridurre la privazione del sonno, che può alleviare lo sforzo mentale.

Coinvolgere i partecipanti nella fornitura di servizi ed altre attività può ulteriormente contribuire a ridurre la frequenza e la quantità di uso di stimolanti, che potrebbe condurre al miglioramento della salute mentale e sociale. Le collaborazioni tra le diverse specialità mediche, i gestori dei servizi nei servizi per i tossicodipendenti e i ricercatori nella progettazione di strategie di riduzione del danno degli effetti polmonari, cardiovascolari e neurologici causati dall'uso di stimolanti sono ugualmente importanti.

Gli studi esaminati suggeriscono che il consumo problematico di stimolanti richiede strategie integrate e innovative, e servizi multidisciplinari medici e sociali, ma anche politiche sulle droghe e sociali che non esacerbino la già considerevole potenzialità di danno degli stimolanti.

La recente attenzione rivolta dall'UNODC alle conseguenze inattese della politica sulle droghe è incoraggiante, ma ha bisogno di essere tradotta in azioni concrete. Allo stato attuale, le politiche pubbliche internazionali sulla droga massimizzano i danni per ridurre l'uso occasionale di droghe.

I tossicodipendenti utilizzatori di stimolanti devono godere del diritto umano fondamentale della protezione della salute, secondo quanto stabilito dall'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1948).

Nel 1945, sull'orlo tra guerra e pace, Sir Karl Popper pubblicò la sua opera *La società aperta e i suoi nemici*, in cui scrisse che 'il ruolo dello Stato non è quello di rendere felici le persone, ma di alleviare le sofferenze evitabili.' Per lo stato e i suoi rappresentanti rispondere a queste grida è tra le sfide principali della riduzione del danno.

Ulteriori letture

- Beek, I. van, Dwyer, R. and Malcom, A. (2001), 'Cocaine injecting: the sharp end of drug related harm', *Drug and Alcohol Review* 20, 333–42.
- Bertol, E., Trignano, C., Di Milia, M. G., Di Padua, M. and Mari, F. (2008), 'Cocaine-related deaths: an enigma still under investigation', *Forensic Science International* 7 Apr, 176 (2–3), pp. 121–3.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. and Duflou, J. (2008), 'Major physical and psychological harms of methamphetamine use', *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 253–62.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2007), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, EMCDDA, Lisbon.
- EMCDDA (2008), *Treatment of problem cocaine use: a short update*, EMCDDA, Lisbon.
- Karch, S. B. (2005), 'Cocaine cardiovascular toxicity', *Southern Medical Journal* August, 98 (8), pp. 794–9.
- Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., et al. (2007), "'I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed', *International Journal of Drug Policy* 19 (3), pp. 1–10.
- Pates, R. and Riley, D. (2009), *Interventions for amphetamine misuse*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Scheinmann, R., Hagan, H., Lelutiu-Weinberger, C., et al. (2007), 'Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review', *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 1–12.

Riferimenti bibliografici

- Addis, A., Moretti, M. E., Ahmed Syed, F., Einarson, T. R. and Koren, G. (2001), 'Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis', *Reproductive Toxicology* 15 (4), pp. 341–69.
- Adimora, A. A., Schoenbach, V. J., Martinson, F. E., et al. (2003), 'Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 34, pp. 423–9.
- Afonso, L., Mohammad, T. and Thatai, D. (2007), 'Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine', *American Journal of Cardiology* 100 (6), pp. 1040–3.
- Agafonova, A. (2008), 'Report from the consultation meeting "Psychostimulants: harm reduction approaches"', Russian Harm Reduction Network, Moscow.
- Agnoletto, V., Tradati, C., Ceserani, N., et al. (1998), *Street work and needle exchange machines as complementary strategies of HIV harm reduction among active drug users: an Italian model* (Abstract no. WS-D09-4), Int Conf AIDS, Berlin, Germany.
- Aidslaw (2007), *Abolition du programme de trousses pour l'usage plus sûr du crack: un geste irresponsable et de courte visée, du Conseil municipal d'Ottawa* (news release). Available at <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadDocumentFile.php?ref=731> (accessed on 23 January 2010).
- Alcabes, P. (2009), *Dread: how fear and fantasy have fueled epidemics from the Black Death to avian flu*, Public Affairs Books, New York.
- Allott, K. and Redman, J. (2006), 'Patterns of use and harm reduction practices of ecstasy users in Australia', *Drug and Alcohol Dependence* 82 (2), pp. 168–76.
- American Dental Association (2005), 'For the dental patient: methamphetamine use and oral health'. Available at http://www.ada.org/prof/resources/pubs/jada/patient/patient_55.pdf (accessed on 30 September 2009).
- American Dental Association (2009), 'Methamphetamine use (meth mouth)'. Available at <http://www.ada.org/prof/resources/topics/methmouth.asp> (accessed on 30 September 2009).
- American Psychiatric Association (2007), 'Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders' (2nd edition), *American Journal of Psychiatry* 164 (4) (Supplement), pp. 1–124.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., et al. (2004), 'Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported "heroin drought"', *Addiction* 99, pp. 875–84.
- Balakireva, O. M., Grund, J. P. C., Barendregt, C., et al. (2006), *Risk and protective factors in the initiation of injecting drug use: analytical report on a respondent driven sampling study and strategy paper preventing the initiation of injecting drug use among vulnerable adolescents and young people: final report*, UNICEF/UISR, Kiev.
- Basso, M. R. and Bornstein, R. A. (2000), 'Neurobehavioural consequences of substance abuse and HIV infection', *Journal of Psychopharmacology* 14 (3), pp. 228–37.
- Bauman, J. L. and DiDomenico, R. J. (2002), 'Cocaine-induced channelopathies: emerging evidence on the multiple mechanisms of sudden death', *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* 7 (3), pp. 195–202.
- Bauwens, J. E., Orlander, H., Gomez, M. P., et al. (2002), 'Epidemic Lymphogranuloma venereum during epidemics of crack cocaine use and HIV infection in the Bahamas', *Sexually Transmitted Diseases* 29, pp. 253–9.
- Beek, I. van, Dwyer, R., and Malcom, A. (2001), 'Cocaine injecting: the sharp end of drug related harm', *Drug and Alcohol Review* 20, 333–42.
- Bellis, M., Hughes, K., Bennett, A. and Thomson, R. (2003), 'The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs', *Addiction* 98, pp. 1713–21.
- Binswanger, I. A., Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Rybold, D. J. and Edlin, B. R. (2000), 'High prevalence of abscesses and cellulitis among community-recruited injection drug users in San Francisco', *Clinical Infectious Diseases* 30, pp. 579–81.
- Blanken, P., Barendregt, C., and Hendriks, V. (1997), *Op is op. Niets is voor altijd. Een onderzoek naar het roken van cocaine-base en zelf-controle mechanismen* (IVO-reeks nr. 14), IVO, Rotterdam.
- Bluthenthal, R., Anderson, R., Flynn, N. and Kral, A. (2007a), 'Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients', *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 214–22.
- Bluthenthal, R., Ridgeway, G., Schell, T., et al. (2007b), 'Examination of the association between syringe exchange program (SEP) dispensation policy and SEP client-level syringe coverage among injection drug users', *Addiction* 102, pp. 638–46.
- Boekhout van Solinge, T. (2001), *Op de pof*, Rozenberg, Amsterdam.

- Booth, R., Lehman, W., Kwiatkowski, C., et al. (2008), 'Stimulant injectors in Ukraine: the next wave of the epidemic?' *AIDS and Behaviour*, 12 (4), pp. 652–61.
- Borodkina, O. I., Baranova, M. V., Girchenko, P. V., et al. (2005), 'The correlation between the type of drug use and HIV prevalence of IDU in different Russian cities', *Russian Journal of HIV/AIDS and Related Problems* 9 (3), pp. 74–5.
- Boyd, S., Johnson, J. L. and Moffat, B. (2008), 'Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver', *Harm Reduction Journal* 5, p. 34.
- Braine, N., Acker, C., Goldblatt, C., Yi, H., Friedman, S. R., and Des Jarlais, D. C. (2008), 'Neighborhood history as a factor shaping syringe distribution networks among drug users at a U.S. syringe exchange', *Soc Netw* 30 (3), pp. 235–46.
- Brewer, T. H., Zhao, W., Pereyra, M., et al. (2007), 'Initiating HIV care: attitudes and perceptions of HIV positive crack cocaine users', *AIDS and Behavior* 11 (6), pp. 897–904.
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., et al. (1998), 'Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention', in Needle, R. H., Coyle, S. and Cesari, H. (eds), 'HIV prevention with drug-using populations: current status and future prospects', *Public Health Reports* 113 (Supplement 1), pp. 42–57.
- Broadhead, R. S., Altice, F. L., Kerr, T. H. and Grund, J-P. C. (2002), 'Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives', *Journal of Drug Issues* 32 (7), pp. 327–54.
- Bruin, D. de, Ossebaard, H., Bakker, I., Aalderen, H. van and Wildschut, J. (2008), 'Hoezo onbereikbaar? Passende hulp voor basecokegebruikers: knelpunten en kansen', *Verslaving, Tijdschrift over Verslavingsproblematiek* 4, no. 1.5.
- Butters, J. and Erickson, P. G. (2003), 'Meeting the health care needs of female crack users: a Canadian example', *Women and Health* 37, pp. 1–17.
- Cabral, G. A. (2006), 'Drugs of abuse, immune modulation, and AIDS', *Journal of Neuroimmune Pharmacology* 1 (3), pp. 280–95.
- Cadet, J. L. and Krasnova, I. N. (2007), 'Interactions of HIV and methamphetamine: cellular and molecular mechanisms of toxicity potentiation', *Neurotoxicity Research* 12 (3), pp. 181–204.
- Callaway, C. W. and Clark, R. F. (1994), 'Hyperthermia in psychostimulant overdose', *Annals of Emergency Medicine* 24 (1), pp. 68–76.
- Camilleri, A. M. and Caldicott, D. (2005), 'Underground pill testing, down under', *Forensic Science International* 151 (1), pp. 53–8.
- Campsmith, M. L., Nakashima, A. K. and Jones, J. L. (2000), 'Association between crack cocaine use and highrisk sexual behaviours after HIV diagnosis', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 25, pp. 192–8.
- Castells, X., Casas, M., Vidal, X. et al. (2007), 'Efficacy of central nervous stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials', *Addiction* 102 (12), pp. 1871–87.
- Celentano, D. D., Valleroy, L. A., Sifakis, F., et al. (2006), 'Associations between substance use and sexual risk among very young men who have sex with men', *Sexually Transmitted Diseases* 33 (4), pp. 265–71.
- Centers for Disease Control and Prevention (1991), 'Alternative case-finding methods in a crack-related syphilis epidemic: Philadelphia', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 40, pp. 77–80.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993), 'Selective screening to augment syphilis case-finding - Dallas, 1991', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42, pp. 424–7.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996), 'Continued sexual risk behaviour among HIV-seropositive, drug-using men — Atlanta, Washington, D.C., and San Juan, Puerto Rico, 1993', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 45, pp. 151–2.
- Chang, L., Alicata, D., Ernst, T. and Volkow, N. (2007), 'Structural and metabolic brain changes in the striatum associated with methamphetamine abuse', *Addiction* 102 (Supplement 1), pp. 16–32.
- Chao, C., Jacobson, L. P., Tashkin, D., et al. (2008), 'Recreational drug use and T lymphocyte subpopulations in HIV-uninfected and HIV-infected men', *Drug and Alcohol Dependence* 94 (1–3), pp. 165–71.
- Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., et al. (2003), 'Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis', *Psychological Medicine* 33 (8), pp. 1407–14.
- Cheung, Y. W. (2000), 'Substance abuse and developments in harm reduction', *Canadian Medical Association Journal* 162, pp. 1697–700.
- Chi, D. and Milgrom, P. (2008), 'The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings', *Special Care Dentistry* 28 (6), pp. 237–42.
- Chiasson, M. A., Stoneburner, R. L., Hildebrandt, D. S., et al. (1991), 'Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack)', *AIDS* 5, pp. 1121–6.
- Chintalova-Dallas, R., Case, P., Kitsenko, N. and Lazzarini, Z. (2009), 'Boltushka: a homemade amphetaminetype stimulant and HIV risk in Odessa, Ukraine', *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 347–51.
- Chirgwin, K., DeHovitz, J. A., Dillon, S. and McCormack, W. M. (1991), 'HIV infection, genital ulcer disease, and crack cocaine use among patients attending a clinic for sexually transmitted diseases', *American Journal of Public Health* 81, pp. 1576–9.
- Ciccarone, D. and Bourgois, P. (2003), 'Explaining the geographical variation of HIV among injection drug users in the United States', *Substance Use and Misuse* 38, pp. 2049–63.
- Ciccarone, D., Bamberger, J., Kral, A., et al. (2001), 'Soft tissue infections among injection drug users: San Francisco, California, 1996–2000', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 50 (19), pp. 381–84.
- Cleghorn, F.R., Jack, N., Murphy, J.R. et al. (1995), 'HIV-1 prevalence and risk factors among sexually transmitted disease clinic attenders in Trinidad', *AIDS* 9, pp. 389–94.
- Coffin, P. (2008), 'Overdose: a major cause of preventable death in central and eastern Europe and central Asia', *Eurasian Harm Reduction Network*, Vilnius.
- Coffin, P. O., Galea, S., Ahern, J., et al. (2003), 'Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990–98', *Addiction* 98 (6), pp. 739–47.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A., et al. (2007), 'Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose', *Academic Emergency Medicine* 14 (7), pp. 616–23.
- Cofrancesco, J. Jr., Scherzer, R., Tien, P. C., et al. (2008), 'Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort', *Aids* 22 (3), pp. 357–65.

- Cohen, A. L., Shuler, C., McAllister, S., et al. (2007), 'Methamphetamine use and methicillin-resistant staphylococcus aureus skin infections', *Emerging Infectious Diseases* 13 (11), pp. 1707–13.
- Cohen, P. and Sas, A. (1993), *Ten years of cocaine: a follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*, Department of Human Geography, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, pp. 1–126.
- Cohen, P. and Sas, A. (1994), 'Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures', *Addiction Research* 2 (1), pp. 71–94.
- Cole, J. C., Sumnall, H. R., Smith, G. W. and Rostami-Hodjegan, A. (2005), 'Preliminary evidence of the cardiovascular effects of polysubstance misuse in nightclubs', *Journal of Psychopharmacology* 19 (1), pp. 67–70.
- Collins, C. L., Kerr, T., Tyndall, M. W. S., et al. (2005), 'Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users', *Canadian Journal of Public Health* 96, pp. 344–7.
- Connors, M. M. (1992), 'Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: implications for AIDS prevention', *Social Science and Medicine* 34 (6), pp. 591–601.
- Cook, J. A., Burke-Miller, J. K., Cohen, M. H., et al. (2008), 'Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women', *Aids* 22 (11), pp. 1355–63.
- Cook, J. A., Grey, D. D., Burke-Miller, J. K., et al. (2007), 'Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women', *Drug and Alcohol Dependence* 89 (1), pp. 74–81.
- Copeland, J., Dillon, P. and Gascoigne, M. (2006), 'Ecstasy and the concomitant use of pharmaceuticals', *Addictive Behaviours* 31 (2), pp. 367–70.
- Cotten-Oldenburg, N. U., Jordan, B. K., Martin, S. L. and Kupper, L. (1999), 'Women inmates' risky sex and drug behaviours: are they related?' *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25, pp. 129–49.
- Cox, G., Lawless, M., Cassin, S. P. and Geoghegan, T. W. (2000), 'Syringe exchanges: a public health response to problem drug use', *Irish Medical Journal* 93 (5), pp. 143–6.
- Coyle, S. L., Needle, R. H. and Normand, J. (1998), 'Outreach based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data', in Needle, R. H., Coyle, S. and Cesari, H. (eds), *HIV prevention with drugusing populations: current status and future prospects*, Public Health Reports, 113 (Supplement 1), pp. 19–30.
- Cramer, E. A. S. M. and Schippers, G. M. (1994/1996), *Zelfcontrole en ontwenning van harddrugs, Eindrapport van een onderzoek naar de ontwikkeling en evaluatie van een zelfcontrole programma voor druggebruikers*, Nijmegen: UNRAB.
- Crowe, A. V., Howse, M., Bell, G. M. and Henry, J. A. (2000), 'Substance abuse and the kidney', *QJM* 93 (3), pp. 147–52.
- Daley, D. C., Mercer, D. and Carpenter, G. (2002), *Drug counseling for cocaine addiction: the collaborative cocaine treatment study model*, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. and Dufou, J. (2008), 'Major physical and psychological harms of methamphetamine use', *Drug and Alcohol Review*, pp. 253–62.
- De, P., Cox, J., Boivin, J. F., Platt, R. W. and Jolly, A. M. (2007), 'Rethinking approaches to risk reduction for injection drug users: differences in drug type affect risk for HIV and hepatitis C virus infection through druginjecting networks', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 46 (3), pp. 355–61.
- De Lima, M. S., De Oliveira Soares, B. G., Reisser, A., et al. (2002), 'Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review', *Addiction* 97 (8), pp. 931–49.
- De Letter, E. A., Piette, M. H., Lambert, W. E. and Cordonnier, J. A. (2006), 'Amphetamines as potential inducers of fatalities: a review in the district of Ghent from 1976–2004', *Medicine, Science and the Law* 46 (1), pp. 37–65.
- Decorte, T. (2001), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Brussel.
- Degenhardt, L., Mathers, B., Guarinieri, M., Panda, S., Phillips, B., Strathdee, S. A., Tyndall, M., Wiessing, L., Wodak, A., Howard, J., on behalf of the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use (2010), 'Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health', (corrected proof, 01 February 2010), *International Journal of Drug Policy*, 21, DOI: 10.1016/j.drugpo.2009.11.007.
- Derauf, C., Lagasse, L. L., Smith, L. M., et al. (2007), 'Demographic and psychosocial characteristics of mothers using methamphetamine during pregnancy: preliminary results of the infant development, environment, and lifestyle study (IDEAL)', *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33 (2), pp. 281–9.
- Des Jarlais, D. C., Grund J-P. C., Zadoretzky, C., et al. (2002), 'HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia', *International Journal of Drug Policy* 13, pp. 165–74.
- Des Jarlais, D. C., McKnight, C., Goldblatt, C. and Purchase, D. (2009), 'Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States', *Addiction*, 104 (9), pp. 1441–6.
- Dietze, P., Cantwell, K. and Burgess, S. (2002), 'Bystander resuscitation attempts at heroin overdose: does it improve outcomes?', *Drug and Alcohol Dependence* 67 (2), pp. 213–18.
- Downes, M. A. and Whyte, I. M. (2005), 'Amphetamine-induced movement disorder', *Emergency Medicine Australia* 17, pp. 277–80.
- Draper, E. S., Rankin, J. and Tonks, A. M., et al. (2008), 'Recreational drug use: a major risk factor for gastroschisis?', *American Journal of Epidemiology* 167 (4), pp. 485–91.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., et al. (2008), 'A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders', *American Journal of Psychiatry* 165 (2), pp. 179–87.
- Edlin, B. R., Irwin, K. L., Ludwig, D. D., et al. (1992), 'High-risk sex behaviour among young street-recruited crack cocaine smokers in three American cities: an interim report', *The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team*, *Journal of Psychoactive Drugs* 24, pp. 363–71.
- Edlin, B. R., Irwin, K. L., Faruque, S., et al. (1994), 'Intersecting epidemics: crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults', *Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team*, *New England Journal of Medicine* 331, pp. 1422–7.
- Elkashaf, A., Vocci, F., Hanson, G., et al. (2008), 'Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update', *Substance Abuse* 29 (3), pp. 31–49.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2007a), *Annual report 2007: highlights*, Figure 7. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index42367EN.html> (accessed on 19 July 2009). EMCDDA (2007b), *Statistical bulletin*, Figure GPS-13. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/gpsfig13> (accessed on 19 July 2009).

- EMCDDA (2007c), *Statistical bulletin, Table PDU-2*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/pdutab02b> (accessed on 19 July 2009).
- EMCDDA (2007d), *Statistical bulletin 2007*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/GPS> (accessed on 19 July 2009).
- EMCDDA (2007e), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, EMCDDA, Lisbon. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index40152EN.html> (accessed on 17 December 2009).
- EMCDDA (2007f), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA, Lisbon. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44746EN.html> (accessed on 23 January 2010).
- EMCDDA (2008), *Annual report*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008> (accessed on 19 July 2009).
- EMCDDA (2009), *Statistical bulletin 2009*. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/gps> (accessed on 19 July 2009).
- Farre, M., De La Torre, R., Gonzalez, M. L., et al. (1997), 'Cocaine and alcohol interactions in humans: neuroendocrine effects and cocaethylene metabolism', *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 283 (1), pp. 164–76.
- Farrell, M., Marsden, J., Ling, L., Ali, R. and Gowing, L. (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users: evidence for action technical paper*, World Health Organization, Geneva.
- Faruque, S., Edlin, B. R., McCoy, C. B., et al. (1996), 'Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 13, pp. 87–92.
- Ferris, M. J., Mactutus, C. F. and Booze, R. M. (2008), 'Neurotoxic profiles of HIV, psychostimulant drugs of abuse, and their concerted effect on the brain: current status of dopamine system vulnerability in NeuroAIDS', *Neuroscience and Behavioural Reviews* 32 (5), pp. 883–909.
- Finelli, L., Budd, J. and Spitalny, K.C. (1993), 'Early syphilis: relationship to sex, drugs, and changes in high-risk behaviour from 1987–1990', *Sexually Transmitted Diseases* 20, pp. 89–95.
- Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., et al. (2006), 'Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users', *Addiction* 101, pp. 1760–70.
- Fischer, B., Powis, J., Firestone, C. M., Rudzinski, K. and Rehm, J. (2008), 'Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia', *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 20, pp. 29–32.
- 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.
- Fleury, G., De La Garza, R., Mahoney, J. J., Evans, S. E. and Newton, T. F. (2008), 'Predictors of cardiovascular response to methamphetamine administration in methamphetamine-dependent individuals', *American Journal on Addictions* 17 (2), pp. 103–10.
- Frank, D. A., Augustyn, M., Knight, W. G., Pell, T. and Zuckerman, B. (2001), 'Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review', *JAMA* 285 (12), pp. 1613–25.
- Frieden, J. (2006), 'Skin manifestations may signal crystal meth use: think "meth mites" when patients are picking at their skin and think they have insects crawling on them', *Skin disorders, Family Practice News*. Available at http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-12689367_ITM (accessed on 19 July 2009).
- Friedman, S. R., Flom, P. L., Kottiri, R., et al. (2003), 'Drug use patterns and infection with sexually transmissible agents among young adults in a high-risk neighbourhood in New York City', *Addiction* 98, pp. 159–69.
- Friedman, S. R., Bolyard, M. and Mateu-Gelabert, P. (2007), 'Some data-driven reflections on priorities in AIDS network research', *AIDS and Behaviour* 11 (5), pp. 641–51.
- Gates, S., Smith, L. A. and Foxcroft, D. R. (2006), 'Auricular acupuncture for cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, CD005192.
- General Assembly of the United Nations (1948), *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
- Gibson, D. R., Leamon, M. H. and Flynn, N. (2002), 'Epidemiology and public health consequences of methamphetamine use in California's Central Valley', *Journal of Psychoactive Drugs* 34, pp. 313–19.
- Glauser, J. and Queen, J. R. (2007), 'An overview of non-cardiac cocaine toxicity', *Journal of Emergency Medicine* 32 (2), pp. 181–6.
- Gollub, E. L. (2008), 'A neglected population: drug-using women and women's methods of HIV/STI prevention', *AIDS Education and Prevention* 20, pp. 107–20.
- Golub, M., Costa, L., Crofton, K., et al. (2005), 'NTP-CERHR Expert Panel Report on the reproductive and developmental toxicity of amphetamine and methamphetamine', *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology* 74 (6), pp. 471–584.
- Goodkin, K., Shapshak, P., Metsch, L. R., et al. (1998), 'Cocaine abuse and HIV-1 infection: epidemiology and neuropathogenesis', *Journal of Neuroimmune Pharmacology* 83 (1–2), pp. 88–101.
- Gostin, L. O. (1998), 'The legal environment impeding access to sterile syringes and needles: the conflict between law enforcement and public health', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18 (Supplement 1), pp. S60–S70.
- Grabowski, J., Rhoades, H., Stotts, A., et al. (2004), 'Agonist-like or antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials', *Neuropsychopharmacology* 29 (5), pp. 969–81.
- Grau, L.E., Arevalo, S., Catchpool, C., Heimer, R. for the Diffusion of Benefit through Syringe Exchange Study Team (2002), 'Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic', *American Journal of Public Health* 92, pp. 1915–17.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. and Klempova, D. (2008), 'Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe', *Drug and Alcohol Review* 27 (3), pp. 236–42.
- Gross, M., Holte, S. E., Marmor, M., et al. (2000), 'Anal sex among HIV-seronegative women at high risk of HIV exposure', *The HIVNET Vaccine Preparedness Study 2 Protocol Team, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 24, pp. 393–8.
- Grund, J-P. C. (1993), *Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation*, Addiction Research Institute (IVO), Rotterdam. Available at <http://www.drugtext.org/library/books/grund01/grundcon.html>.
- Grund, J-P. C. (2001), 'A candle lit from both sides: the epidemic of HIV infection in central and eastern Europe', in *McElrath, K. (ed.), HIV and AIDS: a global view*, Greenwood Press, Westport, CT.

- Grund, J-P. C. and Blanken, P. (1993), *From 'Chasing the dragon' to 'Chinezen': the diffusion of heroin smoking in the Netherlands*, Addiction Research Institute (IVO), Rotterdam. Available at <http://www.drugtext.org/library/books/grund/CHASDRAG.html>.
- Grund, J-P. C. and Merkinaitis, S. (2009), *Young people and injecting drug use in selected countries of Central and Eastern Europe*, Young IDUs Working Group, EHRN, Vilnius.
- Grund, J-P.C., Adriaans, N.F.P. and Kaplan, C.D. (1991a), 'Changing cocaine smoking rituals in the Dutch heroin addict population', *British Journal of Addiction* 86, pp. 439–48.
- Grund, J-P. C., Kaplan, C. D. and Adriaans, N. F. P. (1991b), 'Needle sharing in the Netherlands: an ethnographic analysis', *American Journal of Public Health* 81, pp. 1602–07.
- Grund, J-P. C., Blanken, P., Adriaans, N. F. P., et al. (1992a), 'Reaching the unreached: targeting hidden IDU populations with clean needles via known users', *Journal of Psychoactive Drugs* 24 (1), pp. 41–7.
- Grund, J-P. C., Stern, L. S., Kaplan, C. D., Adriaans, N. F. P. and Drucker, E. (1992b), 'Drug use contexts and HIV-consequences: the effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx', *British Journal of Addiction* 87, pp. 381–92.
- Grund, J-P. C., Öfner, P. J. and Verbraeck, H. T. (2007a), *Marel o Del, kas kamel, le Romes duvar (God hits whom he chooses, the Rom gets hit twice): an exploration of drug use and HIV risks among the Roma of central and eastern Europe*, L'Harmattan, Budapest.
- Grund, J-P. C., Reinerie, P., Smits, M. and Albert, G. (2007b), 'Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006–2007 uit de panelstudie', *Epidemiologisch Bulletin* 42 (4), pp. 2–10. Available at <http://www.denhaag.nl/Docs/ocw/GGD/EpiBul/Epi%20nr%204%202007.pdf>.
- Grund, J-P.C., Zabransky, T., Irwin, K. and Heimer R. (2009), 'Stimulant use in central and eastern Europe: how recent social history shaped current drug consumption patterns', in Pates, R. and Riley, D. (eds), *Interventions for amphetamine misuse*, Wiley Blackwell, Oxford.
- Guerot, E., Sanchez, O., Diehl, J. L. and Fagon, J. Y. (2002), 'Acute complications in cocaine users', *Ann Med Interne (Paris)* 153 (3 Supplement), pp. 1S27–31.
- Gyarmathy, V. A., Neaigus, A., Miller, M., Friedman, S. R. and Des, J. (2002), 'Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 30, pp. 448–56.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., et al. (2003), *Support needs for cocaine and crack users in Europe*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe: a multi-centre study', *European Addiction Research*, 10 (4), pp. 139–46.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M., et al. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users', *World Psychiatry* 4, pp. 173–6.
- Hagan, H., Thiede, H. and Des Jarlais, D. C. (2005), 'HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behaviour and prevention', *AIDS* 19 (Supplement 3), pp. S199–S207.
- Haigney, M. C., Alam, S., Tebo, S., et al. (2006), 'Intravenous cocaine and QT variability', *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* 17 (6), pp. 610–16.
- Hall, W. and Carter, L. (2004), 'Ethical issues in using a cocaine vaccine to treat and prevent cocaine abuse and dependence', *Journal of Medical Ethics* 30 (4), pp. 337–40.
- Hall, W., Hando, J., Darke, S. and Ross, J. (1996), 'Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia', *Addiction* 91, pp. 81–7.
- Hando, J., Flaherty, B. and Rutter, S. (1991), 'An Australian profile on the use of cocaine', *Addiction* 92, pp. 173–82.
- Harris, L. H. and Paltrow, L. (2003), 'Msjama: the status of pregnant women and fetuses in US criminal law', *JAMA* 289 (13), pp. 1697–9.
- Haverkos, H. W. and Steel, E. (1991), 'Crack cocaine, fellatio, and the transmission of HIV', *American Journal of Public Health* 81, pp. 1078–9.
- Haydon, E., and Fischer, B. (2005), 'Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of "safer crack use kits"', *Canadian Journal of Public Health* 96, pp. 185–8.
- Health Council of the Netherlands (2002), *Pharmaco-therapeutic interventions in drug addiction*, Health Council of the Netherlands, The Hague, publication no. 2002/10.
- Hedetoft, C. and Christensen, H. R. (1999), 'Amphetamine, ecstasy and cocaine: clinical aspects of acute poisoning', *Ugeskr Laeger* 161 (50), pp. 6907–11.
- Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Portugal.
- Heffernan, R., Chiasson, M. A. and Sackoff, J. E. (1996), 'HIV risk behaviours among adolescents at a sexually transmitted disease clinic in New York City', *Journal of Adolescent Health* 18, pp. 429–34.
- Heimer, R., Booth, R. E., Irwin, K. S. and Merson, M. H. (2007), 'HIV and drug use in Eurasia', in Twigg, J. L. (ed.), *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Heng, C. K., Badner, V. M. and Schiop, L. A. (2008), 'Meth mouth', *New York State Dental Journal* 74 (5), pp. 50–1.
- Henskens, R. (2004), 'Grab and hold: randomized controlled trial of the effectiveness of an outreach treatment program for chronic high-risk crack abusers' (dissertatie), GGD Rotterdam, Universiteit van Tilburg.
- Hermida, M., Ferreira, M. C., Barral, S., Laredo, R., Castro, A. and Diz, D. P. (2002), 'Detection of HCV RNA in saliva of patients with hepatitis C virus infection by using a highly sensitive test', *Journal of Virological Methods* 101, pp. 29–35.
- Hildrey, Z., Thomas, S. E. and Smith A. (2009), 'The physical effects of amphetamine use', in Pates, R. and Riley, D. (eds), *Interventions for amphetamine misuse*, Wiley-Blackwell, Oxford, pp. 173–204.
- Hinkle, Nancy C. (2000), 'Delusory parasitosis', *American Entomologist* 46 (1), pp. 17–25.
- Holman, R. B. (1994), 'Biological effects of central nervous system stimulants', *Addiction* 89 (11), pp. 1435–41.
- Horwitz, R. I., Hines, H. H., Brass, L. M., Kernan, W. N. and Viscoli, C. M. (2000), *Phenylpropanolamine and risk of hemorrhagic stroke: final report of the hemorrhagic stroke project*, Yale University School of Medicine. Available at http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/00/backgrd/3647b1_tab19.doc.

- Hunt, N. (2006), Paper C. An overview of models of delivery of drug consumption rooms, supporting evidence to The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., et al. (2003), A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use, *Forward Thinking on Drugs*, London.
- Hunt, N., Trace, M. and Bewley-Taylor, D. (2005), *Reducing drug-related harms to health: a global overview of the evidence*, Beckley Foundation, London.
- Hurtado-Gumucio, J. (2000), 'Coca leaf chewing as therapy for cocaine maintenance', *Annales de Médecine Interne* 151 (Supplement B), pp. 44–8.
- Islam, M. M. and Conigrave, K. M. (2007), 'Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review', *Harm Reduction Journal*, 4: 14 (DOI: 10.1186/1477-7517-4-14).
- IWGDCR (Independent Working Group on Drug Consumption Room) (2006), *The report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Jaffe, C., Bush, K. R., Straits-Troster, K., et al. (2005), 'A comparison of methamphetamine-dependent inpatients childhood attention deficit hyperactivity disorder symptomatology', *Journal of Addictive Diseases* 24 (3), pp. 133–52.
- Jaffe, J. A. and Kimmel, P. L. (2006), 'Chronic nephropathies of cocaine and heroin abuse: a critical review', *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 1 (4), pp. 655–67.
- Jauffret-Roustide, M. (2004), *Les drogues: approche sociologique, économique et politique*, La Documentation Française ed., Paris.
- Jauffret-Roustide, M., Couturier, E., Le Strat, Y., et al. (2006), 'Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004', *Bull Epidemiol Hebd* 33, pp. 244–7.
- Jauffret-Roustide, M., Rondy, M., Oudaya, L., Pequart, C., Semaille, C. and Desenclos, J. C. (2008a), 'Evaluation d'un outil de réduction des risques visant à limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack', *Rev Epidemiol Sante Publique*, 56, p. 376.
- Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., et al. (2008b), 'Life trajectory and risk-taking among women drug users', *Med Sci (Paris)* 24 (Spec No. 2), pp. 111–21.
- Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., et al. (2009), 'A national cross-sectional study among drug-users: estimates of HCV prevalence and highlight on practical and statistical aspects in the design', *BMC Infectious Diseases* 9, pp. 113–25.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. and Schulenberg, J. E. (2004), *Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2003*, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Kampman, K. M., Leiderman, D., Holmes, T., et al. (2005), 'Cocaine Rapid Efficacy Screening Trials (CREST): lessons learned', *Addiction* 100 (S1), pp. 102–10.
- Karch, S. B. (2005), 'Cocaine cardiovascular toxicity', *Southern Medical Journal* 98 (8), pp. 794–9.
- Kaye, S. and Darke, S. (2004), 'Non-fatal cocaine overdose among injecting and non-injecting cocaine users in Sydney, Australia', *Addiction* 99 (10), pp. 1315–22.
- Kearney, M. H., Murphy, S. and Rosenbaum, M. (1994), 'Mothering on crack cocaine: a grounded theory analysis', *Social Science & Medicine* 38 (2), pp. 351–61.
- Kearney, M. H., Murphy, S., Irwin, K. and Rosenbaum, M. (1995), 'Salvaging self: a grounded theory of pregnancy on crack cocaine', *Nursing Research* 44 (4), pp. 208–13.
- Kelly, B. C. (2009), 'Mediating MDMA-related harm: preloading and post-loading among ecstasy-using youth', *Journal of Psychoactive Drugs* 41 (1), pp. 19–26.
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., et al. (2005), 'High rates of primary care and emergency department use among injection drug users', *Vancouver Journal of Public Health* 27 (1), pp. 62–66 (Doi:10.1093/Pubmed/Fdh189).
- Kertesz, S. G., Madan, A., Wallace, D., Schumacher, J. E. and Milby, J. B. (2006), 'Substance abuse treatment and psychiatric comorbidity: do benefits spill over? Analysis of data from a prospective trial among cocaine-dependent homeless persons', *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 1, p. 27.
- Kertesz, S. G., Pletcher, M. J., Safford, M., et al. (2007), 'Illicit drug use in young adults and subsequent decline in general health: the coronary artery risk development in young adults (cardia) study', *Drug and Alcohol Dependence* 88 (2–3), pp. 224–33.
- Kilbride, H., Castor, C., Hoffman, E. and Fuger, K. L. (2000), 'Thirty-six-month outcome of prenatal cocaine exposure for term or near-term infants: impact of early case management', *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 21 (1), pp. 19–26.
- Kilbride, H. W., Castor, C. A. and Fuger, K. L. (2006), 'School-age outcome of children with prenatal cocaine exposure following early case management', *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 27 (3), pp. 181–7.
- Kim, Y. H., Schiff, E., Waalen, J. and Hovell, M. (2005), 'Efficacy of acupuncture for treating cocaine addiction: a review paper', *Journal of Addictive Diseases* 24, pp. 115–32.
- 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.
- Klemmt, L. and Scialli, A. R. (2005), 'The transport of chemicals in semen', *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology* 74 (2), pp. 119–31.
- Kloner, R. A., Hale, S., Alker, K. and Rezkalla, S. (1992), 'The effects of acute and chronic cocaine use on the heart', *Circulation* 85 (2), pp. 407–19.
- Knox, E. G. (1989), 'Detection of clusters', in Elliott, P. (ed.), *Methodology of enquiries into disease clustering*, Small Area Health Statistics Unit, London, pp. 17–20.
- Knuepfer, M. M. (2003), 'Cardiovascular disorders associated with cocaine use: myths and truths', *Pharmacology and Therapeutics* 97 (3), pp. 181–222.
- Koblin, B. A., Husnik, M. J., Colfax, G., et al. (2006), 'Risk factors for HIV infection among men who have sex with men', *Aids* 20 (5), pp. 731–9.
- Kottiri, B. J., Friedman, S. R., Euler, G. L., et al. (2005), 'A community-based study of hepatitis B infection and immunization among young adults in a high-drug-use neighborhood in New York City', *Journal of Urban Health* 82, pp. 479–87.

- Kozlov, A. P., Shaboltas, A. V., Toussova, O. V., et al. (2006), 'HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia', *AIDS* 20 (6), pp. 901–06.
- Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Booth, R. E. and Watters, J. K. (1998), 'HIV seroprevalence among street-recruited injection drug and crack cocaine users in 16 US municipalities', *American Journal of Public Health* 88, pp. 108–13.
- Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., et al. (2001), 'Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk factor analysis', *Lancet* 357, pp. 1397–401.
- Kuczkowski, K. M. (2007), 'The effects of drug abuse on pregnancy', *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 19 (6), pp. 578–85.
- Kwiatkowski, C. F., Fortuin, C. K. and Booth, R. E. (2002), 'The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviours in injection drug users', *Addiction* 97, pp. 1289–94.
- Latka, M. (2003), 'Drug-using women need comprehensive sexual risk reduction interventions', *Clinical Infectious Diseases* 37 (Supplement 5), pp. S445–S450.
- Lee, C. S. (2008), 'Delusions of parasitosis', *Dermatologic Therapy* 21 (1), pp. 2–7 (US: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00163.x>).
- Leicht, A., (1993), *Characteristics and HIV-infection of users of syringe vending-machines and exchanging programs in Berlin/Germany, Berlin*.
- Leiderman, D. B. (2005), 'Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial (CREST): a paradigm for the controlled evaluation of candidate medications for cocaine dependence', *Addiction* 100 (Supplement 1), pp. 1–11.
- Lejuez, C. W., Bornoalova, M. A., Daughters, S. B. and Curtin, J. J. (2005), 'Differences in impulsivity and sexual risk behaviour among inner-city crack/cocaine users and heroin users', *Drug and Alcohol Dependence* 77, pp. 169–75.
- Leonard, L., Meadows, E., Pelude, L., et al. (2006), *Results of the evaluation of the City of Ottawa's Public Health Department's Safer Crack Use initiative: a harm reduction success*, Ontario HIV Treatment Network Research Conference, Toronto, 27–28 November.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2007), 'I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed', *International Journal of Drug Policy*, pp. 1–10.
- Lester, B. M., Lagasse, L., Seifer, R., et al. (2003), 'The Maternal Lifestyle Study (MLS): effects of prenatal cocaine and/or opiate exposure on auditory brain response at one month', *Journal of Pediatrics* 142 (3), pp. 279–85.
- Lester, B. M., Andreozzi, L. and Appiah, L. (2004), 'Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research', *Harm Reduction Journal* 1 (1), p. 5.
- Llora, T. (1994), 'The standard low dose of oral cocaine: used for treatment of cocaine dependence', *Substance Abuse* 15 (4), pp. 215–20.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., et al. (2008), 'Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study', *BMC Public Health* 8, p. 405.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A. et al. (2006), 'A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders', *Addiction* 101 (2), pp. 192–203.
- Maher, L., Li, J., Jalaludin, B., Chant, K. G. and Kaldor, J. M. (2007), 'High hepatitis C incidence in new injecting drug users: a policy failure?' *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 31 (1), pp. 30–5.
- Malakmadze, N., Gonzalez, I. M., Oemig, T., et al. (2005), 'Unsuspected recent transmission of tuberculosis among high-risk groups: implications of universal tuberculosis genotyping in its detection', *Clinical Infectious Diseases* 40, pp. 366–73.
- Malchy, L., Bungay, V. and Johnson, J. (2008), 'Documenting practices and perceptions of "safer" crack use: a Canadian pilot study', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 339–41.
- Maliphant, J. and Scott, J. (2005), 'Use of the femoral vein ("groin injecting") by a sample of needle exchange clients in Bristol, UK', *Harm Reduction Journal*, 2, p. 6 (DOI:10.1186/1477-7517-2-6).
- Maranda, M. J., Han, C. and Rainone, G. A. (2004), 'Crack cocaine and sex', *Journal of Psychoactive Drugs* 36, pp. 315–22.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., et al. (2009), 'Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients', *Archives of General Psychiatry* 66 (10), pp. 1116–23.
- Martin, D. H. and DiCarlo, R. P. (1994), 'Recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States: the crack cocaine connection', *Sexually Transmitted Diseases* 21, pp. S76–S80.
- Mas, M., Farre, M., De La Torre, R., et al. (1999), 'Cardiovascular and neuroendocrine effects and pharmacokinetics of 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine in humans', *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 290 (1), pp. 136–45.
- Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. and Carlberg-Racich, S. (2006), 'Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths', *Journal of Addictive Diseases* 25 (3), pp. 89–96.
- Mayaud, C., Boussaud, V., Saidi, F. and Parrot, A. (2001), 'Bronchopulmonary disease in drug abusers', *Revue de pneumologie Clinique* 57 (4), pp. 259–69.
- McCord, J., Jneid, H., Hollander, J. E., et al. (2008), 'Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction: a scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology', *Circulation* 117 (14), pp. 1897–907.
- McCoy, C. B., Lai, S., Metsch, L. R., Messiah, S. E. and Zhao, W. (2004), 'Injection drug use and crack cocaine smoking: independent and dual risk behaviours for HIV infection', *Annals of Epidemiology* 14, pp. 535–42.
- McCoy, H. V. and Miles C. A. (1992), 'Gender comparison of health status among users of crack cocaine', *Journal of Psychoactive Drugs* 24, pp. 389–97.
- McElroy, P. D., Rothenberg, R. B., Varghese, R. et al. (2003), 'A network-informed approach to investigating a tuberculosis outbreak: implications for enhancing contact investigations', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 7, pp. S486–S493.
- McMahon, J. M., Simm, M., Milano, D. and Clatts, M. (2004), 'Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user', *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 3 (6). Available at <http://www.ann-clinmicrob.com/content/pdf/1476-0711-3-6.pdf> (accessed on 23 January 2010).
- McPartland, J. M. and Pruitt, P. L. (1997), 'Medical marijuana and its use by the immunocompromised', *Alternative Therapies in Health and Medicine* 3 (3), pp. 39–45.

- Mehrabadi, A., Craib, K. J., Patterson, K., et al. (2008), 'The Cedar Project: a comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 159–68.
- Mesquita, F., Kral, A., Reingold, A., et al. (2001), 'Overdoses among cocaine users in Brazil', *Addiction* 96 (12), pp. 1809–13.
- Miller, C. L., Tyndall, M., Spittal, P., et al. (2002), 'Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites and mobile van needle exchanges', *Journal of Urban Health* 79 (2), pp. 257–65.
- Milloy, M. J., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J. and Wood, E. (2008), 'Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility', *PloS ONE* 3 (10), p. E3351.
- Minkoff, H., Zhong, Y., Strickler, H. D., et al. (2008), 'The relationship between cocaine use and human papillomavirus infections in HIV-seropositive and HIV-seronegative women', *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, Article ID 587082, 7 pages (DOI: 10.1155/2008/587082).
- Mitchell, S. J., Morris, S. R., Kent, C. K., Stansell, J. and Klausner, J. D. (2006), 'Methamphetamine use and sexual activity among HIV-infected patients in care — San Francisco', *AIDS Patient Care and STDs* 20 (7), pp. 502–10.
- Moatti, J. P., Vlahov, D., Feroni, I., Perrin, V. and Obadia, Y. (2001), 'Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France', *European Addiction Research* 7, pp. 40–5.
- Moeller, F. G., Barrat, E. S., Dougherty, D. M., et al. (2008), 'Use of stimulants to treat cocaine and methamphetamine abuse', *Current Psychiatry Reports* 10 (5), pp. 385–91.
- Morgan, M. J. (2000), 'Ecstasy (MDMA): a review of its possible persistent psychological effects', *Psychopharmacology* 152, pp. 230–48.
- Murphy, E. L., DeVita, D., Liu, H., et al. (2001), 'Risk factors for skin and soft-tissue abscesses among injection drug users: a case-control study', *Clinical Infectious Diseases* 33, pp. 35–40.
- Murphy, S. and Rosenbaum, M. (1999), *Pregnant women on drugs: combating stereotypes and stigma*, Rutgers University Press, New Jersey.
- Nabben, T., Benschop, A. and Korf, D. J. (2007), *Antenna 2006. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Nath, A., Hauser, K. F., Wojna, V., et al. (2002), 'Molecular basis for interactions of HIV and drugs of abuse', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 31 (Supplement 2), pp. S62–S69.
- Neaigus, A., Gyarmathy, V. A., Zhao, M., et al. (2007), 'Sexual and other noninjection risks for HBV and HCV seroconversions among noninjecting heroin users', *Journal of Infectious Diseases* 195, pp. 1052–61.
- 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. (Also at: Evidence for Action on HIV prevention among Injecting Drug Users, World Health Organization, Department of HIV/AIDS, Geneva, 2004.) Available at http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf (accessed on 23 January 2010).
- Ness, R. B., Grisso, J. A., Hirschinger, N., et al. (1999), 'Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion', *New England Journal of Medicine* 340 (5), pp. 333–9.
- Newlin, D. B., Wong, C. J., Stapleton, J. M. and London, E. D. (2000), 'Intravenous cocaine decreases cardiac vagal tone, vagal index (derived in Lorenz space), and heart period complexity (approximate entropy) in cocaine abusers', *Neuropsychopharmacology* 23 (5), pp. 560–8.
- Nnadi, C. U., Mimiko, O. A., Mccurtis, H. L. and Cadet, J. L. (2005), 'Neuropsychiatric effects of cocaine use disorders', *Journal of the National Medical Association* 97 (11), pp. 1504–15.
- NTA (2002), 'Treating cocaine/crack dependence', *Research Into Practice: 1a Drug Services Briefing, Drug and Alcohol Findings*, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Nyamathi, A. M., Dixon, E. L., Robbins, W., et al. (2002), 'Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults', *The Journal of General Internal Medicine* 17, pp. 134–43.
- Obadia, Y., Feroni, I., Perrin, V., Vlahov, D. and Moatti, J. P. (1999), 'Syringe vending machines for injecting drug users: an experiment in Marseille, France', *American Journal of Public Health* 89 (12), pp. 1582–84.
- Ochoa, K. C., Davidson, P. J., Evans, J. L., et al. (2005), 'Heroin overdose among young injection drug users in San Francisco', *Drug and Alcohol Dependence* 80 (3), pp. 297–302.
- Osher, F. C., Goldberg, R. W., McNary, S. W., et al. (2003), 'Substance abuse and the transmission of hepatitis C among persons with severe mental illness', *Psychiatric Services* 54, pp. 842–7.
- Oxman, G. L., Smolkowski, K. and Noell, J. (1996), 'Mathematical modeling of epidemic syphilis transmission: implications for syphilis control programs', *Sexually Transmitted Diseases* 23, pp. 30–9.
- Pal, D., Mitra, A. K. (2006), 'MDR- and CYP3A4-mediated drug-drug interactions', *Journal of Neuroimmune Pharmacology* 1 (3), pp. 323–39.
- Pates, R. and Riley, D. (2009), 'The psychological and psychiatric effects of amphetamine use', in Pates, R. and Riley, D. (eds), *Interventions for amphetamine misuse*, Wiley-Blackwell, Oxford, pp. 173–204.
- Pechansky, F., Woody, G., Inciardi, J., et al. (2006), 'HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil', *Drug and Alcohol Dependence* 82 (Supplement 1), pp. S109–S113.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. and Wolff, F. A. (2002), 'Effects of concurrent use of alcohol and cocaine', *Addiction* 97 (7), pp. 773–83.
- Perlman, D. C., Henman, A. R., Kochems, L., et al. (1999), 'Doing a shotgun: a drug use practice and its relationship to sexual behaviours and infection risk', *Social Science & Medicine* 48, pp. 1441–8.
- Pirona, A. and Hedrich, D. (2009), *Treatment of problem cocaine use: a short update (Version 1)*, EMCDDA, Lisbon. Available at http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_76877_EN_EMCCDDA-cocaine%20treatment-update.pdf (accessed on 29 November 2009).
- 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.
- Pleuvry, N. J. (2009), 'Central nervous system stimulants: basic pharmacology and relevance to anaesthesia', *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 10 (7), pp. 344–7.

- Poel, A. van der, Barendregt, C. and Mheen, D. van de (2003), 'Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description', *European Addiction Research* 9 (2), pp. 94–100.
- Popper, K. (1945), *The open society and its enemies (Vols 1 and 2)*, George Routledge and Sons, London. Porter, J. and Bonilla, L. (1993), 'Crack users' cracked lips: an additional HIV risk factor', *American Journal of Public Health* 83, pp. 1490–1.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. and Schreckenber, D. (2002), 'Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit', ZEUS, Bochum.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., et al. (2006), 'Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis', *Addiction* 101 (11), pp. 1546–60.
- Prinzleve, M., Verthein, U. and Degkwitz, P. (2002), 'Ambulante Suchtakupunktur als Begleittherapie in der Substitutionsbehandlung', *Suchttherapie* 3, pp. 197–204.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10 (4), pp. 147–55.
- Rhodes, T. (2002), 'The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm', *International Journal of Drug Policy* 13 (2), pp. 85–94.
- Rhodes, T. (2009), 'Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach', *International Journal of Drug Policy* 20 (3), pp. 193–201.
- Rhodes, T., Stoneman, A., Hope, V., Hunt, N. and Judd, A. (2006), 'Groin injecting in the context of crack cocaine and homelessness: from "risk boundary" to "acceptable risk"?', *International Journal of Drug Policy* 17, pp. 164–70.
- Rhodes, T., Briggs, D., Kimber, J., Jones, S. and Holloway, G. (2007), 'Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: qualitative study', *Addiction* 102, pp. 1782–90.
- Riley, E. D., Safaeian, M., Strathdee, S. et al. (2000), 'Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 24 (1), pp. 57–61.
- Rosenblum, A., Nuttbrock, L., McQuiston, H. L., Magura, S. and Joseph, H. (2001), 'Hepatitis C and substance use in a sample of homeless people in New York City', *Journal of Addictive Diseases* 20, pp. 15–25.
- Ross, M. W., Hwang, L. Y., Leonard, L., Teng, M. and Duncan, L. (1999), 'Sexual behaviour, STDs and drug use in a crack house population', *International Journal of STD & AIDS* 10, pp. 224–30.
- Ross, M. W., Hwang, L. Y., Zack, C., Bull, L. and Williams, M. L. (2002), 'Sexual risk behaviours and STIs in drug abuse treatment populations whose drug of choice is crack cocaine', *International Journal of STD & AIDS* 13, pp. 769–74.
- Rothenberg, R. (2007), 'Maintenance of endemicity in urban environments: a hypothesis linking risk, network structure and geography', *Sexually Transmitted Infections* 83, pp. 10–15 (DOI:10.1136/sti.2006.017269).
- Rotheram-Borus, M. J., Mann, T. and Chabon, B. (1999), 'Amphetamine use and its correlates among youths living with HIV', *AIDS Education and Prevention* 11 (3), pp. 232–42.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Boivin, J. F., Cedras, L. and Vincelette, J. (2001), 'Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths', *Canadian Medical Association Journal* 165, pp. 557–60.
- Santibanez, S., Garfein, R., Swartzendruber, A., et al. (2006), 'Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States', *Journal of Urban Health* 83, pp. 86–100.
- Schaper, A., Hofmann, R., Bargain, P., Desel, H., Ebbecke, M. and Langer, C. (2007), 'Surgical treatment in cocaine body packers and body pushers', *International Journal of Colorectal Disease* 22 (12), pp. 1531–5.
- Scheinmann, R., Hagan, H., Lelutiu-Weinberger, C., et al. (2007), 'Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review', *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 1–12.
- Schempf, A. H. (2007), 'Illicit drug use and neonatal outcomes: a critical review', *Obstetrical & Gynecological Survey* 62 (11), pp. 749–57.
- Schifano, F. (2004), 'A bitter pill: overview of ecstasy (MDMA, MDA) related fatalities', *Psychopharmacology (Berl)* 173 (3–4), pp. 242–8.
- Schiller, C. and Allen, P. J. (2005), 'Follow-up of infants prenatally exposed to cocaine', *Pediatric Nursing* 31 (5), pp. 427–36.
- Schindler, C. W., Tella, S. R., Erzouki, H. K. and Goldberg, S. R. (1995), 'Pharmacological mechanisms in cocaine's cardiovascular effects', *Drug and Alcohol Dependence* 37 (3), pp. 183–91.
- Scott, J. C., Woods, S. P. and Matt, G. E., et al. (2007), 'Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis', *Neuropsychology Review* 17 (3), pp. 275–97.
- Seidman, S. N., Sterk-Elifson, C. and Aral, S. O. (1994), 'High-risk sexual behaviour among drug-using men', *Sexually Transmitted Diseases* 21, pp. 173–80.
- Serraino, D., Franceschi, S., Vaccher, E., et al. (1991), 'Risk factors for human immunodeficiency virus infection in 581 intravenous drug users, northeast Italy, 1984–1988', *International Journal of Epidemiology* 20 (1), pp. 264–70.
- Shannon, K., Ishida, T., Morgan, R., et al. (2006), 'Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users', *Harm Reduction Journal* 3 (1) (DOI: 10.1186/1477-7517-3-1).
- Shannon, K., Rusch, M., Morgan, R., et al. (2008), 'HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs', *Substance Use and Misuse* 43, pp. 521–34.
- Shearer, J. (2007), 'Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review', *Journal of Substance Abuse Treatment* 32 (1), pp. 41–52.
- Shearer, J. (2008), 'The principles of agonist pharmacotherapy for psychostimulant dependence', *Drug and Alcohol Review* 27 (3), pp. 301–08.
- Shuter, J., Bell, D., Graham, D., Holbrook, K. A. and Bellin, E. Y. (1998), 'Rates of and risk factors for trichomoniasis among pregnant inmates in New York City', *Sexually Transmitted Diseases* 25, pp. 303–07.
- Small, D. and Drucker, E. (2008), 'Return to galileo? The inquisition of the international narcotic control board', *Harm Reduction Journal* 5 (16) (DOI: 10.1186/1477-7517-5-16).
- Smith, L. M., Lagasse, L. L., Derauf, C., et al. (2006), 'The infant development, environment, and lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth', *Pediatrics* 118 (3), pp. 1149–56.

- Sorvillo, F., Kovacs, A., Kerndt, P., et al. (1998), 'Risk factors for trichomoniasis among women with human immunodeficiency virus (HIV) infection at a public clinic in Los Angeles County, California: implications for HIV prevention', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 58, pp. 495–500.
- Sporer, K. A. and Kral, A. H. (2007), 'Prescription naloxone: a novel approach to heroin overdose prevention', *Annals of Emergency Medicine* 49 (2), pp. 172–7.
- Stark, K., Leicht, A. and Müller, R. (1994), 'Characteristics of users of syringe vending machines in Berlin', *Sozial und Präventivmedizin* 39 (4), pp. 209–16.
- Steinhauer, J. R. and Caulfield, J. B. (2001), 'Spontaneous coronary artery dissection associated with cocaine use: a case report and brief review', *Cardiovascular Pathology* 10 (3), pp. 141–5.
- Stern, L. S. (1992), 'Self-injection education for street level sex workers', in O'Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. and Drucker, E. (eds), *The reduction of drug related harm*, Routledge, London.
- Stevens, S. J., Estrada, A. L. and Estrada, B. D. (1998), 'HIV sex and drug risk behavior and behavior change in a national sample of injection drug and crack cocaine using women', *Women Health* 27 (1–2), pp. 25–48.
- Stoner, B. P., Whittington, W. L., Hughes, J. P., Aral, S. O. and Holmes, K. K. (2000), 'Comparative epidemiology of heterosexual gonococcal and chlamydial networks: implications for transmission patterns', *Sexually Transmitted Diseases* 27, pp. 215–23.
- Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*, BISDRO, Bremen.
- Stöver, H. (2002), 'Crack cocaine in Germany: current state of affairs', *Journal of Drug Issues* 32, pp. 413–22.
- Strang, J., Zador, D., Lintzeris, N., et al. (2008), 'The fine line between harm reduction and harm production: development of a clinical policy on femoral (groin) injecting', *European Addiction Research* 14 (4), pp. 213–18.
- Sughondhabirrom, A., Jain, D., Gueorguieva, R. et al. (2005), 'A paradigm to investigate the self-regulation of cocaine administration in humans', *Psychopharmacology* 180 (3), pp. 436–46.
- Sutcliffe, C. G., German, D., Sirirojn, B., et al. (2009), 'Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand', *Drug and Alcohol Dependence* 101, pp. 146–51.
- Suzuki, T., Omata, K., Satoh, T., et al. (2005), 'Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients', *Journal of Clinical Microbiology* 43, pp. 4413–7.
- Symington, A. (2007), 'Ottawa: crack pipe program cancelled by city council', *HIV/AIDS Policy & Law Review* 12, pp. 29–30.
- Templaski, B., Cooper, H., Friedman, S. R., et al. (2008), 'Correlates of syringe coverage for heroin injection in 35 large metropolitan areas in the US in which heroin is the dominant injected drug', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. S47–S58.
- Terra Filho, M., Yen, C. C., Santos Ude, P. and Munoz, D. R. (2004), 'Pulmonary alterations in cocaine users', *Sao Paulo Medical Journal* 122 (1), pp. 26–31.
- Theall, K. P., Sterk, C. E., Elifson, K. W. and Kidder, D. (2003), 'Factors associated with positive HIV serostatus among women who use drugs: continued evidence for expanding factors of influence', *Public Health Reports* 118, pp. 415–24.
- Thomas, J. C., Schoenbach, V. J., Weiner, D. H., Parker, E. A. and Earp, J. A. (1996), 'Rural gonorrhoea in the southeastern United States: a neglected epidemic?', *American Journal of Epidemiology* 143, pp. 269–77.
- Thorpe, L. E., Ouellet, L. J., Levy, J. R., Williams, I. T. and Monterroso, E. R. (2000), 'Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997–1999', *Journal of Infectious Diseases* 182, pp. 1588–94.
- Thorpe, L. E., Frederick, M., Pitt, J., et al. (2004), 'Effect of hard-drug use on CD4 cell percentage, HIV RNA level, and progression to AIDS-defining class C events among HIV-infected women', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37 (3), pp. 1423–30.
- Tortu, S., Beardsley, M., Deren, S., et al. (2000), 'HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites', *AIDS Care* 12 (1), pp. 65–76.
- Tortu, S., Neaigus, A., McMahon, J. and Hagen, D. (2001), 'Hepatitis C among noninjecting drug users: a report', *Substance Use and Misuse* 36, pp. 523–34.
- Tortu, S., McMahon, J. M., Hamid, R. and Neaigus, A. (2003), 'Women's drug injection practices in East Harlem: an event analysis in a high-risk community', *AIDS and Behavior* 7 (3), pp. 317–28.
- Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R. and Hamid, R. (2004), 'Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C', *Substance Use and Misuse* 39, pp. 211–24.
- Tuncel, M., Wang, Z., Arbique, D., et al. (2002), 'Mechanism of the blood pressure-raising effect of cocaine in humans', *Circulation* 105 (9), pp. 1054–9.
- Vandhuick, O., Pistorius, M. A., Jousse, S., et al. (2004), 'Drug addiction and cardiovascular pathologies', *J Mal Vasc* 29 (5), pp. 243–8.
- Venkatesan, A., Nath, A., Ming, G. L. and Song, H. (2007), 'Adult hippocampal neurogenesis: regulation by HIV and drugs of abuse', *Cellular and Molecular Life Sciences* 64 (16), pp. 2120–32.
- Verthein, U., Haasen, C., Prinzele, M. et al. (2001), 'Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg', *European Addiction Research* 7, pp. 176–83.
- Vitiello, B. (2001), 'Long-term effects of stimulant medications on the brain: possible relevance to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder', *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 11 (1), pp. 25–34.
- Vitiello, B. (2008), 'Understanding the risk of using medications for attention deficit hyperactivity disorder with respect to physical growth and cardiovascular function', *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 17 (2), pp. 459–74.
- Vogt, I. and Zeissler, E. (2005), *Abschlussbericht der Evaluation des Projektes Rauchraum im Drogennotdienst Frankfurt des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., ISFF, Frankfurt*.
- Vogt, I., Schmid, M. and Roth, M. (2000), 'Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien', *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 23, pp. 5–13.
- Volik, A. (2008), 'Admixtures in home-made injecting drugs: components of harm and prevention of harmful consequences', *Public Health, Poltava, Ukraine*.
- Ward, H., Pallearos, A., Green, A. and Day, S. (2000), 'Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London', *Sexually Transmitted Infections* 76, pp. 292–3.

- Wechsberg, W. M., Lam, W. K., Zule, W. A. and Bobashev, G. (2004), 'Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers', *American Journal of Public Health* 94, pp. 1165–73.
- Williams, J. H. and Ross, L. (2007), 'Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review', *European Child & Adolescent Psychiatry* 16 (4), pp. 243–53.
- Williams, P. B. and Ekundayo, O. (2001), 'Study of distribution and factors affecting syphilis epidemic among inner-city minorities of Baltimore', *Public Health* 115, pp. 387–93.
- Winhusen, T., Somoza, E., Ciraulo, D. A., et al. (2007a), 'A double-blind, placebo-controlled trial of tiagabine for the treatment of cocaine dependence', *Drug and Alcohol Dependence* 91 (2–3), pp. 141–8.
- Winhusen, T., Somoza, E., Ciraulo, D. A., et al. (2007b), 'A double-blind, placebo-controlled trial of reserpine for the treatment of cocaine dependence', *Drug and Alcohol Dependence* 91 (2–3), pp. 205–12.
- Wittenberg, S. (2005), *Niet uit het veld te slaan - bereiken van basecokegebruikers op straat, Amsterdam, Stichting Mainline.*
- Wodak, A. and Cooney A. (2005), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programmes', *International Journal of Drug Policy*, 16S, pp. S31–S44.
- Wolff, A. J. and O'Donnell, A. E. (2004), 'Pulmonary effects of illicit drug use', *Clinics in Chest Medicine* 25 (1), pp. 203–16.
- Wolff, F. H., Fuchs, S. C., Barcellos, N. T., et al. (2007), 'Risk factors for hepatitis C virus infection in individuals infected with the HIV', *Digestive and Liver Disease* 40 (6), pp. 460–7.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Spittal, P. M., et al. (2002), 'Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange programme', *AIDS* 16 (6), pp. 941–3.
- Wood, E., Kerr, T., Spittal, P. M., et al. (2003), 'An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange program', *Journal of Urban Health, Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80, pp. 455–64.
- Word, C. O. and Bowser, B. (1997), 'Background to crack cocaine addiction and HIV high-risk behaviour: the next epidemic', *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 23, pp. 67–77.
- WHO (World Health Organization) (2005), *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users, Department of HIV/AIDS, Geneva.*
- WHO, UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) and UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2004), *Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission, General Assembly of the United Nations, Universal Declaration of Human Rights, New York, 10 December, 1948.*
- WHO, UNODC and UNAIDS (2004), *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, Position paper, WHO, Geneva.*
- Wynn, G. H., Cozza, K. L., Zapor, M. J., Wortmann, G. W. and Armstrong, S. C. (2005), 'Med-psych drug-drug interactions update — antiretrovirals, part III: antiretrovirals and drugs of abuse', *Psychosomatics* 46 (1), pp. 79–87.
- Zador, D. A. (2007), 'Facilitating groin injecting behaviour: harm reduction or harm production? (commentary)', *Addiction* 102, pp. 1791–2.
- Zhang, L., Xiao, Y. and He, J. (1999), 'Cocaine and apoptosis in myocardial cells', *Anatomical Record*, 257 (6), pp. 208–16.
- Zinberg, N. E. (1984), *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use, Yale University Press, New Haven.*
- Zurhold, H., Kreuzfeld, N., Degkwitz, P. and Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten, Lambertus, Freiburg i. Br.*
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. and Haasen, C. (2003), 'Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance', *Journal of Drug Issues* 33 (3), pp. 663–88.

GIOVANI, USO RICREATIVO DELLE DROGHE E RIDUZIONE DEL DANNO

Adam Fletcher, Amador Calafat, Alessandro Pirona e Deborah Olszewski

in **Harm reduction: evidence, impacts and challenges** - Capitolo 13

Traduzione a cura di Chiara Babetto

Abstract

Questo capitolo inizia con una panoramica sulla diffusione dell'uso ricreativo della droga e i conseguenti effetti negativi sulla salute tra i giovani nei paesi europei.

Poi illustra un approccio tipologico per rivedere e discutere l'attuale insieme di risposte che cercano di ridurre i danni collegati all'uso ricreativo delle droghe tra i giovani in Europa.

Queste risposte includono: interventi sia individuali, che di gruppo (basati su programmi educativi a scuola dedicati alle droghe e alla prevenzione, campagne sui mass media, interviste motivazionali, e sviluppo di programmi dedicati ai giovani) e approcci basati sull'ambiente, che hanno invece la finalità di cambiare i luoghi dedicati allo svago, come i locali notturni e i luoghi istituzionali, come le scuole, per agire sull'ambiente sociale e formativo dei giovani che fanno uso di stupefacenti.

Introduzione

Questo capitolo è dedicato principalmente all'uso di sostanze illegali tra i giovani (piuttosto che all'uso dell'alcool e del tabacco). In ogni caso la portata dei danni è con ogni probabilità amplificata dal fatto che i giovani assumano sia droga che alcool e molti degli interventi riportati in questo capitolo sono da considerarsi appropriati per ridurre i danni causati dall'uso simultaneo di droghe e alcool. Il capitolo inizierà con una panoramica sulla diffusione dell'uso della droga tra i giovani in Europa con gli effetti dannosi per la salute ad essa collegati e gli altri danni.

L'appropriatezza e la probabile efficacia dei diversi tipi di intervento che agiscono per ridurre i danni collegati all'uso ricreativo delle droghe sono oggetto della successiva analisi.

La riduzione del danno è tradizionalmente focalizzata sulle problematiche espresse dai consumatori in età adulta, in particolare coloro che fanno uso di droghe per via endovenosa (Ball 2007, Kimber et al. 2010), tralasciando non solo i danni provocati dall'uso ricreativo delle droghe tra i giovani, ma anche la modalità per ridurre i danni da esso provocati.

Questo capitolo affronta l'utilizzo ricreativo di droghe tra i giovani come connesso al divertimento, spesso insieme agli amici, sia in ambienti formalmente dedicati allo svago, come i locali notturni, sia in ambienti informali, come per strada o nelle case.

Siffatta definizione è più estesa rispetto a quelle utilizzate in altre pubblicazioni dell'EMCDDA, che spesso connettono l'uso delle droghe tra i giovani specificatamente con l'ambiente dei locali notturni (EMCDDA 2002). Questo capitolo è dedicato nelle sua parte iniziale ai giovani tra i 14 e i 19 anni, a differenza di altri studi che prendono in considerazione fasce d'età differenti (ad esempio 14-24) e pertanto fanno riferimento ad una concezione di giovani più ampia. Inoltre, i dati sulla diffusione e le tendenze relative all'uso di droga tra i giovani spesso puntano ad un'indicazione globale e

complessiva e perciò spesso non permettono di distinguibile l'uso ricreativo delle droghe e altre modalità caratteristiche dell'uso.

Trend dell'uso di droga a scopo ricreativo tra i giovani in Europa

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) e recenti ricerche sulla popolazione a carattere generale hanno evidenziato una minore entità dell'uso di cannabis e altre sostanze illecite tra i giovani europei rispetto ai giovani statunitensi (Hitbell et al 2004; Hitbell et al 2009; EMCDDA 2009). In ogni caso questi dati di carattere generale mascherano la distinzione tra l'uso da parte dei giovani europei di cannabis e quello di "club drugs", come ecstasy e anfetamine, e cocaina.

Cannabis

I dati ESPAD relativi al 2007 rivelano come la percentuale più elevata di coloro che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, appartiene alla Repubblica Ceca (45%), mentre Estonia, Francia, Paesi Bassi, Repubblica Slovacca e Regno Unito si attestano su livelli che vanno dal 26% al 32% (Hitbell et al 2009).

L'uso abituale di cannabis si attesta, invece, tra il 13% e il 25% in altri 15 paesi. Meno del 10% degli studenti tra i 15 e i 16 anni fanno uso di cannabis in Grecia, Cipro, Romania, Finlandia, Svezia, Norvegia.

Iniziare precocemente a far uso di cannabis è stato spesso associato al successivo sviluppo di più problematiche e intensive forme di consumo di stupefacenti nel corso della vita.

In molti tra i Paesi dell'Europa a 10, con un livello relativamente alto di uso frequente, tra il 5% e il 9% degli studenti hanno iniziato a far uso di cannabis all'età di 13 anni o prima. Inoltre, tra gli studenti in generale, coloro che fanno uso di cannabis più facilmente fanno uso anche di alcool, tabacco e altre sostanze illecite. (EMCDDA)

I dati nazionali riportati dalla ricerca EMCDDA mostrano come in molti dei Paesi europei l'uso di cannabis crebbe marcatamente durante gli anni Novanta, in particolare tra gli studenti.

Dal 2003, tra il 30% e il 40% dei giovani tra i 15 e i 34 anni ha dichiarato di aver fatto uso di cannabis almeno una volta in 7 Paesi, mentre in altri 2 Paesi una percentuale superiore al 40% di giovani della stessa fascia d'età dichiara di non averne mai fatto uso.

Comunque, i dati ESPAD del 2007 documentano come l'uso di cannabis si sia stabilizzato -e in alcuni casi sia diminuito- tra i giovani europei: tra i Paesi dell'Europa a 11, per i quali è possibile analizzare le tendenze dal 2002 al 2007, quattro paesi mostrano una generale diminuzione tra i ragazzi dai 15 ai 16 anni che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno, e in altri quattro paesi la situazione appare stabile (Hitbell et al 2009; EMCDDA 2004).

Ecstasy e anfetamine

E' stato stimato che 7.5 milioni di giovani europei di età compresa tra i 15 e i 34 anni (5.6 %) non ha mai provato l'ecstasy, mentre circa 2 milioni di loro (1.6%) l'hanno assunta nel corso dell'ultimo anno. (EMCDDA, 2009).

Studi sui luoghi di aggregazione che sono associati all'uso di droga, come eventi in cui si balla o festival musicali, danno ulteriore evidenza all'uso di ecstasy e anfetamine tra i giovani.

Le percentuali relative all'uso di droghe tra i giovani in questi luoghi sono generalmente alti.

In ogni caso, le comparazioni tra le indagini possono essere fatte solamente con estrema cautela, tanto per le rilevazioni relative alla distribuzione per età e genere, sia per le oscillazioni rilevabili dai cambiamenti di ambiente. Studi condotti sui luoghi di svago nel 2007 in cinque Paesi europei (Belgio, Repubblica Ceca, Lettonia, Lituania, Austria) rilevano la diffusione di coloro che ne hanno fatto uso almeno una volta vada dal 15% al 71 % per quanto riguarda l'ecstasy e dal 17 al 68% per quanto riguarda le anfetamine (EMCDDA, 2009).

Molte degli eventi che vedono i giovani consumare droghe si svolgono nel fine settimana o durante il periodo di vacanza. (EMCDDA 2006b).

Figura 13.1. Distribuzione dei giovani che dichiarano di aver fatto uso delle droghe più diffuse nell'ultimo anno relativamente alla frequenza di uscite nei locali notturni (pag. 94).

Un'ulteriore indicazione relativa alla diffusione dell'uso di queste droghe tra i giovani frequentatori di locali può essere rintracciata nel British Crime Survey del 2007/08 (Hoare e Flatley 2008). L'indagine rileva come i giovani tra i 16 e i 24 anni che dichiarano di aver frequentato locali notturni per quattro o più volte nell'ultimo mese, erano tre volte più soggetti ad aver fatto uso di ecstasy nell'ultimo anno rispetto ai coetanei che non erano soliti frequentare locali notturni (2% contro 8%) (Fig. 13.1)

Uno studio francese condotto nel 2004 e nel 2005 su 1496 giovani durante alcuni concerti di musica elettronica, ha riportato come il 32 % di coloro che hanno risposto ha dichiarato di aver fatto uso di ecstasy nel mese precedente, mentre il 13% di anfetamine (Reynaud-Maurupt et al, 2007).

Nel gruppo di coloro che si autodefiniscono "alternativi" i dati relativi alla diffusione di ecstasy e anfetamine sono rispettivamente pari al 54% e al 29% (Reynaud-Maurupt, 2007).

Cocaina

Nonostante la cocaina sia la seconda più comune sostanza stupefacente in Europa dopo la cannabis (EMCDDA, 2007), i dati relativi alla diffusione della cocaina tra gli studenti sono molto bassi. Coloro che dichiarano di averne fatto uso almeno una volta, tra gli studenti tra i 15 e i 16 anni, secondo la ricerca ESPAD, è tra l'1 e il 2 % in metà dei paesi presi in esame e nel resto si attesta tra il 3 e il 5 % (Hitbell et al., 2009; EMCDDA, 2009).

Vedi Tabella 13.1. Diffusione dell'uso di cocaina nella popolazione giovane e adulta (pag. 94).

Dei 4 milioni di europei che fanno uso di cocaina durante lo scorso anno, 3 milioni circa erano ragazzi e giovani adulti (EMCDDA 2009). La diffusione dell'uso di cocaina relativa allo scorso anno tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni è stimata sul 2,2 % circa, che tradotto equivale a 1,5 milioni di utilizzatori. In contrasto con la diffusione relativa all'uso di cannabis o ecstasy, che è più elevato tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, i dati relativi all'uso più recente di cocaina (l'ultimo anno e l'ultimo mese) sono simili tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 e quelli tra i 25 e i 34 anni (vedi tabella 13.1).

Degli 11 Paesi di cui è possibile analizzare i trend relativi all'uso di cocaina tra il 2002 e il 2007, la percentuale di giovani tra i 15 e i 34 anni che dichiarano di aver fatto uso di cocaina nell'anno precedente è cresciuta del 15% o più in cinque Paesi (Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Regno Unito), è rimasta stabile in quattro paesi (Germania, Spagna, Repubblica Slovacca, Finlandia) e si è ridotta solo in due (Ungheria, Polonia).

L'uso della cocaina è anche fortemente associato a quello di alcool. Per esempio, l'indagine britannica sui crimini 2007-8 (British Crime Survey 2007-8) ha rilevato come tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni che hanno frequentato locali per nove volte o più nel corso dell'ultimo mese, il 13,5% dichiara di aver fatto uso di cocaina durante l'ultimo anno, in contrapposizione al 1,7% di coloro che invece non hanno frequentato locali (Hoare e Flatley, 2008).

La frequentazione di locali notturni è stata anche associata ad un uso più elevato di cocaina, una percentuale vicina al 10% dei giovani dai 16 ai 24 anni che hanno frequentato locali in quattro o più occasioni durante l'ultimo mese dichiara di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno, mentre la percentuale tra coloro che non hanno frequentato i locali è solo del 3,3%. (Hoare e Flatley, 2008).

Studi condotti negli ambienti tipici della vita notturna hanno evidenziato una più alta diffusione dell'uso di cocaina tra i frequentatori di club rispetto a quello della restante popolazione (EMCDDA, 2007).

E' noto che l'alcool è quasi sempre il primo stupefacente con forti effetti psicoattivi e di alterazione della mente usato dai giovani, e la sua agevole reperibilità lo rende il principale stupefacente utilizzato dai giovani adulti che assumono più tipi di droga, in particolare negli ambienti dedicati allo svago. Altre sostanze psicoattive comunemente conosciute come ad alto livello di legalità sono sempre maggiormente percepite come alternativa alle droghe controllate.

Nel 2009, uno studio snapshot su 115 negozi on-line collocati in 17 Paesi europei ha dimostrato che una parte della produzione di erba da fumare e di pillole per i party contengono sostanze legali, alternative alle droghe controllate, che vengono normalmente spedite.

Salute e altri danni

E' ormai ampiamente riconosciuto che l'uso di droghe a scopo ricreativo può essere una fonte importante di status e svago per i giovani (Henderson et al, 2007.); esso può non solo facilitare un senso condiviso di gruppo di appartenenza e di sicurezza (Fletcher e al. 2009a), ma anche un senso di distinzione rispetto agli altri gruppi di giovani (Shildrick, 2002).

Tuttavia, dal momento che l'uso di droghe è aumentato tra le fasce più giovani della popolazione giovanile, ciò ha messo in luce i danni causati dalla droga e le preoccupazioni circa le conseguenze del consumo di droga tra gli adolescenti.

Anche se la maggior parte di questo aumento di consumo di droga tra i giovani è stato

attribuito all'utilizzo delle droghe leggere (cannabis ed ecstasy ad esempio), queste sostanze presentano ancora rischi per la salute, specialmente per i consumatori abituali, i quali sono più a rischio.

La cannabis può causare problemi di salute a breve e lungo termine, come nausea, ansia, riduzioni della memoria, depressione e problemi respiratori (Hall e Solowij, 1998; MacLeod et al, 2004; Solowij e Battisti, 2008; Hall e Fischer, 2010). Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche sugli effetti a lungo termine del consumo di cannabis sulla salute mentale degli adolescenti, si pensa che l'uso di cannabis possa aumentare il rischio di problemi di salute mentale, in particolare tra gli utenti abituali

(Hall, 2006; Moore et al., 2007) e quelli con una predisposizione per la psicosi (Henquet et al., 2005).

I consumatori abituali di cannabis possono anche sviluppare una dipendenza dalla sostanza (Melrose et al., 2007).

La reale portata dei futuri problemi di salute mentale a causa di consumo di ecstasy tra gli adolescenti non è chiara, ma i giovani consumatori di ecstasy possono essere a rischio di depressione in età avanzata e vi sono prove di come il consumo di ecstasy possa compromettere le funzioni cognitive rilevanti per l'apprendimento (Parrott et al, 1998.; Schilt et al., 2007).

La disidratazione, un rischio più immediato per i consumatori di ecstasy, può causare la perdita di coscienza, il coma e anche la morte. Inoltre, altri studi suggeriscono che l'inizio precoce e l'uso frequente di droghe leggere può essere una via potenziale per un consumo di droga più problematico con l'avanzare dell'età (Yamaguchi e Kandel, 1984; Lynskey et al, 2003.; Ferguson et al., 2006).

L'uso di cocaina può provocare dipendenza e / o gravi problemi di salute mentale e fisica, come problemi di depressione, paranoia, e complicazioni cardiache e respiratorie (Emmett e Nizza, 2006). Quindi, anche se solo una piccola minoranza di giovani fa uso di cocaina (NatCen e NFER,

2007.; Hibell et al, 2009), il loro numero è in aumento in alcuni paesi in Europa, ponendo un problema crescente di salute pubblica.

Oltre a presentare rischi diretti per la salute, l'uso di droghe durante l'adolescenza è anche associato a lesioni accidentali, autolesionismo, suicidi (Charlton et al, 1993.; Beautrais et al, 1999.; Thomas et al., 2007) e altri comportamenti 'problematici', come il sesso non protetto, aggressioni giovanili e comportamenti a rischio (Jessor et al, 1991.; Home Office, 2002; Jayakody et al, 2005.; Calafat et al., 2009). Ad esempio, un recente rapporto dell' United Kingdom Independent Advisory

Group su Salute Sessuale e HIV (2007) ha suggerito che ci sono forti legami tra uso di droghe, bere per fare baldoria e rischi per la salute sessuale, con un trend simile tra questi comportamenti pericolosi.

Inoltre, sebbene i legami tra criminalità e eroina o dipendenza da cocaina siano ben noti, vi è una crescente evidenza di legami tra uso di cannabis in età adolescenziale e reati giovanili (ad es Boreham et al., 2006).

Questo non vuol dire che ci sia necessariamente una diretta relazione causale tra l'uso di droghe in età adolescenziale e problemi sociali, ma è evidente che questi si presentino con una concentrazione maggiore tra alcuni gruppi di giovani.

Tipologia di interventi

Ci sono stati sorprendentemente pochi tentativi di sintetizzare prove relative agli interventi posti in essere nei paesi europei per affrontare l'uso ricreativo di droghe dei giovani. Qui adottiamo una

approccio tipologico per descrivere e discutere le risposte che mirano a ridurre i danni associati all'uso di droghe ricreative dei giovani.

Queste includono: (1) approcci basati su interventi focalizzati sia a livello individuale che di gruppo - Educazione scolastica sulle droghe e prevenzione, campagne sui mezzi di comunicazione di massa, colloqui motivazionali e programmi di sviluppo dei giovani - e (2) approcci di tipo ambientale che vanno a modificare gli ambienti dedicati allo svago, come discoteche, o istituzionali, come le scuole, per affrontare il contesto sociale e ambientale del consumo di droga fra i giovani.

Questo non è un elenco esaustivo di interventi in Europa che hanno come target i giovani che fanno uso di droga a scopo ricreativo. Per esempio, noi non abbiamo preso

in considerazione gli interventi che si rivolgono principalmente ai genitori dei giovani piuttosto che ai giovani stessi (vedi Petrie et al., 2007 per un'analisi sui dati relativi agli attuali programmi dedicati ai genitori).

Non vengono inoltre discusse le politiche sociali che possano incidere sui fattori macro-sociali - o 'strutturali' -, come le culture giovanili, la povertà o l'esclusione sociale, che sono associati al consumo di droga dei giovani, perché raramente mirano a ridurre specificamente i danni associati al consumo di droga a scopo ricreativo.

La depenalizzazione delle droghe, i criteri di classificazione dei farmaci, le politiche e le azioni mirate a ridurre l'offerta di droghe illecite e la vendita illegale di farmaci da prescrizione sono anche essi non trattati in questo capitolo.

Approcci individuali e di gruppo

Educazione scolastica sulle droghe e prevenzione

In Europa, l'accesso alle scuole è offerto a tutti i giovani sotto i 16 anni e queste sono ampiamente

riconosciute come luoghi chiave per gli interventi di educazione sulle droghe e sulla prevenzione che mirano a prevenire o ritardare l'uso della droga e ridurre la frequenza del consumo durante l'adolescenza (Evans-Whippet et al., 2004). Tuttavia, studi a campione e controllati (RCT) hanno evidenziato come gli interventi educativi in aula volti a migliorare le conoscenze, sviluppare le abilità e modificare i comportamenti hanno un effetto limitato sul consumo di stupefacenti dei giovani: una recente ricerca sistematica ha messo in luce come questi interventi possano avere effetti positivi, ma ha concluso che tali effetti sono piccoli, incoerenti e in genere non sostenuti (Faggiano et al., 2005).

In altre parole, l'educazione sulle droghe può promuovere l'alfabetizzazione sanitaria' degli studenti', ma non è sufficiente da sola per cambiare il comportamento dei giovani o la riduzione dei danni causati dalla droga.

Faggiano e colleghi (2005) ha scoperto che i programmi di educazione scolastica sulle droghe basati su un 'approccio globale sui condizionamenti sociali' e quelli che sono condotti da altri

studenti (e non da docenti) sembrano avere gli effetti più positivi - caratteristiche che hanno mostrato la loro positività anche in altre ricerche sull'educazione all'alcool e sugli interventi di prevenzione del fumo nelle scuole (Foxcroft et al, 2002.; Thomas e Perera, 2006).

Tuttavia, nel rivedere gli effetti dei programmi di educazione scolastica sulle droghe, Cahill (2007) ha sottolineato le difficoltà di attuazione di interventi complessi come i programmi guidati da coetanei in contesti scolastici e ha suggerito che la cautela è necessaria anche per quanto riguarda l'educazione normativa per garantire che gli adolescenti ricevono messaggi appropriati.

Una sfida chiave in Europa e altrove è quindi quello di condurre e valutare in maniera più approfondita gli effetti degli interventi basati sui programmi scolastici di educazione alle droghe e sulla prevenzione (Faggiano e Vigna-Taglianti, 2008; Ringwalt et al, 2008).

'Unplugged' ("staccato") è un esempio di programma scolastico europeo che si avvale di un modello globale di influenza sociale. Ha lo scopo di ridurre l'uso di sostanze stupefacenti dei giovani attraverso 12 sessioni interattive affrontando argomenti quali: processo decisionale, 'pensiero creativo', comunicazione efficace, capacità relazionali, consapevolezza di sé, empatia, capacità di cavarsela e rischi associati a farmaci specifici (Van Der Kreeft et al. 2009). Un recente gruppo RCT del programma 'Unplugged'

condotto in 170 scuole in sette paesi europei suggerisce che i programmi basati su tale completa socio-influenza non si sono rivelati solo fattibili nelle scuole europee, ma hanno mostrato di poter ridurre l'abituale consumo di cannabis e rallentare l'incremento giornaliero di sigarette ed episodi di ubriachezza (Faggiano et al., 2008).

Il programma ASSIST (A Stop Smoking in Scholl Trial) nel Regno Unito offre un esempio di efficace intervento "guidato da pari" di promozione della salute che è fattibile mettere in atto nelle scuole: un gruppo RCT del programma ASSIST condotto in 59 scuole del Galles ha trovato una significativa riduzione del fumo fra gli studenti coinvolti nel processo, anche tra i gruppi più ad 'alto rischio' di studenti (Campbell et al., 2008). Il programma utilizza un'analisi di rete per identificare gli studenti influenti e prepararli come sostenitori alla pari per promuovere messaggi finalizzati ad un miglioramento diffuso della salute in tutta la scuola. I ricercatori del Centre for Drug Misuse Research in Glasgow hanno recentemente sperimentato una rete di "guide alla pari" per un programma di prevenzione della droga basato su ASSIST in due scuole secondarie in Scozia; questo studio ha suggerito che è possibile educare sul fumo della canapa con questo approccio (Professore Mick Bloor, comunicazione personale). Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per esaminare gli effetti di questo intervento sul consumo di droga degli studenti e sui danni connessi alla droga.

Campagne coi mezzi di comunicazione di massa

Le campagne attraverso i mass media sono diventate uno strumento popolare tra i promotori della salute che cercano di informare i giovani circa i rischi associati all'uso di droghe ricreative e / o che cercano di incoraggiare i consumatori a ridurre l' utilizzo, cercando di limitarne al minimo il rischio di danni. Questi interventi, come nel Regno Unito la recente campagna pubblicitaria "FRANK" relativa ai problemi di salute mentale legati al consumo di cannabis ricreativa (<http://www.talktofrank.com/cannabis.aspx>), mirano ad accrescere le informazioni disponibili ai giovani e riproporre le questioni relative al consumo di droghe ricreative dei giovani come aspetti di salute pubblica. Queste campagne mediatiche di sensibilizzazione sugli effetti del consumo di droga nel Regno Unito sono state integrate con un 'credibile, non giudicante e affidabile' servizio on-line e telefonico di consulenza sulle droghe e da servizi di informazione per i giovani e per i loro genitori (Home Office et al., 2006).

Tuttavia, le campagne mediatiche che mirano a ridurre i danni associati al consumo tra i giovani

di droghe a scopo ricreativo raramente sono stati sottoposti a valutazione per esaminare i loro effetti sul comportamento, sugli atteggiamenti o sull'intenzione di chi fa uso di droghe - e laddove sono state esaminate, i risultati non sono sempre stati positivi. Un'indagine nazionale della United States Anti-Drug Media Campaign per la valutazione della campagna antidroga ha suggerito che le campagne mediatiche hanno poco o nessun effetto sul cambiamento di comportamento una volta che i giovani hanno iniziato a far uso di droghe (Orwin et al., 2006), e possono anche avere effetti nocivi, dal momento che i giovani che sono stati esposti alla pubblicità hanno mostrato una più alta probabilità di dichiarare l'uso di cannabis o l'intenzione di consumo di cannabis (Hornik et al., 2008).

Simili risultati negativi sono stati segnalati in un'altra indagine scozzese su larga scala relativa alla campagna sul'uso di cocaina 'Conoscere il punteggio': due quinti (41%) degli intervistati ha dichiarato che la campagna aveva reso più probabile il loro volerne sapere di più sulla cocaina e il 12% riteneva che la campagna avesse incrementato la possibilità di sperimentare la sostanza (Phillips e Kinver, 2007). Una meta-analisi sulla valutazione di campagne mediatiche finalizzate alla riduzione dell'uso

di fumare, di bere o di droga da Derzon e Lipsey (2002) ha reso evidente come le campagne con messaggi sulla capacità di resistenza si sono rivelate avere gli effetti più nocivi e sono state associate con dati significativamente maggiore all'uso di sostanze rispetto a quelli osservati nel gruppo di controllo.

Flay e colleghi (1980) hanno suggerito che i fattori chiave per cambiare il comportamento attraverso le campagne mediatiche di promozione della salute sono: la ripetizione di informazioni in un lungo periodo di tempo, attraverso più fonti e in tempi diversi (tra cui 'prime' o momenti ad alta esposizione).

Gli interventi attraverso i mezzi di comunicazione di massa offrono l'opportunità di raggiungere specifici gruppi target all'interno un lasso di tempo breve (HDA, 2004).

Tuttavia, a livello di popolazione le campagne mediatiche richiedono un significativo investimento finanziario (Hornik, 2002) e sono in competizione in un mercato sempre più affollato con una gamma di altre informazioni a disposizione di giovani (Randolph e Viswanath, 2004).

Interventi brevi

Approcci basati sullo screening precoce del consumo di droga dei giovani e brevi interventi per il cambiamento del comportamento, come ad esempio colloqui motivazionali, sono stati rigorosamente valutati nel Regno Unito e altrove (Tait e Hulse, 2003; Tevyaw e Monti, 2004).

Sviluppato da Miller e Rollnick, il colloquio motivazionali è stato definito come un metodo direttivo 'centrato sull'utente, per migliorare la motivazione intrinseca al cambiamento esplorando e risolvendo l'ambivalenza '(Miller e Rollnick, 2002). L'analisi suggerisce come sia possibile offrire interventi faccia a faccia come il colloquio motivazionale a giovani tossicodipendenti in una vasta gamma di luoghi, come ad esempio centri giovanili, scuole di perfezionamento, pronto soccorsi e ambulatori di medicina generale '(Gray et al, 2005;. Martin et al, 2005;. McCambridge et al, 2008.), e dove brevi interventi motivazionali che utilizzano i principi dell'intervista hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre l'uso di droga dei giovani (Tait e Hulse, 2003; McCambridge e Strang, 2004; Tevyaw e Monti, 2004; Grenard et al, 2006).

Dall'analisi dei dati emersi da studi di brevi interventi di colloqui motivazionali, Tevyaw e Monti (2004) hanno trovato prove consistenti di una correlazione tra questo approccio e la riduzione dei problemi legati all'uso di sostanze e delle conseguenze negative di questo, la diminuzione dell'uso di stupefacenti e la crescita dell'impegno nel trattamento, inoltre questi effetti sembrano essere maggiori fra i giovani che avevano dichiarato, prima di cominciare il trattamento, le modalità di consumo più gravi e la minore motivazione al cambiamento. I ricercatori hanno anche trovato prove che a partire da un 'unica sessione' di colloquio motivazionale è possibile ridurre significativamente l'uso di cannabis tra i consumatori pesanti e limitare l'incremento nell'uso problematico di sostanze tra quei giovani considerati ad "alto rischio" (McCambridge e Strang, 2004). Tuttavia, sebbene le prove esistenti suggeriscano che su interventi brevi il colloquio motivazionale può incoraggiare i giovani a moderare l'uso della droga nel breve termine, questo approccio è improbabile che abbia effetti a lungo termine da solo (e McCambridge Strang, 2005) e quindi necessita di far parte di un approccio più globale per portare alla riduzione del danno. Ulteriori ricerche sono necessarie anche per esaminare gli elementi essenziali dei colloqui motivazionali e i loro effetti sui processi di sviluppo durante l'adolescenza (McCambridge e Strang, 2004;. McCambridge et al, 2008).

Inoltre, il colloquio motivazionale è un intervento complesso e richiede professionisti per giungere ad uno sviluppo delle competenze e delle esperienze nel

tempo con la finalità di condurlo in modo professionale. Come tale, è probabile che sia difficile replicare e valutare i diversi interventi esistenti in tutta Europa, mentre contemporaneamente esiste una limitata capacità di fornire gli interventi stessi.

Sviluppo giovanile

I programmi di sviluppo del lavoro giovanile con gruppi di adolescenti mirano a promuovere il loro sviluppo personale, l'autostima, le aspirazioni positive e i buoni rapporti con gli adulti al fine di ridurre i comportamenti potenzialmente dannosi, come l'uso di droghe (Quinn, 1999). Oltre ad accrescere gli interessi dei giovani, le loro capacità e abilità, i progetti per i giovani offrono anche la possibilità di distogliere i ragazzi dal consumare droghe, impegnandosi in fonti più positive di intrattenimento, inoltre i giovani animatori sono in grado di fornire messaggi credibili di salute e punti di riferimento significativi per i servizi sanitari. C'è stato un notevole interesse da parte del mondo politico relativo allo sviluppo degli interventi dedicati ai giovani come un mezzo alternativo per ridurre l'uso di droghe tra i giovani. Per esempio, nel Regno Unito i programmi di lavoro giovanile destinati a persone socialmente svantaggiate e 'escluse', sia giovani che appartenenti ad e altri gruppi 'a rischio', sono stati sostenuti dal governo, compresi nuovi progetti giovanili basati sullo sviluppo di comunità, come l'iniziativa Positive Futures e il Young People's Development Programme (Department for Education and Skills, 2005).

Le valutazioni degli interventi di sviluppo dei giovani destinati a giovani vulnerabili hanno risultati di tipo diverso: anche se alcuni studi riportano che gli interventi di sviluppo dei giovani hanno avuto effetti positivi (Philliber et al, 2001;.. Michelsen et al, 2002), altri suggeriscono che questi interventi possono essere inefficaci (Grossman e Sipe, 1992) o addirittura dannosi (Palinkas et al. 1996; Cho et al, 2005; Wiggins et al, 2009). Sembra che il coinvolgimento in tali programmi possa comportare un aumento nel consumo di stupefacenti laddove: i giovani vengano stigmatizzati (o 'etichettati'), riducendo ulteriormente la loro autostima e le loro aspirazioni, e / o a causa degli effetti nocivi legati alle reti sociali che nascono attraverso l'aggregazione dei giovani ad 'alto rischio', che vengono così introdotti dai coetanei all'utilizzo di nuove sostanze (Bonell e Fletcher, 2008). Per esempio, in uno studio basato su un intervento dedicato a studenti ad alto rischio delle scuole superiori (Cho et al., 2005), è emerso come la maggiore partecipazione al programma previsto ha portato all'accrescimento del senso di cameratismo tra i giovani e risultati più negativi tra i quali una maggiore diffusione del consumo di cannabis e alcool (Sanchez et al., 2007).

Gli interventi di sviluppo giovanile è quindi più probabile si dimostrino maggiormente appropriati ed efficaci laddove vengano condotti in contesti generali per evitare l' 'etichettatura' negativa e gli effetti negativi legati alla rete dei rapporti sociali associati al raggruppamento di giovani ad 'alto rischio'. Negli Stati Uniti, i programmi di sviluppo condotti nei dopo-scuola e nei gruppi giovanili che promuovono l'impegno civico e l'apprendimento attraverso il principio di 'servire e imparare' – il coinvolgimento nel volontariato, la riflessione sul servizio di volontariato, gruppi di discussione, classi di sviluppo sociale e di sostegno all'apprendimento- si sono dimostrati efficaci nel ridurre una vasta gamma di comportamenti a rischio tra cui l'utilizzo di stupefacenti e la gravidanza adolescenziale (Michelsen et al, 2002;.. Harden et al, 2009).

Laddove i giovani animatori si rivolgano a gruppi di giovani ad 'alto rischio', 'staccati', i servizi di base possono essere più appropriati al fine di evitare gli effetti dannosi legati alla rete sociale a causa dell'aggregazione di questi giovani ad alto rischio

nei centri giovanili, anche se questo necessita di ulteriori valutazioni (Fletcher e Bonell, 2008).

Tra le esperienze di strada legate a progetti per i giovani vi sono il programma *Conversas de Rua* a Lisbona (<http://www.conversasderua.org/>) e l'iniziativa di un gruppo di giovani di Derry, in Irlanda del Nord, chiamata 'Off the Streets'.

Approcci basati sull'ambiente

Approcci di tipo ambientale finalizzati alla promozione della salute hanno le loro radici nel World Health Organization's (WHO) Health for All initiative e nell'Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, 1986).

La Carta di Ottawa ha sostenuto che la salute è influenzata dall'ambiente in cui le persone imparano, lavorano, giocano e amano, integrando una nuova concezione della promozione della salute, e segnando l'inizio di questo nuovo approccio (Young, 2005).

Sono considerati principi chiave necessari a raggiungere una condizione impostata alla promozione della salute la creazione di un ambiente sano e l'integrazione della promozione della salute nella programmazione delle attività quotidiane (Baric, 1993).

A partire dalla fine del 1980, gli interventi di promozione della salute sono stati ampiamente consolidati, apportando cambiamenti alle caratteristiche degli ambienti sia ricreativi come le discoteche, che istituzionali come scuole, per affrontare i condizionamenti sociali e ambientali legati al consumo di sostanze dannose.

Interventi negli ambienti ricreativi

Gli studi sui giovani in Europa che frequentano gli eventi musicali e per ballare, hanno evidenziato con regolarità un rapporto maggiore con la diffusione del consumo di droghe rispetto ai sondaggi sulla popolazione generale (OEDT, 2006a). Un "paradigma egemonico del divertimento notturno" è stato utilizzato per comprendere in che modo l'uso di droghe ricreative e l'ambiente condizionino gli svaghi e le relazioni sociali durante il fine settimana di molti giovani, e per comprendere il significato dei loro comportamenti attraverso una partecipazione intensiva (Calafat et al., 2003).

L'industria del tempo libero quindi non fornisce solo servizi, ma contribuisce anche a definire l'intrattenimento e creare le condizioni in cui avviene l'uso di droghe. A sua volta, c'è una vasta gamma di comportamenti a rischio associati all'uso di droghe in questo contesto (ad esempio la violenza, i rapporti sessuali a rischio, i comportamenti rischiosi alla guida), e questi si sono mostrati influenzati da fattori quali un 'atmosfera permissiva' (Homel e Clark, 1994; Graham et al, 2006), il sovraffollamento (Macintyre e Homel, 1997), i segnali sessuali espliciti (Homel et al, 2004; Graham et al, 2006.) le abitudini di circolazione (Calafat et al, 2009.).

Una vasta gamma di interventi ora mirano a cambiare il contesto fisico e / o sociale e le norme culturali negli ambienti ricreativi per affrontare le condizioni e le influenze associate gli ambienti in cui si verifica più frequentemente il consumo di droga a scopo ricreativo da parte dei giovani, come gli ambienti legati alla vita notturna e i festival musicali, e dei danni potenziali derivanti dall'uso in tali contesti. Per esempio, diverse organizzazioni in Europa hanno lanciato le linee guida per una più sicura vita notturna.

Le linee guida "Safer Dancing" ("Ballare sicuro"), sviluppato nel Regno Unito, sono ormai uno strumento importante in questo campo. Altri esempi sono l'iniziativa di sicurezza notturna a Holstebro, in Danimarca, e l'iniziativa London Drug Policy Forum 'Dance Till Dawn'.

Le linee guida sui locali sicuri mirano a ridurre le opportunità di problemi legati alla droga che possono verificarsi in questi ambienti e comprendono la promozione dell'accesso gratuito all'acqua, la disponibilità immediata di primo soccorso e la prevenzione basata sulla stretta collaborazione con i giovani che lavorano nelle discoteche.

Rapporti sulla diffusione di tali misure, in locali notturni con un target sufficientemente grande per l'intervento da attuare, sono stati raccolti dall'Osservatorio nel 2008 (OEDT, 2009). Queste analisi hanno messo in evidenza la limitata disponibilità di semplici misure per prevenire o ridurre i rischi per la salute e l'uso di droga negli ambienti notturni europei. Per esempio, si è riscontrato che il lavoro di prevenzione basato sulla sensibilizzazione del maggior numero di discoteche è stato condotto in solo due su 20 paesi europei (Slovenia e Lettonia), mentre l'acqua libera non era ancora normalmente disponibile in nove dei 20 paesi. Inoltre, mentre 12 paesi ora riferiscono di aver sviluppato delle linee guida per i locali notturni, questi vengono monitorati e applicati solo nei Paesi Bassi, Slovenia, Svezia e Regno Unito.

L'intervento più largamente diffuso negli ambienti ricreativi sono le linee guida sul consumo responsabile di bevande (RBS), a supporto del personale e dei gestori nelle strategie di riduzione del danno. Un recente revisione sistematica, tuttavia, ha concluso che non ci sono prove attendibili che questi interventi siano efficaci nel prevenire le lesioni o altri danni (Ker e Chinnock, 2008; vedi anche Herring et al., 2010). Approcci basati sulla comunità possono produrre un servizio più competente e effetti più significativi.

Per esempio, Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems (STAD) è una comunità basata su un programma di prevenzione che è iniziato nel 1996 a Stoccolma per promuovere la mobilitazione di comunità, la formazione del personale del bar sulle RBS e la rigorosa applicazione delle esistenti licenze di alcool e le leggi sulla droga: la valutazione ha rilevato una diminuzione dei problemi alcol-correlati, un aumento del rifiuto di servire minorenni e una riduzione del 29% delle risse (Wallin e Andréasson, 2005).

Tuttavia, su larga scala gli interventi di comunità rischiano di essere costosi e necessitano di un impegno politico. Inoltre altri fattori possono limitare la conformità di un servizio responsabile, come i salari bassi, l'avvicendamento del personale e un ambiente di lavoro stressante, inoltre l'efficacia di tali interventi è probabile possa essere incrementata se applicato come principio di legge (Ker e Chinnok, 2008; Wallin e Andréasson, 2005).

Interventi promettenti che necessitano di ulteriori valutazioni sono divieti del vetro negli ambienti ricreativi (Forsyth, 2008) e la creazione di linee guida in collaborazione tra locali con licenza e i servizi di pronto soccorso (Wood et al., 2008). Alcuni locali notturni in Europa hanno ora un servizio di primo soccorso all'interno, ma non siamo a conoscenza di eventuali valutazioni della loro efficacia. Grazie a ulteriori ricerche e alla collaborazione efficace tra promotori di salute, i locali notturni e il settore delle bevande alcoliche possono essere cruciali per la riduzione dei danni associati al consumo di droghe ricreative dei giovani. Tuttavia, la costruzione di rapporti tra questi settori non è semplice. 'Codici di buona pratica' possono essere i mezzi più appropriati per facilitare l'impegno in tutti i settori (Graham, 2000). Allo stato attuale, sembra che ci sia una certa riluttanza a imporre una maggiore responsabilità attraverso l'applicazione della legge. L'analisi della Tackling Alcohol Related Street Crime (TASC) a Cardiff fornisce un esempio di un intervento ampio e sfaccettato attuato in larga misura dalla polizia che ha prodotto una riduzione della violenza nei locali in questione, anche se ulteriori ricerche sono necessarie per esaminare la fattibilità di introdurre le forze

dell'ordine negli interventi sugli ambienti di vita notturna, più in generale (Maguire et al., 2003).

Infine, i test antidroga in loco sono stati un argomento controverso per diversi anni e sembrano essere sempre meno comuni in Europa. Gli argomenti principali contro i test sono la limitata possibilità ambientale di individuare con precisione le sostanze nocive, dall'utilizzo dei suddetti test sono infatti emerse valutazioni contraddittorie causate dall'assunzione di sostanze legali (OEDT, 2006b).

Interventi scolastici globali

Dopo la nascita degli approcci ambientali di promozione della salute, i tradizionali programmi scolastici in aula sulle sostanze sono stati gradualmente accompagnati da ulteriori strategie nelle scuole che si sono indirizzati più 'a monte' alla ricerca dei fattori ambientali, sociali e culturali relativi al consumo di droga tra i giovani, come il disimpegno degli studenti e l'uso di marinare la scuola. L'origine di questo nuovo approccio per la promozione della salute nelle scuole è attribuito ad una conferenza dell'OMS nel 1989 che ha portato alla pubblicazione della pubblicazione *The Healthy School* (Young e Williams, 1989). A seguito di questa relazione, gli approcci globali alla scuola hanno ricevuto supporto continuo da reti internazionali, quali WHO, the European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) e l'International School Health Network (ISHN) (WHO, 1998; McCall et al., 2005).

Da un'analisi basata su dati trasversali di 10 paesi europei, e di Canada e Australia, Nutbeam e colleghi (1993) hanno evidenziato un rapporto coerente tra 'alienazione' nella scuola secondaria e comportamenti di dipendenza, come l'uso di fumo, alcool e droga, e ha evidenziato come 'le scuole possono danneggiare la salute'.

Ulteriori analisi di questi dati ha suggerito che la percezione degli studenti di essere trattati in modo equo, la sicurezza a scuola e insegnanti di sostegno sono stati correlati all'uso di sostanze (Samdal et al., 1998).

Tre analisi più recenti su studi sperimentali sistematici relativi agli 'interventi di promozione della salute in tutta la scuola', che apportano modifiche alle scuole nell'ambiente fisico, nella governance e nella gestione, nelle politiche e nelle pratiche educative, hanno scoperto che questi approcci sembrano essere 'promettenti' per la riduzione di una vasta gamma di comportamenti rischiosi per la salute tra i giovani (Lister-Sharpe et al, 1999.; Mukoma e Flisher, 2004; Fletcher et al, 2008). L'analisi di Fletcher e colleghi ha evidenziato come i cambiamenti sull'ambiente scolastico e l'aumento della partecipazione degli studenti, il miglioramento delle relazioni insegnante-studente, la promozione di un ethos scolastico positivo e la riduzione del disimpegno sono associati ad un utilizzo ridotto di stupefacenti.

Il Progetto Gatehouse in Australia è uno degli esempi più noti (<http://www.rch.org.au/gatehouseproject/>).

Anche se esistono vari percorsi che sono plausibilmente alla base degli effetti della scuola sul consumo di droga e sui danni ad essa associati, sono stati identificati tre percorsi che evidenziano l'influenza della scuola sull'uso di sostanze: gruppo dei pari e uso di droga come fonte di identità e di legame tra studenti che sono scollegati dai principali indicatori istituzionali di status; il desiderio di assimilazione degli studenti all'interno di scuole percepite come poco rassicuranti, e / o l'uso di droghe come una strategia di fuga per gestire le ansie dei compiti scolastici per le quali nelle scuole mancano efficaci sistemi di supporto sociale (Fletcher et al. 2009b).

Esistono ulteriori fattori che supportano un approccio globale alla scuola finalizzato a ridurre l'uso di droghe: il riconoscimento dei risultati ottenuti dai vari

studenti, la promozione di un senso di appartenenza, la riduzione del bullismo e dell'aggressività, e un ulteriore sostegno sociale per gli studenti.

Discussione

Ci sono dati considerevoli sulla diffusione del consumo di droghe ricreative tra i giovani nei Paesi europei, e le conseguenze negative per la salute e altri danni. Tuttavia, gran parte dei dati riguardanti la diffusione complessiva del consumo di droga tra giovani è emersa attraverso le indagini scolastiche e non possiamo pensare di escludere dai modelli di consumo comune di droga i giovani che hanno scarsa partecipazione a scuola e coloro che sono stati esclusi dalla scuola sulla base di questi sondaggi, ci sono anche problemi pratici con raccolta affidabile dei dati sulla base delle dichiarazioni sull'uso degli studenti di farmaci a scuola (McCambridge e Strang, 2006).

Una rilevazione basata sull'esperienza di strada, come il Vancouver Gioventù Drug Reporting System (VCH, 2007), potrebbe quindi andare ad integrare gli attuali sistemi di monitoraggio in Europa. Tuttavia, le indagini europee in corso sono in grado di monitorare la diffusione e le tendenze e permettono confronti transnazionali riguardo all'uso di droga dei giovani.

In risposta alle preoccupazioni del pubblico e della politica relative alle conseguenze dannose dell'uso delle droghe tra i giovani, una vasta gamma di interventi sono stati attuati in tutta Europa e altrove.

Non esiste un 'proiettile magico', e le strategie di riduzione del danno, in questo contesto è necessario comprendono sia strategie globali, che mirate che cerchino di prevenire o ritardare l'uso di droghe, ridurre la frequenza del consumo di droghe durante l'adolescenza, e di apportare modifiche agli ambienti a rischio.

Campagne mediatiche possono essere politicamente importanti, ma sembrano essere in gran parte inefficaci (e a volte controproducenti). Se i mass media vogliono continuare a svolgere un ruolo di informazione per i giovani circa i rischi associati all'uso di droghe ricreative, ed essere promotori di salute, dovrebbe progettare campagne mediatiche in collaborazione con i giovani e - anche se è difficile attribuire cambiamenti nel comportamento ai mass media - tali campagne dovrebbero essere sottoposte a prove pilota, prima del 'roll-out'. In futuro le campagne attraverso i mass media dovrebbero fornire un facile accesso alle informazioni attraverso Internet e le linee di consulenza telefonica.

In base alle prove in corso, i programmi scolastici mostrano una maggiore capacità di impedire ai giovani di iniziare l'uso di droghe in giovane età.

I modelli di influenza sociale gestiti con programmi basati sulla 'diffusione di un approccio innovativo' sono gli esempi più promettenti per l'istruzione e la prevenzione della droga nelle scuole, e quindi dovrebbe essere pilotati e valutati più ampiamente in Europa.

Interventi che promuovano un ethos positivo a scuola e la riduzione della disaffezione degli studenti e delle assenze ingiustificate possono essere un complemento efficace agli interventi nelle scuole sull'educazione e la prevenzione delle droghe. Interventi nelle scuole a livello di messa a fuoco dei rischi "più a monte" dovrebbero essere organizzati anche ora e valutati in Europa per il loro potenziale di riduzione del danno.

Il colloquio motivazionale mostra promesse notevoli in una vasta gamma di impostazioni, tra cui tra i giovani con il più pesante modelli di consumo.

Tuttavia, le interviste motivazionali richiedono risorse ingenti e dove esistono investimenti insufficienti, questo avrà un impatto sul potenziale di riduzione del danno. Nuovi programmi di formazione sui colloqui motivazionali dovrebbero quindi essere

considerati una priorità nei Paesi europei, inizialmente per potenziare la capacità di un maggiore intervento in contesti ricreativi e tra i professionisti che lavorano con giovani ad alto rischio.

Approcci aggiuntivi di sviluppo dei giovani sembrano essere più appropriate ed efficaci, piuttosto che come alternativa alla scuola, come dopo-scuola e scuola-vacanza utili per promuovere l'autostima, le aspirazioni positive, le relazioni di sostegno e di apprendimento attraverso il principio di 'servire e imparare', che si basa sul volontariato nella comunità locale.

Inoltre, la sua attenzione attraverso gruppi di pari, così come la sua una maggiore portata e flessibilità, individuale, potrebbe essere la via più appropriata e un approccio efficace per raggiungere i giovani ritenuti a 'alto rischio'.

Questi approcci dovrebbero essere oggetto di ulteriore valutazione in Europa con i gruppi ad alto rischio.

Forse la maggiore preoccupazione attuale è la mancanza di accordo e di orientamento su cosa fare negli ambienti ricreativi in Europa per ridurre i danni causati dalla droga. Ci sono poche leggi politiche che regolamentano la maggior parte degli 'abituati' contesti in cui i giovani fanno uso di droghe ricreative, come i luoghi di vita notturna e i festival musicali.

Linee guida per promuovere l'accessibilità libera all'acqua, la disponibilità immediata al primo soccorso e i servizi di sensibilizzazione sono state attuate con effetti promettenti in alcuni (ma non in tutti) i Paesi europei. Questi dovrebbero essere ottenuti trasformandole in leggi, dove possibile, ed attraverso ulteriori sforzi per incoraggiare un servizio responsabile relativo all'alcool e ridurre gli altri comportamenti a rischio.

Riferimenti

- Ball, A. (2007), 'HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response', *Addiction* 102, pp. 684–90.
- Baric, L. (1993), 'The settings approach: implications for policy and strategy', *Journal of the Institute of Health Education* 31, pp. 17–24.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. and Mulder, R. T. (1999), 'Cannabis abuse and serious suicide attempts', *Addiction*, 94, pp. 1155–64.
- Bonell, C. and Fletcher, A. (2008), 'Addressing the wider determinants of problematic drug use: advantages of whole-population over targeted interventions', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 267–9.
- Boreham, R., Fuller, E., Hills, A. and Pudney, S. (2006), *The arrestee survey annual report: Oct. 2003–Sept. 2004, England and Wales*, Home Office, London.
- Cahill, H. W. (2007), 'Challenges in adopting evidence-based school drug education programmes', *Drug and Alcohol Review* 26, pp. 673–9.
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying nightlife in Europe: the role of moderation*, Irefrea, Palma de Mallorca.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., et al. (2009), 'Traffic risk behaviors at nightlife: drinking, taking drugs, driving, and use of public transport by young people', *Traffic Injury Prevention* 10, pp. 162–9.
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., et al. (2008), 'An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial', *Lancet* 371, pp. 1595–602.
- Charlton, J., Kelly, S. and Dunnell, K. (1993), 'Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths', *Population Trends* 7, pp. 34–42.
- Cho, H., Hallfors, D. D. and Sanchez, V. (2005), 'Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth', *Journal of Abnormal Child Psychology* 33, pp. 363–74.
- Department for Education and Skills (2005), *Every child matters: change for children, young people and drugs*, Her Majesty's Stationery Office, London.
- Graham, K. (2000), 'Preventive interventions for on-premise drinking: a promising but under researched area of prevention', *Contemporary Drug Problems* 27, pp. 593–668.
- Graham, K., Bernards, S., Osgood, D. W. and Wells, S. (2006), 'Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs', *Addiction* 101, pp. 1569–80.
- Gray, E., McCambridge, J. and Strang, J. (2005), 'The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: quasi-experimental pilot study', *Alcohol and Alcoholism* 40, pp. 535–9.
- Grenard, J. L., Ames, S. L., Pentz, M. A. and Sussman, S. (2006), 'Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems', *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 18, pp. 53–67.
- Grossman, J. B. and Sipe, C. L. (1992), *Report on the long-term impacts (STEP program)*, Public/Private Ventures, Philadelphia.
- Hall, W. (2006), 'The mental health risks of adolescent cannabis use', *PLoS Medicine* 3, p. e39.
- 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.*
- Hall, W. and Solowij, N. (1998), 'Adverse effects of cannabis', *Lancet* 352, pp. 1611–16.
- Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A. and Oakley, A. (2009), 'Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies', *BMJ* 339, b4254.
- HDA (Health Development Agency) (2004), *The effectiveness of public health campaigns*, Health Development Agency, London.
- Henderson, S., Holland, J., McGrellis, S., Sharpe, S. and Thompson, R. (2007), *Inventing adulthoods: a biographical approach to youth transitions*, SAGE, London.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., et al. (2005), 'Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people', *BMJ* 330, pp. 11–16.
- 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.*
- Hibell, B., Anderson, B., Bjarnsson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., et al. (2009), *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- Hoare, J. and Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Her Majesty's Stationery Office, London.
- Home Office (2002), *Updated national drugs strategy*, Her Majesty's Stationery Office, London.
- Home Office, Department of Health, Department for Education and Skills (2006), *FRANK review*, Her Majesty's Stationery Office, London.
- Homel, R. and Clark, J. (1994), 'The prediction and prevention of violence in pubs and clubs', *Crime Prevention Studies* 3, pp. 1–46.
- Homel, R., Carvolth, R., Hauritz, M., McIlwain, G. and Teague, R. (2004), 'Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions?', *Drug and Alcohol Review* 23, pp. 19–29.
- Hornik, R. (2002), 'Public health communication: making sense of contradictory evidence', in *Hornik, R., Public health communication: evidence for behavior change*, Erlbaum, Mahwah.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A., and Kalton, G. (2008), 'Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths', *American Journal of Public Health* 98, pp. 2229–36.
- Independent Advisory Group on Sexual Health and HIV (2007), *Sex, drugs, alcohol and young people: a review of the impact drugs and alcohol has on the sexual behaviour of young people*, Department of Health, London.
- Jayakody, A., Sinha, S., Curtis, K., et al. (2005), *Smoking, drinking, drug use, mental health and sexual behaviour in young people in East London*, Department of Health/Teenage Pregnancy Unit, London.
- Jessor, R., Donovan, J. E. and Costa, F. M. (1991), *Beyond adolescence: problem behaviour and young adult development*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ker, K. and Chinnock, P. (2008), 'Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, Art. No. CD005244.
- 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.*
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. and Sowden, A. (1999), 'Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews', *Health Technology Assessment* 3 (22), pp. 1–207.
- Lynskey, M. T., Heath, A. C., Bucholz, K. K., et al. (2003), 'Escalation of drug use in early onset cannabis users vs co-twin controls', *JAMA* 289, pp. 427–33.
- McCall, D. S., Rootman, I. and Bayley, D. (2005), 'International school health network: an informal network for advocacy and knowledge exchange', *Promotion and Exchange* 12, pp. 173–7.
- McCambridge, J. and Strang, J. (2004), 'The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people', *Addiction* 99, pp. 39–52.
- McCambridge, J. and Strang, J. (2005), 'Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people', *Addiction* 100, pp. 470–8.
- McCambridge, J. and Strang, J. (2006), 'The reliability of drug use collected in the classroom: what is the problem, why does it matter and how should it be approached?', *Drug and Alcohol Review* 25, pp. 413–18.
- McCambridge, J., Slym, R. L. and Strang, J. (2008), 'Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early information among young cannabis users', *Addiction* 103, pp. 1819–20.
- Macintyre, S. and Homel, R. (1997), 'Danger on the dance floor: a study of interior design, crowding and aggression in nightclubs', in *Homel, R. (ed.) Policing for prevention: reducing crime, public intoxication and injury*, Criminal Justice Press, New York.
- MacLeod, J., Oakes, R., Oppenkowski, T., et al. (2004), 'How strong is the evidence that illicit drug use by young people is an important cause of psychological or social harm? Methodological and policy implications of a systematic review of longitudinal, general population studies', *Lancet* 363, pp. 1579–88.
- Maguire, M., Morgan, R. and Nettleton, H. (2003), *Reducing alcohol-related violence and disorder: an evaluation of the 'TASC' project*, Home Office, London.
- Martin, G., Copeland, J. and Swift, W. (2005), 'The adolescent cannabis check-up: feasibility of a brief intervention for cannabis users', *Journal of Substance Abuse Treatment* 29, pp. 207–13.
- Melrose, M., Turner, P., Pitts, J. and Barrett, D. (2007), *The impact of heavy cannabis use on young people: vulnerability and youth transitions*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Michelsen, E., Zaff, J. F. and Hair, E. C. (2002), *A civic engagement program and youth development: a synthesis*, Child Trends, Edna McConnell Clark Foundation, New York.

- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002), *Motivational interviewing: preparing people for change*, Guildford Press, London.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., et al. (2007), 'Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review', *Lancet* 370, pp. 319–28.
- Mukoma, W. and Flisher, A. J. (2004), 'Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies', *Health promotion International* 19, pp. 357–68.
- NatCen and NFER (2007), *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2006: headline figure*, NHS Information Centre, London.
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L. and Bauman, A. (1993), 'Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour', *Journal of Paediatric and Child Health* 29, pp. S25–S30.
- Orwin, R., Cadell, D., Chu, A., et al. (2006), *Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign*, NIDA, Rockville.
- Palinkas, L. A., Atkins, C. J., Miller, C. and Ferreira, D. (1996), 'Social skills training for drug prevention in highrisk female adolescents', *Preventive Medicine* 25, pp. 692–701.
- Parrott, A. C., Lees, A., Garnham, N. J., Jones, M. and Wesnes, K. (1998), 'Cognitive performance in recreational users of MDMA or "ecstasy": evidence for memory deficits', *Journal of Psychopharmacology* 12, pp. 79–83.
- Petrie, J., Bunn, F. and Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research* 22, pp. 177–91.
- Philliber, S., Williams, K., Herrling, S. and West, E. (2001), 'Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the Children's Aid Society-Carrera Program', *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34, pp. 244–51.
- Phillips, R. and Kinver, A. (2007), *Know the score: cocaine wave 4 - 2006/07 post-campaign evaluation*, Scottish Executive Research Group, Edinburgh.
- Quinn, J. (1999), 'Where need meets opportunity: youth development programs for early teens', *The Future of Children* 9, pp. 96–116.
- Randolph, W. and Viswanath, K. (2004), 'Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world', *Annual Review of Public Health* 25, pp. 419–37.
- Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., et al. (2007), *A Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif «musiques électroniques»*, TRENDS, Observatoire Français des Drogues et des Toxicodépendances.
- Ringwalt, C., Vincus, A. A., Hanley, S., et al. (2008), 'The prevalence of evidence-based drug use prevention curricula in U.S. middle schools in 2005', *Prevention Science* 9, pp. 276–87.
- Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. and Kannas, L. (1998), 'Achieving health and educational goals through school: a study of the importance of the school climate and the student's satisfaction with school', *Health Education Research: Theory and Practice* 13, pp. 383–97.
- Sánchez, V., Steckler, A., Nitirat, P., et al. (2007), 'Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of Reconnecting Youth', *Health Education Research* 22, pp. 95–107.
- Schilt, T., Maartje, M., de Win, M. L., et al. (2007), 'Cognition in novice ecstasy users with minimal exposure to other drugs: a prospective cohort study', *Archives of General Psychiatry* 64, pp. 728–36.
- Shildrick, T. (2002), 'Young people, illicit drug use and the question of normalization', *Journal of Youth Studies* 5, pp. 35–48.
- Solowij, N. and Battisti, R. (2008), 'The chronic effects of cannabis on memory in human: a review', *Current Drug Abuse Reviews* 1, pp. 81–98.
- Tait, R. J. and Hulse, G. K. (2003), 'A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug', *Drug and Alcohol Review* 22, pp. 337–46.
- Tevyaw, T. O. and Monti, P. M. (2004), 'Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance use: foundations, applications and evaluations', *Addiction* 99, pp. 63–75.
- Thomas, J., Kavanagh, J., Tucker, H., et al. (2007), *Accidental injury, risk-taking behaviour and the social circumstances in which young people (aged 12–24) live: a systematic review*, EPPI-Centre, London.
- Thomas, R. E. and Perera, R. (2006), 'School-based programmes for preventing smoking', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, Art. No. CD001293.
- Van Der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., et al. (2009), '"Unplugged": a new European school programme against substance abuse', *Drugs: education, prevention and policy* 16, pp. 167–81.
- VCH (Vancouver Coastal Health) (2007), *2006 Vancouver youth drug reporting system: first results*, Vancouver Coastal Health Authority, Vancouver.
- Wallin, E. and Andréasson, S. (2005), 'Effects of a community action program on problems related to alcohol consumption at licensed premises', in Stockwell, T., Gruenewald, P. J., Toumbourou, J. W. and Loxley, W. (eds) *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*, John Wiley, West Sussex.
- Wiggins, M., Bonell, C., Sawtell, M., et al. (2009), 'Health outcomes of a youth-development programme in England: prospective matched comparison study', *British Medical Journal* 339, pp. 2534–43.
- Wood, D. W., Greene, S. L., Alldus, G., et al. (2008), 'Improvement in the pre-hospital care of recreational drug users through the development of club specific ambulance referral guidelines', *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 3, p. 14.
- WHO (World Health Organization) (1986), *The Ottawa Charter for Health Promotion*, World Health Organization, Copenhagen.
- WHO (1998), *HEALTH21: an introduction to the Health For All policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series No. 5)*, World Health Organization, Copenhagen.
- Yamaguchi, K. and Kandel, D. B. (1984), 'Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: predictors of progression', *American Journal of Public Health* 74, pp. 673–81.
- Young, I. (2005), 'Health promotion in schools: a historical perspective', *Promotion and Education* 12, pp. 112–17.
- Young, I. and Williams, T. (1989), *The healthy school*, Scottish Health Education Group, Edinburgh.

Sezione 2

La Riduzione del Danno in Italia

DROGA E RIDUZIONE DEL DANNO: DA PILASTRO SOCIOSANITARIO A MODELLO ALTERNATIVO DI POLITICHE PUBBLICHE

Questione Giustizia, n.2/2010 - Grazia Zuffa

Il termine "riduzione del danno" ha ormai una storia ventennale alle spalle. Si ritiene comunemente che la riduzione del danno sia nata in Europa e si sia affermata in risposta all'emergenza Hiv: in un'ottica di sanità pubblica, la priorità d'intervento si è spostata dalla "lotta alla droga" (l'eliminazione del consumo) alla riduzione del rischio di contrarre e trasmettere una malattia grave come l'Aids, tramite la prevenzione rivolta ai consumatori di eroina per via iniettiva. Da qui il progressivo decollo dei programmi di scambio siringhe nonché dei trattamenti prolungati con farmaci psicoattivi (metadone, ma non solo), con obiettivi altri dall'astinenza. Da qui lo sforzo più generale di anteporre la difesa della salute dei consumatori all'applicazione della legge penale e al mantenimento dell'ordine pubblico.

Già questa sintetica panoramica sugli esordi della riduzione del danno ci mostra la sua ambizione strategica di lunga lena. Per certi versi, non c'è da stupirsi che a distanza di venti anni essa sia ancora al centro del dibattito e del conflitto sulla politica delle droghe: da poco più di un anno la riduzione del danno è diventata il riferimento delle forze riformatrici a livello globale. Per altri versi, c'è da chiedersi che cosa rimanga oggi della riduzione del danno in un contesto storico politico così diverso dagli anni novanta e in uno scenario di altre emergenze oltre lo Aids. E ancora: quali siano i punti forza che guidano la sua capacità di espansione, ben oltre il continente europeo; quali invece i punti critici che danno conto delle perduranti resistenze ad abbandonare la retorica bellica della *lotta* alla droga, per abbracciare la via pragmatica del *contenimento* dei rischi legato al consumo. Che è come dire: riorientare la politica delle droghe, passando dalla "soluzione finale" del problema alla "convivenza" coi consumi (e coi consumatori) di sostanze psicoattive. Questo, in sintesi, il cambio di passo scandito dalla riduzione del danno.

Cominciamo a disegnare a larghi tratti il mutamento di scenario accennato. Si è appena detto che la riduzione del danno nasce in risposta all'emergenza Aids. Questa è la lettura prevalente specie in Italia, tuttavia è assai riduttiva e per certi versi perfino fuorviante. E' vero che l'epidemia Hiv è la contingenza storica che ha permesso di vincere le resistenze politiche, rendendo drammaticamente evidente il conflitto fra la logica punitiva e quella di tutela della salute pubblica. Tuttavia, la riduzione del danno prende avvio da una crisi assai più generale di "governo" urbano. Essa nasce in alcune importanti città del Nord Europa come tentativo di rispondere alla caduta di coesione sociale innescata dalle politiche di *zero tolerance*. Le "scene di droga" all'aperto sono l'espressione emblematica della disgregazione urbana che le municipalità devono fronteggiare. I parchi di Zurigo e Francoforte eletti a rifugio dai consumatori di eroina sono l'equivalente del cosiddetto "degrado urbano" (o "scene di povertà") di cui oggi sono protagonisti i migranti e le minoranze nomadi. Le ruspe di oggi che nelle città italiane distruggono le baracche e deportano i suoi abitanti rievocano le incursioni poliziesche contro i drogati che bivaccavano all'aperto. Il "pugno duro" sulla droga, sulla scia del *just say no* di Nancy Reagan preannuncia in Europa il corso neo conservatore: negli anni ottanta buona parte dei paesi europei cerca di fronteggiare "l'epidemia *junkie*" con l'inasprimento penale. E' un importante strappo al modello inclusivo di Welfare, col risultato di innescare una conflittualità sociale devastante. Eppure, ancora

a quella tradizione di convivenza sociale e civile, le città nordeuropee devono fare riferimento per superare la crisi: la riduzione del danno si inserisce a pieno titolo nella tradizione di "stato sociale di diritto", si potrebbe dire. Come scrivono Susanna Ronconi e Monica Brandoli, le città vedono nel paradigma di riduzione del danno un approccio di *building bridges*, capace di gettare i ponti fra gruppi sociali diversi, fra istituzioni diverse (da quelle repressive a quelle sociosanitarie), tra diverse percezioni del fenomeno. Non è un caso che la riduzione del danno sia nata in Europa. Non è un caso che sin dall'inizio si sia posta come alternativa sociale e "umanitaria" al modello statunitense di approccio penale "forte" del problema droga. "L'America ha qualcosa da imparare dall'Europa", scriveva l'intellettuale americano Ethan Nadelmann nel 1998, contrapponendo alla *war on drugs* americana una politica di riduzione del danno ispirata alla "ragionevolezza, alle risultanze scientifiche, alla difesa della salute pubblica, ai diritti umani".

Fra emergenza "tossicodipendenza" e "normalizzazione" dei consumi

Questa retrospettiva illumina un primo problema di interpretazione della riduzione del danno, cruciale per comprenderne gli sviluppi. Si tratta di un approccio sociosanitario fondamentalmente focalizzato sull'emergenza eroina degli anni ottanta e novanta, e in particolare sulla prevenzione della patologia Aids? Oppure si tratta di un modello di politiche pubbliche alternativo alla "lotta alla droga" (pur muovendosi all'interno delle convenzioni Onu di proibizione)? E' o non è un modello di governo (complessivo) della questione droga che ha alle spalle un paradigma originale di interpretazione dei consumi?

A seconda della risposta a questo quesito, l'orizzonte della riduzione del danno cambia. Schematicamente si può dire: nel primo caso, essa rimane sostanzialmente legata a quel particolare modello di consumo problematico, di frange marginali di popolazione in grave difficoltà economica e sociale. Questo modello non è scomparso e l'uso di eroina si va ancora estendendo in alcuni paesi dell'Est europeo. Dando uno sguardo alla Relazione 2009 dello Emcdda, si apprende che il consumo di eroina è generalmente diminuito a partire dalla seconda metà degli anni novanta, tuttavia si registrano oggi in controtendenza segnali "che la sostanza possa essersi diffusa tra le popolazioni più giovani". Inoltre, da molti anni, l'uso di eroina "di strada" è sempre più associato alla cocaina "di strada", con problemi ancora più complessi e particolari per la salute dei consumatori.

Tuttavia, bisogna essere cauti ad identificare l'uso di oppiacei (e l'eventuale aumento della prevalenza) con quel particolare modello di uso intensivo (il modello *junkie*, per intendersi)¹. Peraltro, già la diminuzione della modalità iniettiva segnala un cambiamento nello stile d'uso degli oppiacei. Più importante ancora, da diversi anni l'immagine sociale del problema droga non si identifica con "l'epidemia eroina" o con la "emergenza tossici" che dir si voglia; né tanto meno con la "emergenza Aids". Il binomio droga-marginalità non campeggia più nell'immaginario popolare-mediatico e neppure in quello dei politici. Al contrario, la politica è ossessionata dalla "normalizzazione" dell'uso di droga, come di recente ha dimostrato il "caso Morgan"²: lo scandalo è derivato dal venire alla luce di un modello non distruttivo di uso di cocaina che non impedisce (anzi, almeno con certi limiti e modalità, perfino favorisce) alti livelli di integrazione sociale. E' bene ripeterlo: stiamo parlando di percezione sociale del fenomeno droga, questione assai diversa dalla realtà dei dati epidemiologici e soprattutto dalla realtà sociale di modelli assai differenziati dei consumi. L'uso di eroina

¹ Cfr. due recenti ricerche sul consumo "controllato" di eroina (Shewan, Dalgarno, 2005; Warburton et al., 2005).

² Alla vigilia del festival di Sanremo 2010, il famoso cantante aveva dichiarato di aver fatto uso di cocaina per fronteggiare la depressione e reggere ai ritmi intensi di lavoro e di esposizione mediatica. Dopo queste ammissioni, Morgan è stato escluso dal festival.

(sempre più spesso associato a cocaina) per via iniettiva nelle fasce marginali è ancora presente, ma la sua invisibilità sociale di ritorno è favorita essenzialmente da due fenomeni. Da un lato, le politiche di sanità pubbliche adottate in Europa hanno dato i loro frutti. La diffusione del virus Hiv fra i consumatori si è drasticamente ridotta grazie al successo dei programmi di scambio siringhe. Di più: l'uso intensivo di eroina per via iniettiva ha perso attrazione fra le nuove generazioni; tanto che la presa di distanza dallo "stile tossico" (di cui la modalità iniettiva è parte fondamentale) costituisce uno dei principali strumenti che i consumatori integrati utilizzano per tenere "sotto controllo" il consumo³. Ciò significa una più diffusa cultura dell'uso sicuro, figlia dell'approccio di riduzione del danno oltre che degli specifici programmi di prevenzione ad esso ispirati.

Quanto alle "scene di droga" all'aperto, queste sono scomparse grazie agli elevati investimenti in strutture di accoglienza e in trattamenti con farmaci sostitutivi a forte integrazione sociale. Su questa linea l'ampliamento della gamma dei trattamenti fino all'introduzione di quelli con eroina in molti paesi; l'abbassamento generale della soglia per accedere alle cure; lo sviluppo dei drop in diurni, degli ostelli notturni, delle "stanze del consumo sicuro" in diverse realtà nord europee.

Le ambiguità della riduzione del danno

C'è un secondo fenomeno assai meno positivo, per dare conto del mutamento di rappresentazione della questione droga: le fasce marginali dedite all'uso "tossico" (e al piccolo spaccio) di eroina e cocaina hanno molto più di prima interesse a nascondersi: sia perché è aumentata la repressione verso il famoso "degrado urbano, sia perché sono in parte costituite da migranti clandestini. E d'altra parte le istituzioni pubbliche possono permettersi di ignorare le drammatiche condizioni di salute e di vita di questi non-cittadini. Il problema droga-povertà è coperto, in senso letterale e metaforico, dalla emergenza immigrazione, declinata come "allarme illegalità". E' "l'invasione degli stranieri" a farla da padrona e a reclamare non certo la soddisfazione dei loro bisogni di sopravvivenza, quanto al contrario la privazione dei loro diritti, a partire da quello di esistere sul nostro territorio.

Dunque, se la riduzione del danno è interpretata come una serie di interventi rivolti al consumo problematico per via iniettiva, il suo ruolo è al momento limitato per le ragioni sopradette. Soprattutto è limitata la sua capacità di espansione. Nella stessa Europa dell'est, il problema principale rimane l'uso di metamfetamine. Per non dire che l'intero continente Sud Americano ha ben altri problemi di droga dall'epidemia di eroina, come meglio vedremo tra poco. Quanto all'Europa occidentale, al calo del consumo di eroina ha corrisposto un aumento dell'uso di cannabis e di cocaina. Se la cannabis si è da qualche anno stabilizzata e mostra segni di decrescita, la cocaina è ancora in aumento in alcuni paesi, tra cui l'Italia. Ovviamente, c'è un aspetto della riduzione del danno che vale per tutte le droghe e non solo per i modelli di consumo più dannosi e problematici: la promozione dell'uso (più) sicuro. Ma è proprio quello che politicamente incontra maggiori resistenze perché confligge con l'approccio moralistico, con relativa retorica del "messaggio giusto". Non a caso le maggiori polemiche si registrano per le "stanze del consumo", ma anche per il *pill testing* e più in generale per la cosiddetta prevenzione secondaria: che altro non è che la promozione di modelli di consumo meno rischiosi, sull'esempio della prevenzione per l'alcol.

C'è da dire che fino dall'inizio la riduzione del danno ha sofferto di una certa ambiguità, ma ne ha, per certi versi, anche goduto. Il fatto di presentarla come un ampliamento e un completamento della rete dei servizi esistente ha attenuato le diffidenze. Così come la focalizzazione sui consumatori di eroina più disagiati ha potuto far appello alla

³ E' quanto emerge da diverse ricerche sul "consumo controllato" di cocaina (Decorte, 2001).

solidarietà sociale senza attenuare, anzi in certo modo sottolineando l'ostracismo verso la "peggiore sostanza del mondo", come è stata definita l'eroina. Perfino il termine "riduzione del danno" è in sintonia col più tradizionale catastrofismo morale/sanitario, che circonda le sostanze illegali. Lo stesso inserimento della riduzione del danno quale "pilastro" della politica delle droghe non è esente da contraccolpi. Da un lato, esso sancisce l'ufficiale inglobamento dell'uso di droga nell'ambito del modello di sanità pubblica, segnando così un punto di non ritorno. Dall'altro, esso delimita la riduzione del danno ad una serie di interventi che *si affiancano a* (invece di *investire e mutare l'approccio dei*) tradizionali pilastri della prevenzione, del trattamento e dell'applicazione della legge penale. La dizione scelta dagli svizzeri, che per primi hanno elevato la riduzione del danno a pilastro, è in sé illuminante delle contraddizioni: "riduzione del danno-aiuto alla sopravvivenza".

Non che di "aiuto alla sopravvivenza" non ci sarebbe bisogno, lo si è detto ma è bene ripeterlo anche a costo di stancare. Ma la sfida odierna si gioca sul terreno della pluralità dei modelli di consumo, della molteplicità delle sostanze coinvolte (il cosiddetto policonsumo), con diversi tipi di rischi e una graduazione nel livello di rischio. Ed è sempre più chiaro che il rischio non ha solo a che fare con la farmacologia, ma anche con le circostanze e le modalità dell'uso, con gli inconvenienti penali cui i consumatori possono andare incontro, con le "culture" del consumo fortemente influenzate dall'ostracismo, o al contrario, dalla tolleranza sociale verso le droghe illegali.

In altre parole, la sfida si gioca su una visione complessiva del problema droga, ovvero su un paradigma di interpretazione dell'uso di droga su cui costruire un modello di politiche pubbliche. A questo è legato oggi lo sviluppo della riduzione del danno.

Con ciò, abbiamo abbozzato una risposta all'interrogativo iniziale sulle due facce della riduzione del danno. Il quesito è stato posto in termini di *aut aut*, ma impropriamente. In realtà, la riduzione del danno è stata sia un "pilastro" nel contenere l'emergenza sanitaria e sociale del fenomeno tossicodipendenza così come si è manifestato negli anni ottanta e novanta; sia un modello di governo alternativo alla tolleranza zero. Le due facce hanno sempre convissuto, in maniera conflittuale, si potrebbe dire. La prima ha sinora prevalso, per ragioni di contingenza storica e di opportunità politica. La seconda ha la falcata del maratoneta. Di sicuro, il conflitto fra le due si sta facendo più aspro, tanto da investire il piano simbolico del linguaggio. Non a caso il governo italiano non rifiuta, almeno formalmente, alcuni interventi di riduzione del danno, ma respinge il nome, per sostituirlo con "prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni socialmente devianti" (sic!). Viene in mente "Il nome della rosa". *Stat rosa pristina nomine, nomina nuda tenemus.*

Luci e ombre di un modello riformatore

Se, come vedremo tra poco, la riduzione del danno è oggi alla ribalta della scena internazionale, ben oltre l'ambito europeo in cui è nata, si deve alla sua valenza di modello di governo riformatore nel campo delle droghe. Del resto questa era l'ambizione originaria, nelle città del Nord Europa che stilarono la famosa "carta di Francoforte", il documento conclusivo approvato nel 1990 al termine dell'incontro promosso dalle città di Amsterdam, Amburgo, Zurigo, Liverpool e Francoforte. E' bene riesaminare quel documento, per quanto così lontano. L'orizzonte politico è ovviamente mutato: ad esempio, è venuta meno la "spinta dal basso" di cui le città si facevano interpreti e l'iniziativa è passata nelle mani dei governi nazionali, tanto che alcuni (Svizzera e Germania) hanno adottato ufficialmente la politica dei quattro pilastri. Tuttavia, rimane attuale l'orizzonte strategico della Carta. "Il tentativo di eliminare le droghe e il consumo di droghe dalle nostre civiltà è fallito e pertanto dobbiamo

continuare a vivere con le droghe e con i consumatori di droghe”, si legge in premessa. L’obiettivo di un mondo *drug free* è abbandonato e con esso “la criminalizzazione del consumo che – si afferma- è in contrasto con l’aiuto e il trattamento terapeutico dei consumatori..”. Da qui, si snoda il programma di governo, municipale e nazionale: dall’azione di polizia e più in generale *dal livello penale* (- ridurre l’approccio penale al minimo necessario – riservare l’azione repressiva al traffico – separare i mercati di cannabis e di altre droghe); *alla tutela sanitaria* (-distribuire siringhe sterili –facilitare l’accesso alle terapie sostitutive con metadone – sperimentare la somministrazione di eroina medica – diffondere la pratica del *pill testing*); *alla tutela sociale* (-sviluppare l’offerta di sostegno psicosociale – sperimentare luoghi sicuri e protetti per il consumo). Al governo centrale si chiede una nuove cornice normativa: la depenalizzazione del consumo personale di tutte le droghe e la decriminalizzazione della canapa sul modello olandese.

La sintesi di questo modello riformatore è il riequilibrio “dal penale al sociale”.

Ancora più interessante è un documento di qualche anno dopo, redatto, non a caso, da esperti non solo europei: sia perché mostra l’intento egemone a livello globale della riduzione del danno, sia perché meglio esplicita la pluralità dei rischi da limitare: si spazia dai rischi sanitari (Hiv, epatite, tubercolosi, overdose); ai danni sociali, sia per i consumatori che per la collettività nel suo insieme (marginalità, devianza, “inabilità sociale”, criminalità); fino al “rischio dell’illegalità”, inteso come “il rischio che le misure repressive adottate per il controllo della droga non provochino ai consumatori e alla società in genere più danni del consumo di droga stessa”. Come si vede, questo scritto si presenta come un vero e proprio “manifesto” della riduzione del danno.

Sofferamoci proprio sul “rischio dell’illegalità”: da un lato, esso riconferma la globalità dell’approccio di riduzione del danno, con la centralità che giocoforza assume la riforma del livello penale, trattandosi di sostanze illegali; dall’altro, esplicita il paradigma che sottende il nuovo modello di governo pubblico della questione droghe: le conseguenze del consumo di droga non dipendono solo né tanto dalla chimica delle sostanze, quanto dal contesto (micro e macro contesto, sociale e normativo)⁴. Allo stesso tempo, questa lettura del “rischio dell’illegalità” ci fa capire la portata del conflitto che su di esso si è sviluppato anche in Europa in questi venti anni. Nel “manifesto” degli esperti internazionali, la criminalità e la violenza associate alla droga sono lette attraverso la lente della *responsabilità sociale*: la proibizione e il ricorso forte al penale portano con sé marginalità, stigmatizzazione, moltiplicazione della devianza. E’ proprio l’aspetto su cui più si è accanita la filosofia neo conservatrice, spostando radicalmente l’accento sulla *responsabilità e la colpevolizzazione individuale*.

Con rilevanti sfondamenti nella pur consolidata tradizione di *welfare* europea: l’Italia ne è un buon esempio, con la svolta repressiva della legge sulla droga del 2006 (voluta dal governo di centro destra e di fatto riconfermata dalla successiva maggioranza); e con l’introduzione del nuovo reato di clandestinità. Indicativo del nuovo clima è anche il movimento dei sindaci sceriffi, che, nel 2007, capofila la “progressista” città di Firenze, reclama a gran voce nuovi poteri in materia penale per colpire i comportamenti che “creano disturbo” (degli accattoni, dei lavavetri, dei senza tetto che dormono “illegalmente” sulle panchine o in baracche “abusive”): niente altro che la versione all’amatriciana del vento di *zero tolerance*, che da tempo aveva cominciato a soffiare oltre oceano, accanendosi contro i *disorderly behaviors*. Ma anche la retorica dei *values*, su cui Bush ha costruito la sua rielezione nel 2004, ha trovato un terreno europeo su cui attecchire. La politica delle droghe ne è fortemente influenzata, poiché la proibizione è per l’appunto un archetipo della tendenza a imporre i “valori” con divieti e punizioni.

⁴ E’ il paradigma “droga, set, setting”, che supera il “farmacocentrismo” della lettura medica della droga e della dipendenza (Zinberg, 1984).

Perfino il leader laburista Gordon Brown nel 2008 ha rinnegato la decriminalizzazione della cannabis in nome del fatidico “messaggio giusto”, nonostante i ripetuti pareri contrari dell’organismo di consulenza scientifica (Acmd). In un crescendo di avvimento retorico anti-droga, nel 2009 il governo britannico ha licenziato dallo Acmd il farmacologo David Nutt, che ne era presidente: reo di aver sostenuto, sulla base di evidenze scientifiche, che alcol e tabacco sono più pericolosi di molte droghe illegali, inclusi Lsd, ecstasy e cannabis⁵.

Denunciare la profondità dei danni prodotti dal “vento d’oltre oceano” non deve far dimenticare che sulla scena internazionale l’Europa della riduzione del danno ha rappresentato e rappresenta un modello di *mild policies*, alternativo alla *war on drugs* statunitense. Si può dire che il modello di riduzione del danno ha viaggiato a due velocità: il “pilastro” sociosanitario si è sviluppato in maniera più consistente, difficoltà assai maggiori ha incontrato il ridimensionamento del pilastro penale. Non solo perché la tendenza a decriminalizzare il consumo subisce significative battute d’arresto nella seconda metà del duemila (vedi gli esempi di Italia e Regno Unito di cui sopra); ma anche, e soprattutto, per la tendenza a inasprire più in generale la pressione penale e poliziesca contro i reati minori⁶.

Si veda la relazione 2009 dello Emcdda, che dedica particolare attenzione all’applicazione della legge penale nei paesi Ue. “In linea generale, il dibattito politico europeo si è indirizzato sulla via di dare priorità alle attività di interdizione dell’offerta anziché al consumo di droghe” – si dice. Tuttavia - continua il rapporto - il numero dei reati correlati all’offerta è aumentato, ma è aumentato ancora di più il *numero dei reati legati al possesso* o al consumo. Non solo. L’analisi delle sentenze mostra che le pene inflitte per lo spaccio non sono alte. Se ne deduce che “molte delle persone accusate sono gli anelli più bassi della catena di fornitura di droga; si tratta ad esempio di spacciatori da strada o di tossicodipendenti che vendono anche sostanze stupefacenti per mantenere la loro abitudine”⁷. Dunque, la tendenza punitiva non è mutata, nei fatti. Per di più, la repressione continua a puntare al basso.

Il cambio di passo in America Latina

Nonostante queste contraddizioni, il modello delle *mild policies* sta dimostrando una capacità di penetrazione fino a poco tempo fa inimmaginabile. Le nuove frontiere sono in America Latina, impegnata a conquistare l’autonomia politica dagli Stati Uniti, anche nel campo della politica delle droghe; ma anche negli Usa dell’amministrazione Obama, e perfino in sede Onu, pur tra molte resistenze.

Cominciamo dall’America Latina. Agli inizi del 2009, ha terminato i lavori una commissione di esperti di politiche delle droghe promossa dagli ex presidenti Fernando Cardoso, del Brasile, Cesar Gaviria, della Colombia, Ernesto Zedillo del Messico. Il

⁵ Illuminante la giustificazione del segretario di stato, Alan Johson, per il ben servito a David Nutt: “Il professore danneggia gli sforzi per dare al pubblico messaggi chiari (sic!) sul pericolo delle droghe”. Cfr. G.Zuffa, *il Manifesto*, 17 dicembre 2009.

⁶ Già dagli anni novanta si registra la tendenza a non punire più col carcere o con sanzioni penali il consumo personale di droga (più spesso della sola canapa), sia con la rinuncia della polizia o della magistratura ad esercitare l’azione penale, sia attraverso vere e proprie modifiche legislative. Nel 1992 la Spagna decreta come non incriminabile il semplice consumo di qualsiasi stupefacente, mentre l’Italia raggiunge lo stesso risultato col referendum del ’93. Nel 1994, in Germania, la Corte Costituzionale, sulla base del divieto costituzionale di emanare sanzioni sproporzionate all’entità del reato, esclude le misure penali contro i consumatori di marijuana. In Francia e in Belgio, i ministeri della Giustizia emanano direttive agli organi giudicanti affinché considerino il consumo di canapa “la priorità più bassa del codice penale”. Il trend continua sino agli inizi del duemila. Il Portogallo (2001) depenalizza l’uso personale di tutte le droghe, mentre il Lussemburgo (2001) e il Belgio (2003) aboliscono le sanzioni penali per l’uso di canapa, sostituendole con misure amministrative, quali ad esempio multe poco gravose. Infine, nel 2003, il Regno Unito, seguendo le indicazioni del proprio prestigioso organo di consulenza scientifico, lo Acmd, modifica la classificazione della canapa contenuta nella legge del 1971, in tal modo escludendo le sanzioni penali per il consumo (se non in casi limitati e specifici di particolari aggravanti). Pochi anni dopo, il governo tornerà sui propri passi, come si è visto.

⁷ Emcdda, Relazione annuale 2009, p.12.

rapporto della prestigiosa commissione reca un titolo di grande pregnanza: “Droghe e democrazia, verso un cambio di paradigma”. Si apre con una dichiarazione che non lascia spazio ad incertezze. “E’ imperativo cambiare la strategia della *war on drugs* – affermano i tre ex capi di stato - poiché la violenza e il crimine organizzato intorno al traffico di droga sono problemi critici per l’America Latina di oggi e la situazione peggiora giorno per giorno”. La crescita del potere della criminalità legata alla droga ha portato alla “criminalizzazione della politica e alla politicizzazione del crimine”, perché la corruzione si è infiltrata nelle forze dell’ordine, nel sistema giudiziario, nella vita politica in generale. Il cuore della denuncia riguarda i riflessi di una guerra di cui l’America Latina costituisce il teatro. Mentre gli interventi, sempre più estesi, di sradicamento delle coltivazioni illegali non sono riusciti a far calare la produzione di coca, di converso le fumigazioni hanno prodotto più di due milioni di sfollati fra i contadini, oltre alle migliaia di profughi colombiani che fuggono dalle zone dei combattimenti. In più, la repressione indiscriminata ha causato la stigmatizzazione dei consumatori e la criminalizzazione degli usi tradizionali come quello della foglia di coca. Il “cambio di paradigma” auspicato ricalca il modello riformatore dell’Europa: depenalizzare il consumo e concentrare la repressione sul traffico; trovare alternative davvero valide alle coltivazioni illegali di coca e cannabis, compreso il loro utilizzo per prodotti legali (medicinali, tè, tessuti); investire risorse sul versante sociosanitario, in particolare sulla riduzione del danno. Il manifesto dei Presidenti non è l’auspicio di una minoranza “illuminata”: la svolta è già in corso, poiché il Brasile, il Messico e l’Argentina hanno da poco allentato la morsa penale sul consumo. Quanto alla Bolivia di Evo Morales, il presidente stesso si è presentato in persona a Vienna nel 2009, all’appuntamento di revisione della strategia Onu antidroga, denunciando l’iniquità della proibizione della foglia di coca prevista nei trattati internazionali.

Traspare dal documento la centralità geopolitica della questione droghe, poiché la *war on drugs* molto ha contribuito a rendere il Sud America il “cortile di casa” militarizzato degli Stati Uniti. Perciò, fare i conti con quella guerra è parte cruciale del risveglio democratico e di sviluppo economico e sociale di quei paesi. Ma non appare affatto scontato che la svolta sud americana abbia preso a modello le politiche europee, se solo si pensa alla separazione storicamente creatasi fra paesi consumatori e paesi produttori: i primi accusati di essere all’origine del problema con la domanda sostenuta di sostanze psicoattive, pur scaricando sui secondi il pesante fardello della “lotta alla droga”. Se ciò è, si deve all’attrattiva intrinseca della riduzione del danno, più che alla capacità dei paesi europei di esercitare egemonia politica oltre oceano. E’ l’attrazione di un modello ispirato ad ideali forti, quali la tolleranza, la coesione sociale, l’eguaglianza nel rispetto delle differenze, il riconoscimento di diritti fondamentali; un modello che per di più si rivela anche duttile nella sua applicazione. Il principio di riduzione del danno guida una più ragionevole ipotesi di sostituzione delle coltivazioni illegali, ad esempio: promuovendo il coinvolgimento dei contadini nella ricerca di colture alternative commercialmente valide al posto delle incursioni militari di distruzione dei territori. Ma può anche ispirare più efficaci soluzioni per combattere i mercati illegali. Si possono allontanare dai quartieri la droga “senza ricorrere necessariamente ad arresti di massa” poiché l’incarcerazione dovrebbe essere mirata non a chi consuma ma a chi commette reati violenti, in modo da “favorire mercati più pacifici”: questo passo è tratto niente di meno che dallo *World Drug Report 2009*, il rapporto redatto dall’agenzia Onu sulle droghe, lo Unodc. Siamo nel cuore della Chiesa della proibizione, nel sacrario ove si custodiscono le convenzioni internazionali sulle droghe come se fossero le tavole della Legge. Eppure, qualche sprazzo riformatore si è infiltrato fin lì.

restando all’Onu, si può dire che la riduzione del danno ha aiutato a far emergere il conflitto di fondo fra la *machinery* Onu sulle droghe, orientata alla repressione (non a

caso l'agenzia si intitola alla droga e al crimine); e il mandato generale delle Nazioni Unite, di promozione dei diritti umani. Quegli stessi diritti umani che vengono calpestati in molti paesi in nome del controllo internazionale della droga. Cruciale, da questo punto di vista, la critica del rapporteur sulla tortura, Manfred Nowak, e del rapporteur sul diritto alla salute, Anand Grover, al documento che si stava predisponendo in vista della revisione della strategia decennale sulle droghe del marzo 2009. Nella lettera ufficiale alla presidenza della Cnd, si denuncia il silenzio sui programmi di scambio siringhe e di metadone, che nel mondo non sono disponibili per la "stragrande maggioranza delle persone che ne avrebbero necessità"; così come sugli abusi nell'applicazione della legge penale, compresa l'extradizione verso i paesi che praticano la pena di morte e non hanno adeguati standard di diritti civili. Tutto ciò in violazione della Convenzione internazionale contro la tortura e le pene degradanti. Peraltro, in occasione della giornata della droga 2009, gli stessi due Rapporteur hanno scritto una lettera aperta apparsa sul New York Times. Le violazioni dei diritti umani denunciate sono agghiaccianti: trenta stati mantengono la pena di morte per reati di droga e la sola Cina ha eseguito dieci condanne per "celebrare" la giornata mondiale 2009 contro la droga; negli Stati Uniti e in molti altri paesi, le prigioni scoppiano perché piene di consumatori che hanno commesso reati minori non violenti; in Russia, migliaia di persone che usano eroina non hanno accesso al metadone perché il governo l'ha bandito.

Obama e la crisi della war on drugs

Già esaminando queste denunce, si vedono gli schieramenti che si fronteggiano in sede di politica globale delle droghe: i "duri" (Stati Uniti, Russia, Cina, Giappone, vari stati dittatoriali del terzo mondo) da una parte, e i sostenitori delle "politiche miti" (i paesi europei principalmente).

Una posizione scomoda per gli Stati Uniti, quando il terreno di battaglia diventa il rispetto dei diritti umani. Una posizione ancora più scomoda per l'America di Obama. Ed infatti, alla Cnd del marzo 2010, si è registrato un primo spostamento: la leadership dei duri è passata alla Russia, che si è opposta con intransigenza sia alla menzione della riduzione del danno che ai diritti umani. Gli Stati Uniti hanno mantenuto l'opposizione di principio al termine, ma per la prima volta hanno accettato i riferimenti ai programmi di scambio siringhe e ai programmi con oppiacei a mantenimento.

Il mutamento di linea verso lo scambio siringhe è un evento che i commentatori politici hanno ampiamente sottovalutato. Non dimentichiamo che il bando ai finanziamenti federali a questi programmi segnò l'avvio del *just say no* nell'America reaganiana. Nel dicembre 2009, dopo ventuno anni, il senato americano ha tolto questo divieto. E' una svolta storica, per certi versi paragonabile all'introduzione della riforma sanitaria. Con la copertura sanitaria, si è assicurato il diritto alla salute ai cittadini americani, ma lo sdoganamento della prevenzione per l'Aids è destinato ad avere influenza in tutto il mondo per il ruolo leader degli Stati Uniti.

Questa non è l'unica riforma attuata sotto Obama. Dopo trentacinque anni, lo stato di New York ha eliminato le famigerate *Rockefeller drug laws* che imponevano lunghe carcerazioni anche per i reati minori di droga. Subito dopo si è avverata un'altra promessa elettorale. Il dipartimento di Giustizia ha posto fine ai raid della polizia federale contro i medici e i pazienti che usano la canapa ad uso medico negli stati dove questo è consentito. Inoltre, l'Amministrazione sta lavorando per superare la disparità di trattamento penale fra i reati per il crack e quelli per la cocaina. Le norme più dure per il crack non hanno mai avuto altra giustificazione se non quella di colpire la minoranza afroamericana, che usa prevalentemente questa forma di cocaina basata.

La migliore sintesi del new deal americano l'ha fornita il nuovo zar antidroga, Gil Kerlikowske in un'intervista della primavera 2009 al *Wall Street Journal*: "Hai voglia a

spiegare alla gente che la guerra alla droga è una guerra al prodotto e non alle persone – ragiona lo zar - le persone la vivono come una guerra contro di loro. Ma in questo paese non facciamo guerra alle persone”.

Dunque anche l’America si muove verso riequilibrio delle politiche antidroga a favore di un approccio di salute pubblica. Una linea di (prudente) riforma che la maggioranza dei paesi europei ha imboccato da tempo. Così come l’assistenza sanitaria per tutti, introdotta con tanta fatica da Obama, è stata in Europa la prima pietra del *welfare*, molto tempo fa. Per l’America liberista e puritana, ambedue le riforme segnano un approdo storico. E’ presto per valutare le concrete ricadute di questi primi passi e non si possono escludere contraccolpi.

Una cosa è certa: lo scenario mondiale sulle droghe è in sommovimento e la riduzione del danno, declinata come modello di politiche pubbliche “miti”, guida il cambiamento.

Oltre la politica dei quattro pilastri

Rimane da vedere se la riduzione del danno, in quanto pilastro sociosanitario, è in grado di rispondere al mutamento dei consumi. Cerchiamo di completare il quadro tracciato all’inizio, con uno sguardo all’offerta di servizi. Per i trattamenti, il filone più sviluppato riguarda il metadone a mantenimento, con una stima di 650.000 persone che ricevono questa forma di terapia sostitutiva nel territorio dell’Unione Europea. Questa offerta è ben articolata nell’Europa occidentale, ancora insufficiente nell’Est. Quanto alle droghe diverse dagli oppiacei (cocaina, altri stimolanti, cannabis), “la disponibilità di servizi e *la nostra comprensione di ciò che rappresenta una cura efficace* sono meno sviluppati” – informa lo Emcdda. Dunque l’offerta terapeutica rimane focalizzata sugli oppiacei. L’approccio di riduzione del danno ha favorito la netta espansione del metadone a mantenimento, la novità più rilevante nell’ambito dei servizi dagli anni novanta in poi.

Ma l’analisi dell’Osservatorio Europeo pecca di “farmacocentrismo”. Non si tratta solo di fronteggiare sostanze diverse, né di cimentarsi con l’abbinamento di alcol e sostanze illegali; quanto piuttosto di imparare a conoscere la pluralità dei modelli di consumo e a “comprendere” le carriere di consumo, ossia l’evolversi dei modelli d’uso nel tempo. La normalizzazione dell’uso di droga ha diversi significati. Il termine indica, secondo l’accezione comune, lo spostamento in un’area di maggiore tolleranza sociale di un comportamento in precedenza identificato come deviante. Ma – come conseguenza – allude anche ad una modalità di lettura delle droghe illegali che ricalca quella dell’alcol. Dunque, una lettura che sa cogliere le differenze negli stili di consumo, alcuni sicuramente intensivi e dannosi, altri rischiosi, la gran parte moderati/controllati. Ancora, una lettura dell’uso di sostanze psicoattive che permette di cogliere una varietà di rischi che non si identificano con la “patologia” della dipendenza. Da questo punto di vista, gli studi inaugurati negli anni ottanta da Norman Zinberg sui modelli di consumo di droghe illegali diversi dall’uso compulsivo/dipendente hanno aperto nuovi scenari. Soprattutto sono preziosi gli studi recenti sull’uso di cocaina: in primo luogo, perché ci mostrano i meccanismi psicologici e sociali che permettono alla maggioranza dei consumatori di mantenere il controllo sull’uso di cocaina; e perché, ancora più importante, ci mostrano una dinamica insospettata delle carriere di consumo, con una frequente alternanza fra periodi di uso “controllato” e “meno controllato”, ma con una tendenza generale verso la moderazione⁸. Lo studio di queste carriere apre scenari nuovi per i servizi, che si sono sviluppati a partire dal paradigma “malattia”: focalizzando sulle proprietà additive delle sostanze e ipotizzando una “storia naturale” del consumo

⁸ Le ricerche sul consumo di cocaina nei setting naturali condotte da P.Cohen ad Amsterdam e da T.Decorte ad Anversa mostrano che solo una piccola parte dei consumatori ha aumentato progressivamente i consumi: il 3,1% nella prima ricerca olandese (1987), lo 11,1% nella seconda (1991), il 3,6% nella ricerca di Anversa (1997). Uno studio pilota condotto in Toscana, seppure con un numero di intervistati (48) che non permette confronti, riconferma questa tendenza Cfr. Decorte (2000), p.147; Report ricerca sui consumi giovanili nei setting naturali (2009).

di droghe illegali verso la dipendenza. E poiché la dipendenza è vista come una patologia “cronica e recidivante”, il modello di presa in carico punta prevalentemente sulla (lunga) permanenza in trattamento delle persone che chiedono aiuto.

Con ogni evidenza, è un modello che non può essere attrattivo per una larga fascia di consumatori, anche regolari: i quali possono attraversare fasi di consumo più intenso, ma hanno anche altri rischi da fronteggiare, relativi al contesto (*setting*) di consumo, o all’illegalità della sostanza usata.

Citiamo ad esempio: l’uso in situazioni inappropriate, che può compromettere la salute o la tenuta sociale del consumatore; la non conoscenza degli effetti acuti delle sostanze; l’intossicazione acuta e l’overdose; l’insicurezza delle sostanze per l’illegalità del mercato; la stigmatizzazione e l’etichettamento per lo status di illegalità delle droghe; gli effetti delle sostanze stesse che possono assumere dignità di sintomi, acuti e/o cronici (ad esempio, disturbi dell’umore e/o clinici internistici). Particolare attenzione andrebbe rivolta ai poliabusatori e ai policonsumatori di sostanze legali e illegali, che spesso rappresentano una parte assai poco consapevole di questa popolazione. In questa categoria ci sono persone che quotidianamente attingono ad abusi plurimi (per i quali dunque gli interventi di riduzione del danno si applicano alla lettera), accanto ad altri (forse i più) che attingono a questi comportamenti in modo episodico (e per i quali è più appropriato parlare di riduzione dei rischi. Tutto ciò richiederebbe non solo lo sviluppo di nuovi programmi di riduzione dei rischi e di promozione di modelli d’uso sicuro, ma anche un “riorientamento” degli indirizzi e dei modelli operativi dell’intero sistema dei servizi. In quanto paradigma (che segue l’approccio “dal basso” e mira a potenziare le abilità dei consumatori), la riduzione del danno può ispirare il necessario rinnovamento dei servizi. Ad esempio, sviluppando programmi “leggeri” per i consumatori che attraversano periodi di diminuito controllo, cercando di assecondare e potenziare la “naturale” evoluzione delle traiettorie d’uso verso la moderazione. Su questa linea, si possono ampliare gli obiettivi dei trattamenti, valorizzando gli spostamenti verso modelli più controllati (lo step down).

Ma per far ciò, la riduzione del danno deve essere riconosciuta come un principio che informa di sé anche la terapia e la prevenzione. Guardando alla “normalità” dei consumi per comprendere i fenomeni di abuso, e non viceversa.

Con ciò siamo tornati agli interrogativi iniziali: siamo pronti ad accettare l’equivalenza fra droghe legali e illegali?

Riferimenti bibliografici

- Bagozzi, F., Cipitelli C. (a cura di) (2008), *In buona sostanza. Scenari, servizi e interventi sul consumo di cocaina e il ritorno dell'oppio*, Iacobelli editore, Roma
- Blickman T. (2010), "L'Onu e la droga, il fronte dei duri orfano degli Usa", in *il Manifesto*, 7 aprile
- Brandoli M., Ronconi S. (2007), *Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo fra penalizzazione e Welfare*, Franco Angeli, Milano
- Cohen P., (1999), "Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy", in *International Journal of Drug Policy*, 10.
- Cohen P., Sas A. (1993), *Ten years of cocaine. A follow up study of 64 cocaine users in Amsterdam*, Department of Human Geography, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)
- Cohen P., Sas A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures, *Addiction Research*, 2, 1, 71-94)
- Cohen P., Sas A. (1995), Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986, Department of Human Geography, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)
- Corleone F., Zuffa G., (a cura di) (2005), *La guerra infinita. Le droghe nell'era globale e la svolta punitiva in Italia*, Edizioni Menabò, Ortona
- Decorte Tom (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Brussels
- Decorte T. (2001), Drug users' perceptions of controlled and uncontrolled use, in *International Journal of Drug Policy*, 12.
- Decorte T., Slock S. (2005), *The taming of cocaine II- A 6 year follow up study of 77 cocaine and crack users*, VUB University Press, Brussels
- Drugs and Democracy: toward a paradigm shift*. Statement by the Latin American Commission on drugs and Democracy (www.drugsanddemocracy.org)
- Emcdda, *Relazione Annuale 2009*. Evoluzione del fenomeno droga in Europa.
- Fazey C. (2003), "The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme" in *The International Journal of Drug Policy*, vol.14, issue 2
- Jelsma M. (2003), "Drugs in the UN system: the unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs", in *The International Journal of Drug Policy*, cit.
- Marlatt A.G. (ed.) (1998), *Harm Reduction. Pragmatic strategies for managing high risk behaviors*, The Guilford Press, New York
- Nadelmann E., Cohen P, Drucker E., Locher U., Stimson J., Wodak A., (1994), *The Harm Reduction approach to drug control: international progress* (paper).
- Nadelmann E. (1998), "Contro la droga, una politica basata sul buon senso", in *Quaderni di Fuoriluogo*, n.5
- O'Hare P., Newcombe R., Matthews A., Buning E.C., Drucker E. (1994), *La riduzione del danno*, EGA, Torino
- Report di ricerca sui consumi giovanili di cocaina nei setting naturali in Toscana* (2009), paper
- Shewan D., Dalgarno P. (2005), "Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland): evidence for controlled use?", in *British Journal of Health Psychology*, 10.
- Warburton W., Turnbull P.J., Hough M.(2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Report published by the Joseph Rowntree Foundation
- Zinberg N.E. (1984), *Drug, set and setting*, Yale University Press, New Haven
- Zuffa G. (2001), *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Sellerio, Palermo (II edizione)
- Zuffa G. (2004), "Dal sociale al penale. Quali prospettive per le politiche sulle droghe?", in *Questione Giustizia*, n.1, Franco Angeli, Milano
- Zuffa G. (2005), "Canapa, politica e scienza negli anni duemila", in Zimmer L., Morgan J.P., *Marijuana i miti e i fatti*, Vallecchi, Firenze.

Ricerca-azione sui servizi a bassa soglia in Italia*

A cura della
Provincia di Milano

in collaborazione con
Coordinamento Nazionale Comunità d'Accoglienza
Anno 2009

* Relazione Finale del Progetto di ricerca azione: Tossicodipendenze, servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi.

Reperibile all'indirizzo:

http://www.provincia.milano.it/export/sites/default/giovani/doc/reprt_bassa_soglia.doc

LA BASSA SOGLIA IN ITALIA: I PRINCIPALI RISULTATI DELLA RICERCA DEL CNCA E DELLA PROVINCIA DI MILANO

Grazia Zuffa

Una panoramica sui servizi di bassa soglia è offerta da una ricerca sulla bassa soglia e sull'accesso al sistema dei servizi condotta nel 2009 dalla provincia di Milano in collaborazione col Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, a cura di Antonella Camposeragna.

Sul territorio nazionale risultano 157 servizi, suddivisi in sei tipologie: 1-Servizi di accoglienza diurni (*drop in*); 2-Servizi di accoglienza notturna; 3- Servizi di accoglienza su 24 ore; 4- Unità di strada per tossicodipendenti; 5- Unità di strada *loisir*. Le prime quattro tipologie agiscono nell'ambito della riduzione del danno sociale, oltre che sanitario, essendo rivolte a persone dipendenti in condizioni di marginalità: le prestazioni base consistono nella distribuzione di materiale di profilassi (siringhe e profilattici), nell'ascolto, nel *counselling*, nell'informazione sulle sostanze e l'educazione all'uso più sicuro. La quinta tipologia agisce nell'ambito della riduzione dei rischi, rivolgendosi ai consumatori e/o ai consumatori problematici: le prestazioni base riguardano informazioni sulle sostanze e sull'uso più sicuro, oltre che fornitura di materiale di screening, come etilometri e narcotest. C'è infine un'ultima tipologia, dove sono raggruppati interventi altri, quali i servizi di pronta accoglienza residenziale: nel caso specifico si tratta di comunità terapeutiche che hanno progressivamente abbassato la soglia fino ad offrire momenti di "tregua" dalla vita di strada sull'esempio dei *drop in*, ma in maniera più continuativa e strutturata.

Da un'analisi più approfondita su un campione di 57 servizi, si ricavano informazioni preziose sulle funzioni e sulla collocazione della bassa soglia nel sistema socio sanitario. Oltre il 60% dei servizi è costituito da unità di strada, di cui solo il 20% agiscono nei luoghi di divertimento, le altre sono rivolte alla marginalità. I *drop in* costituiscono circa il 30% dei servizi, mentre i centri notturni appaiono assolutamente residuali. Le prestazioni più diffuse sono quelle già citate (ascolto, distribuzione di siringhe e profilattici, informazione ed educazione sanitaria, *counselling*), ma anche "filtro e orientamento ad altre strutture", "invio ai servizi sanitari", "invio ai servizi sociali", "accompagnamenti", "segretariato sociale": tutte attività squisitamente di rete. Ciononostante, i rapporti con gli altri servizi non sono per lo più formalizzati con procedure o protocolli, ma si fondano sul rapporto interpersonale tra operatori. Perfino nel rapporto coi Sert, la maggioranza degli invii avviene per via informale (nel 58,2% dei casi). Come sempre l'informalità ha un duplice aspetto: facilita l'agilità e la flessibilità degli interventi, ma li espone alla precarietà e alla discontinuità.

Nonostante la riduzione del danno sia stata importata in Italia dal Nord Europa con qualche anno di ritardo, queste tipologie di servizi hanno ormai una storia consolidata alle spalle: il 40% di questi è attivo da oltre dieci anni. Eppure, la gran parte delle attività è ancora finanziata "a progetto", come se fossero in fase sperimentale: gli interventi ricevono fondi da Regioni ed Enti locali, solo il 27% è effettivamente integrato nei servizi per le dipendenze, con finanziamento dell'Azienda Sanitaria Locale.

Ancora più interessante la parte qualitativa della ricerca, con interviste in profondità rivolte a gruppi di operatori di Roma, ma non solo, più un'intervista con

personale dei servizi di Perugia. Nelle interviste sono indicati con chiarezza i punti forza e le aree problema della bassa soglia. Il principale punto forza è l'emersione del "sommerso", negli anni sempre più costituito da consumatori altamente problematici e/o in condizioni di marginalità estrema: policonsumatori, alcolisti, senz'altro, stranieri senza permesso di soggiorno. In particolare, nel campione esaminato gli stranieri arrivano al 18% (e fino al 27% nel Sud Italia).

Tuttavia, proprio la capacità di intercettare la domanda non raggiunta dai servizi più formalizzati porta con sé il principale problema: la difficoltà di interlocuzione con la rete dei servizi offre ridotte possibilità di avviare l'utenza della bassa soglia al circuito sanitario e sociale "normale". Il problema è particolarmente acuto per le persone con patologie psichiatriche e diagnosi di dipendenza (la cosiddetta doppia diagnosi), per l'assenza di contatti strutturati coi Dipartimenti di Salute Mentale. A complicare il tutto, "non esiste una vera e propria rete dei servizi strutturata, neppure tra gli attori pubblici"- lamentano gli operatori. Il che influisce anche sui fenomeni di consumo più recenti, come l'uso più diffuso e intensivo di cocaina: questi consumatori bussano alla bassa soglia per ricevere un supporto di *counselling*, ma non trovano un gradino successivo di intervento mirato alle loro esigenze, col risultato che il contatto si esaurisce. L'isolamento della bassa soglia ha riflessi ancora più sensibili negli interventi di *loisir*, dove "sono aumentati i policonsumatori..e se poi stanno male è raro che tornino nella rete dei nostri servizi"- precisano gli intervistati.

Interessanti alcune esperienze in Umbria, che permettono di cogliere la funzione complessa della bassa soglia quale volano della domanda "nascosta", capace di influenzare la salute pubblica e la sicurezza del territorio. La prima riguarda un centro notturno di bassa soglia sospeso già dal 2006. La sua mancanza ha prodotto un maggior numero di ricoveri ospedalieri nonché "una ricaduta negativa sul territorio, con una maggiore occupazione di case abbandonate e fatiscenti che ha portato all'innalzamento del conflitto sociale". Anche i consumi ne sono influenzati, "con un consistente aumento del consumo di alcol, utilizzato come risposta immediata al freddo.

Quanto alla seconda esperienza, il potenziamento del "punto di ristoro sociale" che ha permesso ai tossicodipendenti l'accesso diretto alla mensa senza più invii specifici (e limitati) da parte del Sert, l'aumento del numero dei pasti è indice di successo. Il soddisfacimento di un bisogno si traduce nella consapevolezza di un diritto; ma anche in maggiore coesione sociale, "per la risposta positiva, in termini di comportamenti, di chi si sente maggiormente integrato nel settore sociale"

Analisi dei dati qualitativi raccolti: le interviste di gruppo ed i case report

Le interviste agli operatori

Analizzando i dati della mappatura e facendo alcuni approfondimenti, è emerso che lo sviluppo dei servizi di Riduzione del danno in Italia è stato condizionato anche dai diversi gradi di applicazione dell'atto di intesa Stato regioni.

Infatti alcune Regioni (Lombardia, Veneto) hanno in parte assorbito, all'interno dei loro servizi accreditati, le funzioni di pronta accoglienza, filtro e counselling che in altre Regioni sono rimasti patrimonio di servizi ad hoc. In queste Regioni si riconosce alla riduzione del danno la valenza trattamentale anche se non finalizzata all'uscita dalla condizione di dipendenza.

In altre Regioni è rimasta uno specifico progettuale.

Per questo motivo è stato scelto di fare due interviste pilota a due diversi gruppi di operatori.

Dalle interviste emerge l'aspetto sperimentale dei primi progetti e il radicarsi di tali progetti/servizi all'interno della rete dei servizi resi. L'aspetto peculiare è che il ventaglio delle offerte di servizi si è costruito ascoltando le richieste e i bisogni degli utenti e degli operatori. Molti servizi di RDD sfumano in servizi di prima accoglienza/bassa soglia e utilizzano tutta la rete dei servizi. Ancor più che nei servizi trattamentali (comunità o psicoterapie) è evidente la necessità di fornire una vasta gamma di offerte.

I servizi possono essere servizi sia sociali che sanitari e spesso il loro finanziamento è legato alle sensibilità degli amministratori locali che hanno voluto attivare piani di zona specifici e non indistinti (sia i comuni di Roma che di Perugia hanno attivato servizi ad hoc ma il problema delle dipendenze patologiche non sempre è rientrato nei piani di zona).

Negli anni i servizi hanno subito dei cambiamenti nel ventaglio delle opportunità ma hanno anche subito un ridimensionamento delle offerte come la diminuzione degli orari di apertura. In molti casi i servizi sono stati assorbiti da altri servizi generici (in Italia i dormitori specifici sono diminuiti) che, però, non sempre accolgono l'utenza tossicodipendente.

Le Unità di strada hanno fatto emergere il sommerso e facilitato l'accesso ai servizi. Negli anni sono stati i termometri del cambiamento dei consumi (sono loro che hanno registrato la diffusione della cocaina su strada) e del cambiamento generale dell'utenza (aumento di stranieri, aumento di tossicodipendenti con patologie psichiatriche).

Le équipes

L'équipe dei servizi di riduzione del danno è esposta quotidianamente a rischi tutti diversi e tutti importanti. C'è un rischio biologico poiché gli operatori sono esposti alla vicinanza di siringhe ed altri materiali già usati e potenzialmente infetti, anche in circostanze difficili come quella dell'overdose, dove è possibile che ci sia calca intorno, con sempre chi frema per intervenire con manovre improbabili, in ambienti fisici sempre sporchi, spesso scomodi e a volte con poca luce. C'è il rischio sociale, infatti gli operatori devono far attenzione per esempio a non mettersi nelle condizioni di apprendere informazioni su atti illeciti o partecipare a espliciti conflitti tra le persone. C'è il rischio psicologico che è implicito quando ci si confronta con chi sta male ed in particolare,

come è per l'utenza dei servizi di riduzione del danno, con persone multiproblematiche ovvero portatrici di diverse forme di disagio. E tutte gravi.

Il lavoro di riduzione del danno per la sua peculiarità di svolgersi in contesti ambientali non sempre fissi e con utenti spesso sempre diversi, rende impossibile la definizione di un setting esterno condiviso, perciò l'unico modo per ridurre tutti i rischi elencati è quello di costruire per ciascun operatore dell'equipe un setting interno rigorosamente strutturato col quale confrontarsi in ogni situazione operativa. E' come se l'unico modo per l'operatore di un servizio di riduzione del danno di proteggersi dai numerosi rischi è il ricorso ad un'alta professionalità fondata su azioni, procedure, metodi, tecniche e strumenti, pensati, elaborati, codificati e sulla capacità di ripensarli in equipe, in un continuo divenire verso forme progressivamente più evolute di riduzione del rischio per l'operatore e di intervento sull'utente.

E' perciò necessario per ciascun operatore dell'equipe mettersi nella condizione di apprendere, e richiamare periodicamente quanto appreso, in relazione a tutte le procedure che si devono adottare o evitare per ridurre il rischio biologico: dalle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, al vademecum dei comportamenti sicuri da adottare o quelli pericolosi da evitare nelle varie situazioni che possono presentarsi nel lavoro ecc. Il rischio psicologico è meno codificabile degli altri e risiede nell'esistenza stessa di una relazione con persone che portano in maniera confusa, a volte più mascherata a volte più eclatante, diverse situazioni critiche che toccano ambiti diversi e tutti meritevoli di attenzione e risposte, che non sempre le risorse a disposizione consentono di fornire. Sempre più spesso l'equipe deve poter gestire persone che stanno accumulando problematiche psicopatologiche, legali, di alloggio, di salute e che spesso hanno interrotto più o meno recentemente e più o meno definitivamente il rapporto con le figure significative: non ci sono genitori, non ci sono amici, non ci sono parenti, sembra che non ci sia nessuno, spesso neanche i servizi disposti ad accoglierli e neanche una richiesta che spesso si presenta da parte dell'utente sotto la forma, tutta da decifrare, di una domanda assente. Il confronto con la malattia, con la morte, con il dolore, con la violenza, con l'ingiustizia è per l'equipe reiterato praticamente in ogni contatto con l'utente.

Prevenzione primaria, secondaria, terziaria, riduzione dei rischi, riduzione del danno, liberalizzazione, legalizzazione, modica quantità, sono tutti concetti che appassionano il dibattito politico, culturale e filosofico, ma poco l'operatore che ha invece il problema di aiutare generalmente un utente a crescere nel livello di cura sé e quindi nel momento del contatto, di saperlo inquadrare, nei suoi punti di forza e nelle sue vulnerabilità, nelle risorse e nei limiti sue e dei servizi del territorio, al fine di formulare proposte di relazione che possano aiutarlo a salire il gradino successivo della scala che comincia dalla dipendenza e sale verso l'autonomia. Un utente a terra, incosciente, senza respiro, viola in volto, con una siringa infilata al braccio richiede una rianimazione cardiopolmonare, un utente agitato sudato poco incline al parlare e per niente all'ascoltare che si valuta che di lì al più presto possibile si inietterà sostanze, richiede una siringa sterile con l'impegno a riportarla: intanto si riduce con un'azione assistenziale l'evento rischio di infezione per l'utente e per chi poteva infilarci quella siringa, domani quando tornerà meno agitato e sudato magari starà con l'equipe un minuto di più e forse non richiederà né una rianimazione né una siringa, così come avviene oggi per la maggior parte degli utenti dei servizi a bassa soglia di accesso. Nel lavoro nei bassa soglia a volte l'equipe offre risposte dirette e concrete come una bottiglietta d'acqua ad un giovane colpito da colpo di calore a volte si offrono risposte indirette, in altri setting, attraverso le informazioni, l'orientamento e l'invio ad altri servizi. Tali azioni hanno, non così raramente un esito sconosciuto per l'equipe lasciando interrogativi che a volte si chiudono dopo anni, magari leggendo la cronaca nera di un

quotidiano o magari sfilando un curriculum dal fax della sede di lavoro relativo ad un operatore qualificato da titoli ed esperienze terapeutiche che anni prima l'èquipe aveva inviato ad un servizio sanitario del territorio costruendo così un primo anello nella catena di libertà e autonomia ora ritrovata. Il ricorso alla supervisione, ovvero uno spazio in cui l'èquipe possa condividere i tanti stati d'animo per trovare significati e sostegno, appare imprescindibile per tali contesti operativi, ai fini della salvaguardia dal rischio relazionale e del mantenimento del livello motivazionale e dell'alta professionalità in gioco. Necessario risulta pure essere il ricorso a diversi strumenti di monitoraggio della propria attività. Spesso le schede sono di tipi diversi: una più amministrativa con il numero dei contatti, dei servizi forniti, degli invii fatti, con i dati anagrafici quando è possibile raccogliarli. L'altra più relazionale su situazioni particolari, sul clima, sulla gestione del contatto. Ma oltre ad essere utile per valutare l'operato, la compilazione di una scheda rappresenta uno spazio di pensiero, un primo ripensamento sul contatto con un utente e protegge dal rischio, sempre attraente quando si è a contatto con situazioni gravi, di procedere in automatico, in anestesia, senza sentire e perciò registrare quello che è appena accaduto. Ecco gli strumenti servono a registrare, non solo i dati. Ed anche scrivere una pagina come questa ha la stessa funzione.

Le storie raccolte sono state fornite dagli operatori coinvolti nei gruppi di approfondimento.

Trascrizione delle interviste ai gruppi di operatori

Intervista realizzata a Roma

Partecipanti:

ASS.NE SAMAN - CENTRO DIURNO A BASSA SOGLIA "PORTE APERTE"

ASL RME centro Diurno a bassa soglia Atlante

Coop: Magliana 80 Centro di accoglienza Notturna

ASL RM C Unità di strada

Coop Magliana 80 Unità di strada

Coop. Il Cammino Unità di strada grandi eventi

- **Quando sono stati avviati i primi programmi di RDD nella vostra città? Breve cronistoria dei servizi ed elencare i servizi a tutt'oggi attivi:**

La Regione Lazio ha iniziato a sperimentare la riduzione del danno nel 1988 con i primi corsi per gli operatori poi sono arrivati i finanziamenti su un progetto sperimentale regionale. Dovevamo capire se le strategie erano funzionali. Dopo che è stata dimostrata l'efficacia c'è stato il Piano regionale poi i progetti finanziati dalla Regione con i fondi ex 309 o dal Comune (a Roma li finanzia l'Agenzia Comunale per le tossicodipendenze)

Il primo progetto di RDD presentato sul territorio risale all'annualità 1997/1998 (FNLD), ossia la prima "Bassa Soglia". Dopo un'interruzione, riproposto il Bando, l'attività è stata nuovamente avviata e da allora (2000 o 2001) è sempre proseguita senza interruzioni tra proroghe, nuovi bandi etc. etc.

Sono presenti altri per ogni asl e diversi servizi a bassa soglia.

- **Negli ultimi cinque anni (dal 2004-2008) i servizi sono numericamente aumentati o diminuiti?**
 - a. **Se sono aumentati, è aumentato anche il ventaglio di offerta?**
 - i. **In quale direzione (es. più unità di strada, più drop in diversificati, etc)?**

I servizi sono aumentati e diminuiti. Sono aumentati i servizi di accoglienza diurna e notturna, mentre le unità di strada sono presenti ma hanno ridotto molto le ore di uscita. E' sempre mancata, e manca tutt'ora, una pianificazione sugli interventi relativi alla TD, che esulino dai Ser.T., a livello di ASL. Ogni progetto, nuovo bando etc. pare deciso direttamente dalla Regione, senza che a livello locale sia mai stato fatto un intervento di coordinamento, di monitoraggio o quanto meno di mappatura di eventuali servizi offerti. La creazione di un abbozzo di lavoro di rete tra servizi, per esempio, è nato senza una pianificazione, ma dietro la consuetudine e attraverso la volontà degli Enti del privato sociale che si occupano di TD. A tutt'oggi non si è ancora riusciti a trovare interlocutori significativi ai vertici dell'Azienda USL, con i quali instaurare tavoli di lavoro e confronto sulle problematiche di TD in generale e RDD in particolare. Decisamente migliore è il quadro rispetto agli Enti pubblici (Comune e Provincia), presso i quali si è trovato maggior ascolto ed occasioni di confronto. Ma i progetti RDD ricadono, per competenza, sul comparto sanitario, quindi tali Enti hanno eventuali margini di manovra limitati. Allo stato attuale, nemmeno per quanto riguarda le problematiche TD di area sociale, ricadute sui piani di zona, la ASL si è attivata fornendo risorse umane o/o strutturali. Per quanto riguarda il settore sanitario che, si ripete, esuli dal servizio dei Ser.T.. è totalmente assente.

Sono anche aumentati i servizi di accoglienza non specifici ma guai a far sapere che l'utente ha problema di droga, perché non verrebbe accolto, anche se questo non si può dire ufficialmente.

- ii. **Secondo voi, il target come valuta questo ampliamento di offerta?**

Gli utenti apprezzano il fatto di avere i servizi ma si lamentano che non possono accedere ad altri, tipo i dormitori comunali. Protestano perché se hanno la possibilità di uscire dalla bassa soglia non hanno servizi (camere con un affitto contenuto)

- b. Se sono diminuiti, per quali ragioni?**
 - i. E' mai stata compiuta un'indagine per verificare quale impatto abbia prodotto questa riduzione sul target? Se si vi hanno fornito i risultati?**
 - ii. Secondo voi, il target come valuta questo restringimento nell'offerta?**
- c. Se sono rimasti invariati per quali ragioni?**
 - Secondo voi non è avvenuto alcun cambiamento di rilievo negli ultimi anni nel target? Se sì, come mai non si è provveduto ad un offerta diversa?**

Il target di utenza è e sta decisamente cambiando. Nei limiti del possibile, durante l'elaborazione dell'ultimo progetto, sono state inserite alcune piccole rettifiche rispetto al Bando precedente, fermo restando che le caratteristiche dei Servizi richiesti erano pressoché le stesse e pertanto non si poteva stravolgere totalmente l'offerta. Il problema creatosi è probabilmente a monte: in sede di riscrittura del nuovo Bando è mancata, da parte del ns. territorio, la segnalazione delle nuove esigenze ed una richiesta di ridefinizione degli interventi, per i motivi già esplicitati sopra. Gli utenti tradizionali sono diventati una netta minoranza parliamo soprattutto dei consumatori di eroina che non erano conosciuti dai servizi. Anche i consumatori di cocaina sono cambiati.

In qualche maniera il lavoro di questi anni ha contribuito moltissimo all'emersione del sommerso. Nei servizi arrivano policonsumatori, alcolisti, persone con una forte compromissione sociale (tossicodipendenti diventati homeless perché non hanno più una rete familiare di sostegno). Sono aumentate in maniera considerevole le doppie e triple diagnosi certificate come persone in cura ai Cim o con patologie sanitarie (HIV, Epatiti ecc) gravi. Sono situazioni di difficile gestione anche perché molti hanno tanti fallimenti dietro le spalle e non si fidano più di proposte terapeutiche

- Viene fatta una valutazione complessiva del sistema di servizi? Da chi? Vengono disseminati i risultati, come?**

Come sopra accennato, le mappature dei Servizi vengono fatte a più livelli ma sono scoordinate tra loro e i risultati non sono fruibili. Da parte della ASL non vi è un'iniziativa relativa alla mappatura di servizi extra-aziendali, in quanto gli stessi, secondo l'Azienda, non sono di competenza perché finanziati da altri soggetti. La divulgazione o meno di dati, informazioni sui servizi offerti etc. etc., pertanto, è demandata ai progetti stessi, che decidono discrezionalmente in merito.

Solo la città di Roma, con l'ACT aveva provato a mettere in rete i servizi cittadini ma è difficile riuscire a tenere il passo con tutte le proroghe e sospensioni che ci sono state

I ritorni dei risultati sono molto scarsi e a volte non arrivano proprio.

- Dal 2004 ad oggi (2008) quali sono i cambiamenti maggiori nella vostra città riguardo alle politiche di RDD?**

Vi è stata una graduale "uscita dall'ombra" per quanto riguarda questo tipo di intervento, che non viene più visto sospettosamente come "promotore dell'uso di sostanze", bensì nella sua totalità. Ne viene riconosciuta maggiormente l'utilità sociale non solo per l'utenza, ma per la cittadinanza. I Ser.T stanno utilizzando molto questi servizi ma non sempre si riesce a dare una risposta a tutti

Come hanno risposto i servizi a questi cambiamenti?

Da parte degli Enti Locali vi sono state manifestazioni tangibili di interesse e sostegno alle attività. La maggiore interazione con alcuni Ser.T., invece, è stata frutto unicamente di una lunga opera di promozione delle attività del Centro.

Può capitare che i servizi a bassa soglia siano quelli che hanno maggiori contatti con gli utenti problematici e gli viene richiesto di fare, in modo non opportuno (non hanno ne' i mezzi ne' le professionalità necessarie) da gestori del caso.

- **Dal 2004 ad oggi (2008) quali sono i cambiamenti maggiori nella vostra città riguardo al target dei servizi di RDD?**

Vi è stato un drastico aumento dell'utenza straniera, con problemi di alcolismo e in generale è aumentata la situazione di marginalità sociale estrema. E' sensibilmente aumentato il numero di soggetti cocainomani, che non richiedono tanto un intervento materiale ma un supporto di counseling. E' diminuito il numero dei SFD italiani anche se in alcuni casi gli italiani hanno alloggi di fortuna che non sono vere abitazioni (manca l'acqua o la luce). E' aumentata la richiesta di interventi di supporto di tipo legale/amministrativo. E', anche qui, molto aumentato il numero di utenti con doppia/ tripla patologia. Anche nelle situazioni di unità di strada destinata ai luoghi del loisir sono aumentati i policonsumatori. Se poi stanno male o hanno disturbi psichiatrici è raro che tornino nella rete dei nostri servizi

a. Come si sono attrezzati i singoli servizi per far fronte alle diverse esigenze del target?

Per quanto riguarda i ns. Servizi, sono stati fatti dei correttivi in sede progettuale.

Sono stati fatti corsi di aggiornamento ma la sensazione è che su alcune patologie ci si muova in modo molto spontaneistico. Soprattutto nei servizi in cui manca il personale medico si sente la preoccupazione di gestire situazioni estreme come l'aggressività dei cocainomani o i vari deliri da sostanze. Altri servizi, come i notturni, non possono cambiare offerta ma possono cambiare l'atteggiamento e la competenza degli operatori

b. Come si è attrezzata la rete dei servizi?

Non esiste una vera e propria rete dei Servizi strutturata, neppure tra gli attori pubblici. Da qualche anno il territorio ha preso coscienza del problema cocaina, ma senza sino ad oggi attivare Servizi in rete. Le varie ASL stanno provvedendo a creare un intervento più mirato, ma sempre secondo i canoni tradizionali ed in spazi aziendali. Gli Enti pubblici sono più aperti ad un intervento diverso e con gli stessi vi sono spazi di confronto.

Rispetto alla Doppia Diagnosi, è ancora in corso la fase interlocutoria preliminare ad una futura collaborazione tra Ser.T. e DSM.

Infine, rispetto alle problematiche legate all'alcool, da pochi mesi tale target di utenza afferisce al Ser.T.: prima era in carico al reparto di neurologia dell'Ospedale, che non prevedeva invii in strutture terapeutiche o cure extra-ospedaliere.

In realtà la rete funziona bene se si conosce il collega dall'altra parte del telefono, allora c'è un clima collaborativo molto efficace altrimenti ci si barrica dietro le procedure interne. Le comunicazioni a livello "istituzionale" funzionano per avvisare di situazioni complesse tipo a sospensione per episodi molto gravi di un utente

- **Quali sono i punti di forza della vostra rete di servizi? Perché?**

Il punto di forza maggiore è che è in via di costruzione. In questa fase è possibile avere, pertanto, almeno con una parte dei Servizi, un confronto stimolante e aperto alla novità. La poca strutturazione, inoltre, consente la creazione di modelli ed ipotesi di protocollo nuovi, flessibili ed idonei alle varie situazioni. Questi servizi sono anche molto radicati nel territorio e questo è molto importante. Negli anni gli operatori di servizi diversi hanno imparato a conoscersi e a collaborare. Sono poche le strutture autoreferenti

• **Quali sono i punti di debolezza della vostra rete di servizi? Perché?**

Le difficoltà di interlocuzione con la componente sanitaria (riscontrata anche dagli altri attori pubblici e privati) di fatto non consente l'attivazione di un vero e proprio intervento di rete strutturato, ne per i singoli interventi, ne per la progettazione di risposte adeguate alle nuove esigenze che via via emergono. Anche i servizi non sanitari più disponibili, inoltre, si occupano da poco del problema nella sua interezza (prima il loro intervento era puramente assistenzialistico), pertanto hanno una serie di difficoltà relative all'approccio con l'utenza o alla messa a fuoco dell'entità dei vari settori di intervento. Alcuni servizi sono ancora sottostimati e le risorse sono sempre le stesse. Dopo tanti anni si potrebbe pensare ad un intervento più strutturato e meno per conoscenza personale.

Intervista realizzata a Perugia

• **Quando sono stati avviati i primi programmi di RDD nella vostra città? Breve cronistoria dei servizi ed elencare i servizi a tutt'oggi attivi.**

I servizi per gli interventi di riduzione del danno a Perugia nascono nel 1998, con l'Unità di Strada Centro, progetto sperimentale finanziato inizialmente per tre mesi e ospitato all'interno delle attività del Progetto "Perugia città sicura e democratica" del Comune di Perugia, e andranno avanti fino al 2000, quando, in coincidenza con i lavori di programmazione che il Comune di Perugia ha sviluppato per la realizzazione del Piano Sociale di Zona, è stata confermata, all'interno dei fondi nazionali della Legge 45/99, l'attività dell'Unità di Strada, che diventa Unità di Strada per le Tossicodipendenze. Negli stessi tavoli e con gli stessi fondi è stato elaborato il Progetto del Centro di Accoglienza a Bassa Soglia, che è stato attivato nel maggio 2001. Dal 2004 i due servizi (Unità di Strada e Cabs) sono stati portati stabilmente entro i fondi del bilancio del Comune di Perugia e sono stati inglobati in un unico progetto dell'Area Esclusione Sociale, denominato "Progetto Dipendenze". Da gennaio 2007, l'Unità di Strada è finanziata al 50% dalla A.S.L. 2 della Regione dell'Umbria – Dipartimento delle Dipendenze – e al 50% dal Comune di Perugia, mentre il Cabs è totalmente finanziato dall'A.S.L. 2 della Regione dell'Umbria – Dipartimento delle Dipendenze.

- **Negli ultimi cinque anni (dal 2004-2008) i servizi sono numericamente aumentati o diminuiti?**
 - a. **Se sono *aumentati*, è aumentato anche il ventaglio di offerta?**
 - i. **In quale direzione (es. più unità di strada, più drop in diversificati, etc)?**
 - ii. **Secondo voi, il target come valuta questo ampliamento di offerta?**
 - b. **Se sono *diminuiti*, per quali ragioni?**
 - i. **E' mai stata compiuta un'indagine per verificare quale impatto abbia prodotto questa riduzione sul target? Se si vi hanno fornito i risultati?**
 - ii. **Secondo voi, il target come valuta questo restringimento nell'offerta?**
 - c. **Se sono rimasti *invariati* per quali ragioni?**
 - **Secondo voi non è avvenuto alcun cambiamento di rilievo negli ultimi anni nel target? Se sì, come mai non si è provveduto ad un offerta diversa?**
 - **Viene fatta una valutazione complessiva del sistema di servizi? Da chi? Vengono disseminati i risultati, come?**

I servizi di riduzione del danno del territorio di Perugia si può dire che negli ultimi cinque anni (2004/2008) sono rimasti invariati numericamente, cioè sono presenti il Cabs e l'Unità di Strada, ma non è rimasto invariato il ventaglio delle offerte:

1. fino all'inverno 2005/2006 era presente, nel periodo invernale, per circa 100 giorni, un ostello notturno a bassa soglia, legato al Progetto "Emergenza freddo", che poi non è stato più finanziato; questa mancanza ha prodotto un maggior numero di ricoveri ospedalieri, nonché una maggiore richiesta di antibiotici ed antinfluenzali, oltre a una maggiore richiesta di coperte. I senza fissa dimora hanno valutato negativamente questo restringimento dell'offerta, che poi ha avuto una ricaduta negativa nel territorio, con un maggiore occupazione di case abbandonate e fatiscenti, che ha portato ad un innalzamento del conflitto sociale. Si è notato, inoltre, anche un cambiamento negli stili di consumo di sostanze

del target in questione, in particolare un consistente aumento del consumo di alcol, utilizzato come risposta immediata al freddo.

2. Dal gennaio 2008 è stato implementato il servizio di "punto ristoro sociale". Prima di questa data c'era soltanto la Mensa comunale, che accoglieva tutta l'utenza della marginalità, penalizzando i consumatori che necessitavano di un invio specifico da parte del SERT, che aveva però una disponibilità di soli tre pasti al mese per ogni utente. Ora l'accesso a questo servizio è diretto e senza filtro, con una risposta quotidiana. Questa nuova modalità di gestione ha come punto di forza la possibilità di aumentare l'offerta in base al bisogno rilevato. Infatti, dai 20 pasti al giorno iniziali siamo arrivati a 47, e dai 6 giorni a settimana oggi ne copriamo 7. Gli interessati hanno valutato positivamente questo servizio, che soddisfa un bisogno primario, apportando di conseguenza delle modifiche nel comportamento; ovvero, laddove i consumatori si sono sentiti integrati nel tessuto sociale, si sono adeguati al contesto. Maggiore è stata la risposta sociale a un diritto, maggiore è stata la consapevolezza del diritto/dovere acquisito dal gruppo in questione. Gli operatori hanno, inoltre, rilevato una riduzione dei ricoveri ospedalieri per problemi nutrizionali. Concludendo, si può dire che i servizi di riduzione del danno sono rimasti numericamente invariati, ma è aumentata l'offerta e l'utenza che a questi si rivolge. Non è mai stata compiuta un'indagine specifica, ma solamente una lettura, sia pur privilegiata, degli operatori che operano quotidianamente nella riduzione del danno.

- **Dal 2004 ad oggi (2008) quali sono i cambiamenti maggiori nella vostra città riguardo alle politiche di RDD?**
 - a. **Come hanno risposto i servizi a questi cambiamenti?**

Non esistono politiche specifiche, non ci sono né piani di zona, né tavoli di concertazione, malgrado ci siano a livello regionale delle linee guida sulla riduzione del danno. Si percepisce, invece, una tendenza politica che sembra essere più proiettata verso una ulteriore ghettizzazione del fenomeno, piuttosto che un'integrazione. Non c'è co-progettazione ed è scarsa la collaborazione tra sanitario e sociale. E' difficile, quindi, rispondere in modo coerente alle richieste dell'utenza, a causa di una mancata specificità delle mansioni dei vari soggetti istituzionali impegnati nella riduzione del danno.

- **Dal 2004 ad oggi (2008) quali sono i cambiamenti maggiori nella vostra città riguardo al target dei servizi di RDD?**
 - a. **Come si sono attrezzati i singoli servizi per far fronte alle diverse esigenze del target?**
 - b. **Come si è attrezzata la rete dei servizi?**

Il target dei consumatori è sempre più eterogeneo, non si distingue per fasce d'età e/o condizioni sociali. C'è una significativa modificazione degli stili di consumo delle sostanze, con un viraggio deciso al policonsumo e all'abuso di cocaina. La risposta unica possibile, di fronte a questi cambiamenti, compatibilmente con le risorse a disposizione, è stata la disponibilità e la capacità degli operatori della bassa soglia di adattarsi alle nuove richieste, fornendo così anche nuove informazioni sulla riduzione del danno. Purtroppo questo è relativo anche al fatto che non esiste una rete di servizi, se non quella creata da rapporti informali e di conoscenza. I pochi servizi di riferimento hanno una soglia di accesso alta, tale da fornire una risposta ai bisogni in tempi piuttosto lunghi rispetto alla rilevazione iniziale dei bisogni stessi, creando un costante movimento centripeto dell'utenza verso i servizi a bassa soglia.

- **Quali sono i punti di forza della vostra rete di servizi? Perché?**
- **Quali sono i punti di debolezza della vostra rete di servizi? Perché?**

Non essendo presente una rete, non è possibile delineare punti di forza o di debolezza.

CASE REPORT

Case Report 1

Elisa arriva al camper dove danno le siringhe carica di valigie. Conosce il servizio perché spesso ha incontrato gli operatori dell'unità di strada. I genitori del suo ragazzo sono riusciti a mandarlo in una comunità e la hanno letteralmente sbattuta fuori casa. Elisa non sa dove andare. L'unità di strada è il suo unico riferimento. Viene da un'altra città, ha una carta di identità con un indirizzo fittizio, di quelle date ai senza fissa dimora. Non ha contatti con la sua famiglia che abita in un'altra regione. Ha una storia di tossicodipendenza lunga almeno 15 anni. Da 5 sa di essere sieropositiva ma ha paura a dirlo in giro e fa fatica ad accettare le cure.

Gli operatori sanno che la situazione di Elisa non è delle più semplici, lei chiede aiuto partendo da una situazione di emergenza ma non è chiaro se abbia veramente voglia di fare un percorso di recupero o se abbia bisogno solo di una tregua. Per diversi giorni le dicono "torna" e lei, puntuale, torna carica delle sue valigie. Usando i servizi della rete riescono mandarla ad un diurno a bassa soglia che l'accoglie ed a trovare un notturno dove possa andare a dormire, anche se solo per poche notti. Passato il primo momento di angoscia Elisa resta al centro e continua a chiedere aiuto. Il primo problema è garantire un'accoglienza notturna per evitare che la notte debba sbattersi per strada. Il secondo è quello di trovare un Sert disponibile a fare un progetto terapeutico visto che ha una residenza fittizia.

Gli operatori del diurno trovano una struttura residenziale al quale Elisa può accedere per fare lo scalaggio del metadone e ottengono che possa frequentare di giorno il centro diurno per non perdere la relazione che ha stabilito con gli operatori. Con il Sert inizia una trattativa sull'opportunità di inviarla in comunità, nonostante sia una senza fissa dimora di un'altra regione, ed alla fine il Sert accetta il rischio ed Elisa viene inviata in una comunità con un programma adatto a lei. Gli operatori del diurno riescono a rintracciare una sorella di Elisa e ad avviare una difficile e lunga mediazione familiare.

Dopo 4 mesi la comunità scelta può accogliere Elisa. La separazione non è delle più facili. Elisa ha molta paura di cambiare ancora. Ha un paio di plateali ricadute con l'eroina perché spera di poter restare nella situazione in cui sta, anche se precaria. Viene fatto un lavoro di assicurazione e di accompagnamento presso la comunità residenziale. I familiari accettano di riprendere i rapporti e Elisa riesce a completare il suo percorso terapeutico. All'uscita dalla Comunità riesce ad avere una storia affettiva e va a vivere a casa del fidanzato, trova lavoro come commessa e inizia a frequentare le scuole serali. Prende un diploma e, dopo 2 anni, diventa operatrice in un centro per bambini.

Sezione 3

Una panoramica internazionale

Rassegna stampa da Fuoriluogo

Alla ricerca del compromesso alla tedesca

GERMANIA, PROSPETTIVE INCERTE DOPO CHE SI È CONCLUSA LA SPERIMENTAZIONE CON EROINA MEDICA

Matteo Ferrari - Fuoriluogo, marzo 2007

Bellinzona - La Germania sperimenta il trattamento a base d'eroina dal 2002, con esiti positivi. Ma se la sperimentazione svizzera (1994-1996) aveva condotto il parlamento elvetico a far uscire il trattamento dal contesto sperimentale già nel 1998, la politica tedesca non riesce invece a trovare un accordo in merito e, a fatica, sta per ora solo prorogando la sperimentazione.

Nel 1992, alcune città tedesche chiesero una modifica della legge sugli stupefacenti che permettesse una sperimentazione del trattamento a base d'eroina. Sino al 1998, però, la proposta non riuscì a trovare una maggioranza in parlamento. Nell'autunno 1998, la maggioranza rosso-verde inserì il tema di una sperimentazione a carattere scientifico nel contratto di coalizione e l'anno successivo rappresentanti di Stato, regioni e città fondarono un ente per gestire la preparazione e la messa in atto del progetto. Nell'autunno 1999, la sperimentazione fu messa a concorso tra gli istituti scientifici e, sulla base di una raccomandazione internazionale, il compito di preparare lo studio e i protocolli di ricerca fu affidato al Centro per la ricerca interdisciplinare di Amburgo, sotto la supervisione delle commissioni etiche regionali e dell'istituto nazionale per i farmaci.

Nel 2001, fu approvato il progetto di studio amburghese e sottoscritto il contratto di collaborazione tra Stato, regioni e le altre città coinvolte: Bonn, Francoforte, Hannover, Karlsruhe, Colonia e Monaco. Sulla base dei criteri adottati, inizia la selezione dei potenziali candidati e nel 2002 si aprono gli ambulatori che dispensano diacetilmorfina, l'eroina sintetica. A fine 2003, la selezione dei pazienti è conclusa in tutte le 7 città e a fine 2004 termina la prima fase di studio.

Si tratta di uno studio multicentrico, con due campioni, uno di persone che non traevano profitto dal metadone e l'altro di soggetti non più in contatto coi servizi, suddivisi ognuno in quattro gruppi. I quattro gruppi si differenziano poi per la sostanza usata (eroina vs. metadone), rispettivamente il tipo di trattamento (approccio psicoeducativo vs. case-management). I risultati, pubblicati nel 2006 in due rapporti di ricerca del Centro per la ricerca interdisciplinare, attestano chiari effetti sia sullo stato di salute sia sul consumo illegale. La valutazione positiva costituisce la base per la richiesta, inoltrata nell'autunno 2005, d'inserire il trattamento a base d'eroina nella farmacopea.

In attesa di un consolidamento legislativo, i progetti in corso sono limitati nel tempo. L'autorizzazione scade nel giugno 2007 e la frazione democristiana aveva segnalato che non avrebbe accettato ulteriori proroghe. Lo scorso febbraio, i suoi rappresentanti in parlamento hanno invece convenuto che le persone in trattamento potranno continuare a beneficiarne, anche se la prima condizione posta è quella di non avviare nuovi progetti oltre a quelli in corso.

Nelle 7 città partecipanti al progetto s'è invece creato un ampio consenso, oltre gli steccati partitici, sul fatto che non ci sono alternative praticabili per questa casistica, né il metadone né tantomeno una terapia improntata all'astinenza. Le città coinvolte hanno riferito di notevoli progressi nei trattamenti sia a livello medico sia in ambito psicosociale: chi vi partecipa non vive più sulla strada e non genera più microcriminalità. La maggior parte vive di nuovo per conto proprio e spesso ha ritrovato un lavoro o segue un percorso di formazione.

La discussione in seno alla "Grosse Koalition", tra democristiani e socialdemocratici, è in corso. I rappresentanti democristiani dichiarano di non essere disposti a riconoscere il trattamento a base d'eroina nel catalogo delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria. Il trattamento dovrebbe pertanto poter proseguire, ma solo in un contesto sperimentale. Se la componente socialdemocratica dovesse accettare di definire l'astinenza quale obiettivo cardine

del trattamento, ci sarebbe disponibilità da parte dei democristiani ad aumentare leggermente il numero dei partecipanti.

C'è invece consenso sulla sostituzione dei pazienti che escono dagli attuali contesti sperimentali con nuovi candidati. In tal modo continua a decrescere il numero di persone tossicodipendenti lasciate a se stesse sulla strada, così come diminuisce la microcriminalità per procurarsi la sostanza sul mercato nero.

L'opposizione, composta da verdi, liberali ed estrema sinistra ha presentato una proposta parlamentare per introdurre il trattamento a base d'eroina destinato a persone gravemente dipendenti, sotto uno stretto controllo. Per riuscire, la proposta ha bisogno di un sostegno anche da parte di parlamentari della maggioranza. Al momento, i socialdemocratici, pur ritenendo insufficiente l'attuale compromesso, preferiscono continuare a cercare una soluzione concordata all'interno della "Grosse Koalition" con la frazione democristiana.

Al di là del dissidio politico, secondo i commentatori tedeschi un cambiamento nella politica delle droghe sta comunque avvenendo. I risultati positivi della sperimentazione e il mantenimento degli ambulatori per questi trattamenti aiutano a mutare l'immagine dell'eroina stessa: da sostanza diabolica a medicamento che può essere utile, se affidato in mani responsabili.

Info: <http://www.heroinstudie.de/>

Ossessionati dalle stanze del consumo

PRESENTATO IL RAPPORTO 2006 DELL'ORGANISMO INTERNAZIONALE DI CONTROLLO DELLE DROGHE

Massimiliano Verga - Fuoriluogo, marzo 2007

Anche quest'anno lo Incb (International Narcotics Control Board) ha pubblicato il consueto Rapporto sulle droghe. Nella parte "speciale", il Board si dice allarmato per la diffusione, sul mercato nero, di medicinali a base di sostanze proibite, come ad esempio le benzodiazepine. Di fatto, il Report ci ricorda che esiste la diversione dei consumi, che merita di essere segnalata soltanto per l'incapacità del Board di capire le reali dinamiche di un mercato illegale. E in questo senso, non brilla neppure l'indice puntato sull'espansione del mercato illegale via Internet. Se non altro, perché è dal 2001 che ce ne parla. Come dire: sei anni di Report spesi davvero bene!

La seconda parte del rapporto vuole offrire un quadro del traffico, dell'offerta e del consumo di droghe illegali. Ma non apprendiamo niente di nuovo. La cannabis è sempre la droga illegale più apprezzata del pianeta, seguita dalla cocaina e dalle anfetamine. Piuttosto, sono i dati del rapporto a suscitare qualche dubbio, a partire dalla metodologia con cui vengono raccolti ed interpretati. Un vizio che lo Incb condivide, ad esempio, con l'Osservatorio europeo sulle droghe (Emcdda), e del quale si è già detto di recente su queste pagine (vedi Fuoriluogo, dicembre 2006).

In materia di cannabis, sorprendentemente, il Report usa toni tutto sommato pacati, anche se non mancano gli appunti ai "soliti noti" (vedi Olanda, Canada e Svizzera) e l'altrettanto nota accusa della malattia mentale associata al suo consumo. Da segnalare, comunque, il contorto paragrafo sul dronabinolo (denominazione del Thc sintetico), che viene elogiato (perché sintetico, vero?), ma del quale si sottolinea il pericolo d'abuso. Come dire: se passa l'idea del farmaco...

La parte più interessante è certamente quella sulle safe injection rooms, il filo conduttore degli ultimi Report e, ormai, una vera e propria ossessione per il Board. La novità del 2007 è data da una serie di paragrafi specifici sul nuovo flagello.

Il Board ci ricorda che le "stanze del buco", «dove si abusa impunemente», sono attive in Australia, in Svizzera, in Canada, in Germania, in Olanda, in Spagna, in Norvegia e in Lussemburgo. E lamenta il fatto che non soltanto non si fa nulla per chiuderle ma, anzi, il loro numero aumenta. L'Incb si appella all'articolo 4 della Convenzione del 1961 (in sintesi: possesso e uso sono limitati agli scopi medici e scientifici), dimenticando che le politiche di riduzione del danno vanno proprio in questa direzione. Per farsi un'idea, basti pensare che per il Board la chiusura delle "stanze" viene vista come la soluzione per impedire la diffusione dell'Aids. Ma c'è di più. Secondo il rapporto le rooms «favoriscono il mercato illegale», contravvenendo così anche a quanto previsto dalla Convenzione del 1988.

La lista dei cattivi continua ad allungarsi, forse perché qualcuno comincia ad usare il cervello invece di genuflettersi con cieco fervore di fronte ai Trattati Internazionali. E lo Incb è costretto ad alzare il tiro. Innanzitutto, contro la Svizzera, che ha deciso di proseguire con il programma di mantenimento a base di eroina e che conta ben 12 "stanze" sul territorio. Per lo stile adottato, è interessante anche il richiamo al Canada. Infatti, se lo Incb si dice «fortemente preoccupato che diverse città, oltre a Vancouver, vogliano istituire degli heroin injection site», non trova altro da fare che giustificare il suo stato d'animo citandosi per ben tre volte, ovvero appellandosi ai precedenti rapporti. Non manca, poi, una profonda preoccupazione per la "scoperta" di una room in Lussemburgo, aperta nel 2005, per la "stanza" norvegese di Oslo e per le 25 drug consumption rooms aperte in Germania, che continuano ad essere operative nonostante il Board, già dal 2003, abbia indicato la strada da seguire. Quale? È fin troppo facile rispondere: occorre «dare risposte adeguate in conformità con i trattati internazionali, anziché continuare con le rooms».

Anche quest'anno non manca una nutrita serie di Raccomandazioni chiave (Key Recommendations), una novità introdotta l'anno passato. Da un lato, il Board si gongola dicendo che molte di queste sono già state attuate. Peccato che poi si lamenti dell'aumentare del "problema droga". Da un altro lato, ci illumina con gli aggiornamenti, dove spicca ancora il paranoico appello contro le "stanze del buco": occorre «dare risposte adeguate».

Insomma: l'Incb ha scoperto la funzione "copia e incolla" di Word. E, fino a che non verrà proibita dalle Convenzioni internazionali, si sente libero di abusarne.

EROINA IN PASTIGLIE, IN SVIZZERA SI PUÒ

Matteo Ferrari - Fuoriluogo, aprile 2007

Come in molti paesi, anche in Svizzera la terapia sostitutiva fa parte dell'offerta terapeutica standard per chi dipende dall'eroina e in condizioni rigorosamente disciplinate è possibile la sostituzione con la sostanza originale. Il trattamento basato sull'eroina aiuta le persone gravemente dipendenti non raggiungibili con altre offerte. I criteri d'ammissione sono: età minima 18 anni, grave dipendenza dall'eroina da almeno due anni, almeno due tentativi di trattamento con un altro metodo riconosciuto interrotti o conclusi senza successo, e carenze sotto il profilo somatico, psichico o sociale. I risultati mostrano un sensibile miglioramento della salute psichica e fisica nonché della situazione sociale e si rileva una netta riduzione della delinquenza.

Ad inizio 2006, erano 1295 i pazienti trattati in 21 centri ambulatoriali e in due penitenziari. Ogni anno, da 180 a 200 pazienti terminano il trattamento. Circa il 40% passa al metadone, il 25% ad una terapia orientata all'astinenza. Uno dei punti delicati è la durata del trattamento: la media ammonta a poco meno di 3 anni e ad inizio 2006 ne beneficiava ancora quasi il 20% di chi lo aveva iniziato nel 1994. Si deve tener presente che chi è ammesso in trattamento ha passato circa il 30% della vita in una condizione di dipendenza dall'eroina. I nuovi arrivi hanno in media 35 anni e hanno alle spalle 10 anni di dipendenza. I consumatori con una dipendenza di lunga data non possono essere guariti a breve termine, anche perché sovente soffrono di disturbi psichiatrici cronici e di patologie fisiche. Una media del trattamento di quasi 3 anni è quindi prova di un legame terapeutico stabile.

Ogni anno la Svizzera utilizza poco più di 200 kg d'eroina farmaceutica, con una media di 500 mg per giornata di trattamento. Per il 65% la sostanza è iniettata e per il 35% è assunta tramite compresse (23% a liberazione rapida e 12% a liberazione lenta).

L'utilizzo di compresse d'eroina è una forma di consumo meno rischiosa rispetto all'applicazione endovenosa e consente l'ammissione di persone gravemente dipendenti che hanno solo sniffato o inalato la sostanza. Uno studio di coorte avviato nel 2003 ne ha valutato la sicurezza e la tolleranza: variazioni nel dosaggio, effetti secondari e soddisfazione dei pazienti. I primi risultati indicano che l'assunzione di compresse ha effetti positivi sul tasso di ritenzione. Inoltre, a parte qualche eccezione, i dosaggi restano stabili e il tasso d'incidenti è risultato minore che presso i pazienti con utilizzo per endovena. Nel dicembre 2005 è pertanto stata inoltrata una domanda di registrazione per compresse di 200 mg a liberazione sia rapida sia lenta.

Tendenzialmente si può affermare che, per migliorare il trattamento, i centri si allontanano dalla specializzazione sull'eroina verso la differenziazione dei farmaci: metadone, buprenorfina ed eroina. Le compresse, come gli altri metodi, sono uno strumento a disposizione, da valutare caso per caso. Per il paziente di lunga data, l'utilizzo di compresse può significare il tangibile raggiungimento di una maggiore autonomia, poiché queste possono essere affidate al paziente.

Continua il dibattito in vista della quarta conferenza latina sulla riduzione del danno.

DA RIMEDIO "PER DISPERATI" A MODELLO DI POLITICHE PUBBLICHE

Giuseppe Bortone, resp.le nazionale tossicodipendenze CGIL - Fuoriluogo giugno 2007

Molti hanno sempre considerato, o considerano ormai le attività di riduzione del danno come appartenenti di fatto alla dimensione delle "cure palliative": di quelle cure cioè (peraltro importantissime) che solo negli ultimi decenni la medicina ha cominciato a valorizzare, e che sono applicate ai pazienti che non hanno possibilità di guarigione, né di sopravvivenza a lungo termine. In sostanza la riduzione del danno come soccorso ultimo per i soggetti più marginali meno curabili, e meno salvabili.

È proprio questa visione – diversa ad esempio da quella di Letizia Moratti, che di riduzione del danno non vuol proprio sentir parlare – che si vorrebbe analizzare, criticare e superare nella prossima conferenza latina su questo tema, la "Clat 4" che si terrà a Milano, dal 29 novembre 2007.

La polemica contro la visione per così dire "palliativistica" della riduzione del danno è emersa nelle prime riunioni preparatorie della Conferenza di Milano: ma è indubbio che all'interno di quell'appuntamento peserà anche la necessaria battaglia politica e culturale contro le posizioni radicalmente ostili ad ogni mediazione o compromesso con i consumatori di droghe illegali quali quelle dell'attuale sindaco di Milano, di Fini e della parte più ideologizzata degli operatori privati.

È altrettanto indubbio, peraltro, che una parte almeno della marginalità economico-amministrativa, di cui soprattutto in Italia soffrono gli operatori di questo settore, è dovuta anche al presupposto culturale della riduzione del danno come "rimedio per i disperati", e basta. Si tratta di un presupposto che è ampiamente diffuso anche tra coloro che si sono battuti contro la Fini-Giovanardi e contro le posizioni più repressive.

È una tenaglia che stringe da due lati le sperimentazioni più innovative, dunque: la sottovalutazione culturale che non vede la riduzione del danno come modello possibile per le politiche pubbliche (confinandola, perciò, ad una sorta di artigianato di nicchia), da una parte; e la cieca ostilità di chi è pregiudizialmente contrario ad ogni compromesso e ad ogni mediazione con i consumatori di sostanze illegali, dall'altra. Ambedue questi approcci hanno in comune la stigmatizzazione dei consumatori, tendenzialmente "pietosa" in un caso, sprezzante e aggressiva nell'altro: ed ambedue portano di fatto allo strangolamento amministrativo, per così dire, dei "progetti" che non riescono a diventare veri e propri "servizi". Si rischia così di fare delle attività di riduzione del danno nel nostro paese, crescenti e innovative fino a qualche anno fa, una sorta di "promessa" tradita: con il permanere di una vivacità di pensiero e di dibattito alla quale corrispondono però difficoltà operative crescenti e un rischioso isolamento culturale.

Ambedue gli approcci che abbiamo descritto, inoltre, rischiano di convergere nell'inibire, di fatto, l'allargamento della riduzione del danno dalle tradizionali unità di strada, verso forme anche nuove, capaci d'intercettare i consumatori "ludici" e "ricreativi": con le loro specifiche, e spesso pericolosissime, forme di abuso (non necessariamente connesso alla dipendenza) e i loro nuovi stili di consumo, che vanno dal "problematico" al "controllato". Servono per queste nuove soggettività, nuove risorse, e operatori formati in modo nuovo o fortemente aggiornati, ma l'idea della riduzione del danno solo "per gli ultimi" marginalizza nei fatti quella dimensione; mentre permangono le cosiddette marginalità dure, e anzi si espandono, con l'abuso e la dipendenza per vie non iniettive, il ritorno dell'eroina, l'arrivo di oppio e ketamina, il problema dei migranti.

Tutto ciò mentre l'attacco ideologico (che ha sempre, direttamente o indirettamente, conseguenze amministrative) delle posizioni più intolleranti colpisce insieme unità di strada e Sert, metadone e interventi di nuovo tipo nei rave: delineando per l'insieme dei servizi più vicini

agli utenti – e alla realtà – un comune sbocco involutivo e residuale. È una minaccia che richiede il non semplice sforzo, politico e culturale, di criticare i limiti del paradigma biomedico difendendo contemporaneamente la tenuta e l'adeguamento dei servizi: battendosi cioè per la sperimentazione necessaria che solo alcuni riescono a fare, ma anche contro la precarizzazione dei rapporti di lavoro che colpisce duramente quasi tutti. È anche questa la vasta problematica alla quale la Clat 4 dovrà per lo meno alludere: così come la riduzione del danno allude, in Europa e in Italia, a nuove forme della cittadinanza, a inedite e non paternalistiche articolazioni del welfare.

VANCOUVER E SYDNEY INVESTONO SULLE “STANZE”

Stefano Carboni, Coordinatore area Rdd LILA nazionale - Fuoriluogo, luglio 2007

La XVIII Conferenza Internazionale sulla Riduzione del danno, che si è tenuta a Varsavia alla fine di maggio, non ha offerto grandi novità, anche se spunti interessanti non sono mancati, specie nelle aree delle “nuove droghe” e dei consumi giovanili, dei consumi storici e delle nuove reti. Per ciò che riguarda i nuovi consumi, la situazione è particolarmente effervescente in due aree specifiche, Nord Europa e Oceania. Nel nord Europa (Austria, Germania e Gran Bretagna in particolare) dilaga l’uso della Ketamina come droga ricreativa, laddove in Italia questa è tuttora una sostanza di nicchia, propria di rave particolari e spesso associata al consumo dei punkabbestia. Dall’area oceanica arrivano notizie dell’introduzione sul mercato di sostanze finora sconosciute (Bzn e Tfpp), che godono di grande successo tra i giovani frequentatori di rave e party, soppiantando l’ecstasy. La risposta australiana, in termini di politiche pubbliche, si è concentrata sulla ricerca e l’analisi dei flussi dei consumi, sullo studio della tipologia delle sostanze e sui rischi collegati al consumo: per produrre in tempi rapidissimi materiale di informazione rivolto ai consumatori, lasciando ad un secondo momento il problema del contrasto al traffico (prima la salute, poi la repressione).

Circa i consumi storici, si è dibattuto sul problema dei soggetti “co-infettati” da Hiv e Hcv (epatite C): c’è rischio di una nuova pandemia, con l’allarmante prospettiva di decessi per cirrosi e patologie epato-correlate. Le linee guida delle Istituzioni europee e mondiali (Unaid; Oms; Global Fund, ecc.) prescrivono l’inizio precoce del trattamento standard (con ribavirina e peginterferone) nei casi di coinfezione Hiv/Hcv, e invitano tutte le persone sieropositive a uno screening generalizzato per l’Hcv e per le altri epatiti.

Novità anche per le “stanze del consumo” (safe injecting room). I Governi di Vancouver e Sydney – senza distinzione politica – hanno finanziato con convenzioni pluriennali le “stanze” basandosi sul risparmio economico che queste comportano (ad esempio, per i mancati interventi di ambulanze). Nonostante nei due centri si siano verificate oltre 600 overdose, non c’è stato alcun decesso. A Sidney, inoltre, gli stessi cittadini sono scesi in piazza per difendere il servizio, in risposta a un attacco politico.

Più critica la situazione per i trattamenti sostitutivi, che mancano in quasi tutti i Paesi dell’Asia centrale e dell’Est Europa; quando esistono, assomigliano più al carcere duro spacciato per centro di recupero. È stata perciò lanciata una petizione per chiedere alla Commissione Europea, all’Unaid e agli altri organismi interessati di intervenire sui Governi per garantire ovunque, entro il 2010, l’accesso ai trattamenti sostitutivi. Circa l’innovazione e il lavoro di rete, da segnalare la Finlandia che ha proposto una campagna di prevenzione attraverso sms: un progetto molto costoso, ma con un potenziale di intervento davvero ampio.

Interessante anche il network internazionale dei giovani operatori e consumatori lanciato a margine della conferenza. Questa rete vuole coinvolgere il maggior numero possibile di ragazzi che scelgono la riduzione del danno per apportare idee innovative nei programmi mondiali e dare quel tocco di freschezza che sembra essersi un po’ perso.

Verso la conferenza latina sulla riduzione del danno:
il dibattito sulle stanze del consumo a Torino
LA POLITICA, LA SCIENZA E IL SENSO COMUNE

Susanna Ronconi - Fuoriluogo, ottobre 2007

Entro il 5 novembre, il Consiglio comunale di Torino voterà la mozione sulle droghe presentata da venti consiglieri di maggioranza, che include la sperimentazione di una stanza del consumo. È un laboratorio interessante, Torino, perché sta sperimentando una discussione attorno a un servizio di riduzione del danno in maniera diversa da quanto fino ad oggi avvenuto: diversa da quel lontano 1995 – quando nacquero i programmi scambia-siringhe – e diversa anche da quel 2002, quando per la prima volta una commissione fu chiamata a esprimersi sulle stanze, per altro con esito negativo.

La differenza sta, oggi, nella dimensione pubblica che ha acquisito il dibattito, uscito tanto dal ristretto ambito dei “tecnici” quanto da quello chiuso nelle stanze del potere locale. Insomma: prove tecniche di dibattito pubblico, di informazione e di costruzione del consenso (o, dall'altra parte, del dissenso). Questa uscita allo scoperto mostra tutte le difficoltà di una città ancora poco abituata a costruire dispositivi di dibattito pubblico attorno a temi complessi, ma anche le difficoltà, in questo, di chi su questo lavora ed ha un sapere “tecnico” da socializzare, spiegare, rendere utile alla popolazione generale che vuole capire, per potersi orientare evitando le trappole degli slogan, delle ideologie e delle “sparate” di una politica demagogica.

La questione è oggi più pubblica per due ragioni. La prima, perché l'hanno resa tale gli operatori del settore, schierandosi e spiegando le buone ragioni delle stanze, e in particolare il Coordinamento dei servizi a bassa soglia, che sulle stanze lavorano da anni, “dall'interno” del loro sistema giunto ormai a maturare la domanda esplicita di questo servizio. Il Coordinamento nel 2002 aveva messo un gazebo in piazza per spiegare cosa sono le stanze del consumo; oggi ha promosso, con Forum Droghe e Clat4, una giornata informativa con gli operatori delle stanze di Francoforte e Barcellona, e ancora in questi giorni sostiene la raccolta firme per una petizione comunale a favore delle stanze.

La seconda ragione sta nel contesto cittadino: qui, la scena aperta esiste, l'ultimo episodio critico è stato quello di Parco Stura, ribattezzato Tossic Park, qui sono numerosi i tossicodipendenti poveri, senza dimora e che vivono in strada, una popolazione in grande disagio per cui le stanze sono un servizio importante e utile, come ci insegnano le esperienze europee. Dunque, sembrano esserci tutti gli ingredienti per far uscire questo dibattito allo scoperto, e mettere tutti gli attori locali, e i cittadini, nella condizione di discuterne con cognizione di causa: c'è un bisogno dei consumatori cui rispondere, c'è un disagio di parte della città cui dare ascolto, c'è una maturità del sistema dei servizi a bassa soglia in grado di integrare nel modo migliore questo nuovo servizio, c'è – ancora – un gruppo di realtà e di cittadini che già si sono attivati dal basso per dare informazione e voce a quanti vogliono sperimentare, con la petizione popolare promossa da Malega9, Associazione radicale Adelaide Aglietta e Forum Droghe, ci sono alcune Circostrizioni attente al problema e disposte a promuovere dibattito.

Una buona opportunità per nuovi dialoghi: ma è davvero ben sfruttata? Il dialogo esperti-politici ha funzionato solo in parte: secondo Terry Silvestrini, coordinatrice della IV commissione del Comune che molto si è battuta per la mozione, «l'apporto che gli esperti, soprattutto dei Sert, hanno portato ai consiglieri è stato importante, chiaro e ricco di informazioni, un contributo scientifico che ha dimostrato la ragionevolezza di questa proposta»; ma, al contempo, l'opposizione ha scatenato la sua battaglia su un terreno del tutto ideologico, senza misurarsi sui dati e sulla conoscenza acquisiti.

E i media? Oscillano ancora attorno alla battaglia degli slogan più che su un'informazione puntuale: il triangolo media-politica-expertise ha indubbiamente bisogno di crescere. Ma anche la maggioranza dimostra un interesse blando al merito delle cose: all'incontro con gli operatori di Francoforte e Barcellona, organizzato proprio per loro, per i politici, c'erano la citata Silvestrini, il consigliere Rosa nel Pugno Bonino e l'assessore Tricarico. Troppo pochi, anche se

“buoni”: Roberto Tricarico, dopo l’incontro, ha sentito il bisogno di andare a Barcellona a toccare con mano, un buon esempio di come si dovrebbe fare. E anche i media locali non hanno ben approfittato dell’occasione di saperne qualcosa di più.

Intanto, altre voci si fanno sentire: se alcuni consiglieri della Margherita non appoggiano la mozione, la Caritas diocesana prende parola appellandosi alla necessità di una presa in carico globale delle persone, e tuttavia non solo non si oppone, ma si affida al giudizio di quegli operatori «con esperienza, conoscenza e cuore che possono dare un parere autorevole circa la questione tecnica sollevata dalla mozione dei venti consiglieri comunali». E mentre An percorre le circoscrizioni cittadine a caccia di consensi contro – a volte riuscendoci complice la propaganda disinformata dai toni forti – operatori e promotori della petizione popolare fanno lo stesso, ma a caccia di luoghi dove fare informazione corretta e rispondere a tutte le domande che chiunque voglia porre. Anche questo è un buon esempio di come si dovrebbe fare, ma limitato a pochi, troppo pochi volenterosi. Intanto, le previsioni sono caute ma ottimiste, almeno per Terry Silvestrini, secondo cui la mozione, nonostante i venti consiglieri firmatari non siano l’intera maggioranza, ha buone probabilità di passare. Un bel banco di prova per la politica locale: «Per innovare è necessario rompere degli schemi con un po’ di coraggio – dice Silvestrini – e non spaventarsi delle reazioni conservatrici e retrive che lavorano non con argomenti razionali ma sulla base di un sentire emotivo e ideologico. La politica deve essere capace di questo coraggio». Speriamo che abbia ragione.

Teoria pratiche e orizzonti della limitazione dei rischi, uno sguardo d'insieme ai quindici anni trascorsi

PER RITROVARE LA SPINTA PROPULSIVA

Grazia Zuffa - Fuoriluogo, novembre 2007

La quarta edizione della Conferenza sulla riduzione del danno dei paesi latini, che si aprirà fra pochi giorni a Milano, riveste un significato particolare. In primo luogo per noi italiani, che assistiamo increduli al consolidamento (al posto della demolizione) dell'approccio di tolleranza zero sancito dalla legge Fini Giovanardi. Così, mentre il sospirato testo governativo di riforma non riesce ad approdare al tavolo dei ministri, il neo varato pacchetto sicurezza rialza la posta della famigerata legge antidroga, promettendo il carcere sicuro per i piccoli pesci, anzi per i piccolissimi (vedi Francesco Maisto, Fuoriluogo, ottobre '07); e meno male che la proposta Boato ha iniziato l'iter in commissione, tanto per salvare la decenza. La speranza è che l'assise di Milano dia un segnale dal basso decisivo, per scuotere la politica e rimotivare il movimento.

Tuttavia, la seria impasse di casa nostra non origina esclusivamente, né si esaurisce, nel contesto italiano. Più alla radice, guardando al panorama internazionale, è bene chiedersi con coraggio se la riduzione del danno conservi ancora la sua "spinta propulsiva" di modello politico alternativo alla zero tolerance. L'interrogativo è d'obbligo, guardando alla parabola che dalla Carta di Francoforte, del 1990, conduce ai proclami anti-lavavetri dei nostri sindaci e al già citato pacchetto sicurezza del governo in questo volgere del 2007. Quasi un ventennio fa, la municipalità di Francoforte e molte altre città del Nord Europa, dichiaravano il fallimento della "guerra alla droga", denunciando l'impossibilità di gestire i conflitti urbani con l'arma della repressione; e cercavano in alternativa di "gettare ponti" fra la cittadinanza e i consumatori investendo sul sociale e sulla tutela della salute pubblica. Oggi all'opposto i sindaci nostrani, con l'entusiasmo dei convertiti, abbracciano il credo del "pugno duro", decretando l'esilio di lavavetri e prostitute, di drogati e accattoni: parole come "convivenza" e "mediazione" (fra soggetti, gruppi, condizioni e stili di vita differenti) sono anch'esse messe al bando dal linguaggio di amministratori e governanti, che si affidano alla lunga mano della legge penale per "ripulire dal degrado" piazze e marciapiedi.

Questa premessa può suonare strana a qualcuno, forse. Si dirà che la riduzione del danno non ha mai avuto (né dovrebbe avere) l'ambizione di rappresentare un modello di governo complessivo della questione droghe. Né tanto meno avrebbe a che fare con la pluralità dei conflitti in una società moderna (immigrazione, povertà etc.), oltre la droga. C'è una parte di verità in questo. Sin dall'inizio la partita vera si è giocata sul modo di intendere la riduzione del danno: fra chi la voleva e la vedeva solo come una articolazione della risposta sociosanitaria, per aggiungere (nella maniera più indolore possibile) nuovi interventi a quelli tradizionali di prevenzione/cura/riabilitazione; e chi la propugnava come modello di riforma della politica delle droghe, per uscire dal tunnel del just say no degli anni ottanta. Molti degli slogan di lancio della riduzione del danno riecheggiano la prima posizione: come il leit motiv "Contro la droga, cura la vita" della 2ª Conferenza governativa sulle tossicodipendenze, che cercava di conciliare la riprovazione del consumo con la presa in carico di chi mette in atto il comportamento riprovato. Ad onor del vero, la controversia si era già manifestata alla Conferenza internazionale sulla riduzione del danno di Firenze, nel 1995, quando era risuonato l'appello ad accantonare come "non pertinenti alla riduzione del danno" i temi di una nuova regolazione della canapa e più in generale dell'"alleggerimento penale". Alla fine la lettura ridimensionata della riduzione del danno ha prevalso, quanto meno fra i politici: il che dà conto, almeno in parte, della fallita depenalizzazione del consumo personale, promessa alla conferenza di Napoli e mai realizzata dall'allora centro sinistra. Perciò in Italia la riduzione del danno non è mai stata del tutto "sdoganata" e la politica, anche a sinistra, è rimasta priva di riferimenti per una vera riforma (ancorché moderata) della politica sulle droghe.

La mancata abrogazione della legge Fini Giovanardi ha radici lontane, come si vede, così come la confusione di messaggi da parte di ministri e di ministre attuali, fra inni al "consumo zero" e ai

test antidroga nelle scuole, e goffe aperture alla cosiddetta “distribuzione controllata” di eroina ai tossici, presentata in alternativa (sic!) alle “stanze del consumo”.

Sarebbe il caso di fare un passo indietro, per prendere la rincorsa e farne due avanti: guardando allo spirito della Carta di Francoforte, ma anche a molti dei suoi enunciati programmatici, mai attuati in Italia: dalla modulazione della risposta penale (“da ridurre al minimo necessario”), alla tutela sanitaria (pill testing, sperimentazione di trattamenti con eroina), all’azione sociale (incremento del welfare, sviluppo della bassa soglia con le “stanze del consumo”).

C’è dell’altro. Il panorama dei consumi è nel frattempo profondamente cambiato e appare sempre più chiaro che il consumo dipendente copre solo una fetta limitata dell’uso di droghe illegali. Il fatto non è sorprendente, guardando all’alcol; ma è appunto questo parallelismo fra droghe legali e illegali a risultare indigesto perché inficia nel profondo la cultura della proibizione. Cambia radicalmente il modo di guardare alle droghe: il consumo è un comportamento a rischio che solo in un numero limitato di casi si tramuta in danno. Non solo l’attenzione si sposta dalle sostanze al contesto (più o meno rischioso) del consumo; cambia anche l’obiettivo primario delle politiche pubbliche, che diventa il contenimento dei rischi, per l’appunto, in luogo dell’eliminazione del consumo. Siamo ben lontani dall’idea “ausiliaria” della riduzione del danno rispetto agli interventi tradizionali, per avviare alla rete dei servizi i tossici più gravi.

L’innovazione teorica è stata presente fin dall’inizio nel dibattito internazionale. Ne fa fede il documento redatto nel 1994 da esperti di diversi paesi del mondo, che riproponiamo in queste stesse pagine: «...l’ipotesi sottesa è che sia meglio per la società mirare a ridurre i danni e i rischi del consumo, anziché votarsi completamente a liberare la gente dalla droga». È una chiara allusione alla “normalizzazione” delle droghe illegali. Le implicazioni politiche sono evidenti, e si spiegano le resistenze ad assumere il nuovo paradigma. Anche per questa via ha prevalso la visione “ancillare” delle pratiche di riduzione del danno, con un mutamento della rappresentazione sociale del consumatore che rimane nell’ambito del politicamente corretto: il modello “morale” ha ceduto il passo a quello “medico”, l’immagine del consumatore come deviante da punire è stata sostituita da quella del tossicodipendente come malato da curare. Il venire a patti col consumo è presentato come l’estrema ratio di fronte alla “miseria” del tossico.

Chi non ricorda lo slogan “non si può curare un tossicodipendente morto?”. Il suo successo negli anni ‘90 testimonia la capacità di penetrazione del modello “malattia”, che ha certo svolto una funzione storica di “prima acculturazione” sulle droghe, come già avvenuto per altri fenomeni di difficile accettazione sociale sulla scia del ben noto percorso di “medicalizzazione della devianza”. Oggi però il modello patologico risulta inadeguato rispetto ai nuovi consumi, e non offre una sponda valida a contrastare la controffensiva dell’approccio “morale” e repressivo.

La riduzione del danno è ad un bivio. La aspetta un ritorno al futuro, oppure è condannata alla decadenza.

Lo strano dibattito torinese sui trattamenti con eroina giocati contro le stanze del consumo

COME NASCONDERSI DIETRO FALSE ALTERNATIVE

Susanna Ronconi - Fuoriluogo, Ottobre 2007

Torino, partita bene con una mozione in Consiglio comunale che prevedeva innovazioni del sistema dei servizi di riduzione del danno, sensate, come stanze per il consumo e trattamenti con eroina, è finita male. Ponendo e ponendosi un aut aut: meglio le stanze del consumo o l'eroina medica? La domanda appare poco comprensibile, come, per esempio potrebbe essere questa: meglio l'energia eolica o il barolo di annata? Di che alternativa stiamo parlando? Eppure è la domanda che ha attraversato, da un certo momento in avanti – cioè dall'intervento paralizzante della ministra Turco – il dibattito nella città e nel Consiglio comunale di Torino attorno alla sperimentazione di una stanza del consumo. Possibilità naufragata dentro questo strano dibattito fatto di strane alternative, che sembrerebbe del tutto strampalato a qualsiasi dei tanti operatori e amministratori europei che le stanze le hanno promosse, nelle loro città, e continuano a sostenerle, e che, per altri versi e altri obiettivi, hanno promosso anche l'eroina medica. Inserendo entrambi nel sistema integrato riduzione del danno-cura.

La prima alternativa, infondata ma ben più comprensibile: l'opposizione da subito strilla "stanze contro comunità", riduzione del danno contro astinenza, dimenticando che le stanze sono alternativa alla strada e non alla terapia. Ma questo è nell'ordine delle cose di un dibattito tradizionalmente ideologico e urlato.

La seconda alternativa, invece, spunta in seno a quanti, inizialmente, sembrano sostenere la sperimentazione, e suona così: "eroina medica meglio delle stanze". Riguarda la maggioranza di centrosinistra, che su questo si spacca, e a prima vista può sembrare addirittura un dibattito "avanzato": guarda come si discute a Torino, manco fossimo a Zurigo... Sindaco e alcuni consiglieri, dopo mesi di petizione popolare, iniziative dal basso, audizioni e consulenze scientifiche, traggono dal cappello il coniglio della prescrizione di eroina medica non accanto alle, ma contro le stanze. E la propongono così: ciò che più inquieta è l'idea di assistere ad una assunzione di una sostanza "sporca", da mercato nero. Allora, già che ci siamo, tanto vale lavorare da subito per somministrare eroina medica, leggi "pulita". Detto così, c'è da far un salto sulla sedia: caspita!, a Torino stanno prendendo una decisione rivoluzionaria... eroina pulita a tutti i tossicodipendenti che stanno in strada, e somministrata in apposite stanze! A leggere i giornali, si capisce questo. I cittadini non esperti vanno in confusione – ma come? si può? – quelli esperti capiscono dove stiamo andando.

La voluta confusione tra un servizio di riduzione del danno, a bassa soglia di accesso, mirato alla tutela della salute di chi sta usando in condizioni a massimo rischio, e la prescrizione di eroina medica come trattamento terapeutico (che questo è in tutto il mondo) ad alta soglia di accesso, mirato a gruppi selezionati: questa "alternativa" serve in realtà solo a trarre d'impaccio una maggioranza che non osa decidere coerentemente con i bisogni di chi consuma e le emergenze della città, per ragioni strumentali di politica locale e insieme per ragioni di mancanza di chiari indirizzi innovativi sulle politiche pubbliche sulle droghe (stiamo ancora aspettando una chiarezza sul famoso "quarto pilastro"). Cioè: le stanze potevano essere decise qui e ora, dunque con una responsabilità della politica locale (e dei vari altri attori locali, che avrebbero dovuto dire, ci sto o non ci sto, promuovo consenso oppure dissenso, metto la mia faccia), l'eroina medica rimanda (alle calende) al governo centrale, se la vedano a Roma. Non solo: le stanze sono una accoglienza per il consumo attivo, dare un luogo ai consumatori e limitare i rischi, occuparsi della vita altrui anche se non è come noi vorremmo, fare riduzione del danno. È un approccio mite, un'accoglienza, una sospensione del giudizio in vista di primari obiettivi di salute. L'eroina medica – per altro innovazione assai auspicabile – è una cura in più per chi in cura vuole mettersi. Preziosa per un gruppo di tossicodipendenti, e non necessariamente tende all'astinenza, certo; e tuttavia consente a una politica locale poco coraggiosa di continuare a nascondersi dietro una medicina per curare, al fine di non affrontare mai il nodo di una stanza per prendersi cura.

Germania, i risultati positivi della sperimentazione di trattamenti con diacetilmorfina condotta in sette grandi città

La formidabile macchina da guerra tedesca

Giorgio Bignami – Fuoriluogo, Dicembre 2007

Se si trattasse di una nuova lucrosa indicazione di un qualunque vecchio farmaco, l'ultracentenaria diacetilmorfina (diamorfina, eroina: classe 1898, un anno prima dell'aspirina) da quel dì sarebbe stata registrata nel mondo intero per il trattamento dei soggetti a forte rischio per cronica dipendenza dall'eroina di strada – ovviamente col dovuto corteo di garanzie e limitazioni del caso, come ormai avviene per molti farmaci e/o particolari indicazioni dei medesimi. Infatti i dati sinora prodotti a favore di detto trattamento sono a tal punto probanti che non solo le mancate autorizzazioni rappresentano uno scandalo su scala planetaria; ma addirittura esse appaiono contrarie a quelle regole etiche internazionalmente accettate le quali consentono ulteriori sperimentazioni su di un trattamento di provata efficacia solo se esso è reso disponibile a tutti i soggetti che possono trarne vantaggio, indipendentemente dall'arruolamento o meno come partecipanti a una ricerca.

Sono noti i risultati delle sperimentazioni condotte negli ultimi quindici anni, da quella svizzera a quella olandese. Nel secondo caso, ai risultati uniformemente positivi riguardanti lo stato di salute e la condizione sociale dei soggetti, si sono aggiunti più di recente quelli di minuziose analisi economiche, che hanno dimostrato una forte riduzione dei costi diretti e indiretti per la comunità: compresi sia quelli derivanti dal bisogno di cura e dalla disoccupazione, sia quelli per danni e per azioni penali a seguito di reati commessi dai tossici per sopravvivere e per procurarsi la droga.

I tedeschi sono partiti più tardi, nel 2002: ma sfruttando le informazioni raccolte nelle ricerche precedenti (e quindi identificandone le inevitabili incompletezze) e poi mettendo in moto una macchina organizzativa di formidabile sistematicità e potenza – se non fosse per i precedenti storici, diremmo: una vera e propria macchina da guerra totale – hanno fatto un vero e proprio *en plein*. Per questa ricerca si sono consorziati: il Ministero della salute del governo federale; tre Stati (Bassa Sassonia, Renania settentrionale-Westfalia e Assia); sette città per lo più di grandi dimensioni (Amburgo, Hannover, Colonia, Francoforte, Bonn, Karlsruhe, Monaco). In base a una selezione iniziale a partire da moltissimi soggetti, e dopo la esclusione di quelli che non rispondevano ai criteri per i trattamenti previsti, sono state arruolate oltre 1.000 persone dipendenti da eroina di strada da almeno cinque anni, quasi tutte in pessime condizioni di salute fisica e mentale, disoccupate, senza fissa dimora, socialmente isolate, spesso dedite ad attività illecite per sopravvivere e per procurarsi la droga e quindi bersaglio di condanne penali. La metà circa erano soggetti con contatti scarsi o nulli coi servizi ("Non raggiunti"). Gli altri invece erano già da tempo arruolati in programmi di trattamento con metadone combinato con varie misure di sostegno, e ciò nonostante seguivano a far regolarmente ricorso all'eroina di strada ("Fallimenti del trattamento metadonico"). La metà circa dei soggetti non raggiunti e dei soggetti con fallimento del trattamento metadonico venne assegnata a caso al trattamento con metadone per via orale ai dosaggi consueti, l'altra metà al trattamento con eroina per via endovenosa tre volte al giorno (dose quotidiana media circa 0,5 g, dose quotidiana massima 1 g, singola dose massima 0,4 g), più una piccola dose serale di metadone, qualora richiesta per evitare crisi notturne di astinenza durante il più lungo intervallo tra una iniezione e l'altra. Infine ciascuno dei quattro sottogruppi venne suddiviso, sempre a caso, in due ulteriori sotto-sotto gruppi riceventi rispettivamente o una combinazione di case management (cioè contatti con un operatore costantemente disponibile) e di counseling farmacologico, ovvero un più specifico trattamento psicoeducativo. Di quest'ultima suddivisione non dovremo più occuparci, poiché non ha avuto influenza alcuna sui risultati.

Il primo risultato interessante riguarda la frequenza di abbandoni, assai più elevata nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone (circa il 60 %) che nei soggetti trattati con eroina (circa il 30%): ma questo, solo per una forte differenza iniziale, dovuta al ritiro di parecchi soggetti che una volta assegnati dalla ruota della fortuna al trattamento metadonico, anziché a

quello eroinico, hanno preferito tagliare immediatamente la corda (ma molti dei ritirati sono andati o tornati a curarsi in programmi di ordinaria amministrazione comprendenti per lo più un trattamento metadonico). Riguardo agli obiettivi principali della ricerca – stato di salute fisica e mentale, e frequenza di ricorso a droga di strada prima e dopo i 12 mesi della prima fase della ricerca (v. oltre) – le differenze a favore del trattamento con eroina sono state costantemente assai significative secondo i più sofisticati metodi statistici: più consistenti per il ricorso a droga di strada (oltre 20% di maggior riduzione, tra l'altro non accompagnata da un aumento del ricorso ad altra droga "dura" come la coca), meno consistenti per lo stato di salute fisica o mentale, peraltro fortemente migliorato con ambedue i trattamenti. E inoltre: malgrado le gravi difficoltà nel mercato del lavoro e in quello delle abitazioni, si sono riscontrati consistenti miglioramenti sia della situazione lavorativa e di quella abitativa, sia della socializzazione, mentre si riducevano le attività illecite e le relative azioni penali.

Dopo la conclusione della prima fase nel 2004 – il relativo rapporto del Centro per la ricerca sulle tossicodipendenze dell'Università di Amburgo, di oltre 150 minuziose pagine, è del gennaio 2006 –, si è svolta una seconda fase nella quale hanno seguito a ricevere eroina i soggetti già facenti parte del gruppo trattato con eroina, e sono stati inseriti in tale gruppo, sino a coprire i posti lasciati liberi dagli abbandoni, un certo numero di soggetti precedentemente inseriti nel gruppo trattato con metadone, che lo richiedevano. Anche in questa seconda fase i risultati sono stati altrettanto positivi: in particolare, i soggetti precedentemente trattati con metadone hanno rapidamente raggiunto i livelli di salute fisica e mentale e di astinenza dalla droga di strada ai quali erano già pervenuti i soggetti trattati con eroina sin dall'inizio. L'unico dato moderatamente negativo: nei soggetti trattati con eroina, la frequenza degli effetti collaterali (soprattutto depressione respiratoria) è stata maggiore che nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone; questo, tuttavia, in una misura che non intacca se non marginalmente la notevole differenza di rapporto beneficio/rischio tra i due trattamenti. E inoltre un dato che non si riesce a spiegare e che richiede ulteriori specifiche ricerche: nelle donne le differenze tra chi riceveva metadone e chi riceveva eroina sono state minime rispetto a quelle assai più consistenti riscontrate negli uomini.

E allora? Un'antica favola narra che a un certo re venivano ripetutamente avanzate proposte mirate a migliorare le condizioni del suo regno e dei suoi sudditi, proposte però spesso scarsamente compatibili con gli interessi della sua regale famiglia. Il furbacchione non opponeva mai un esplicito rifiuto, ma ascoltava i "miglioristi" sempre e soltanto con l'orecchio colpito da sordità. Perciò nella favola si ripete all'infinito l'amenò ritornello "Ma il Re da quell'orecchio non ci sentiva...". Scherzi e favole a parte, alla luce dei risultati svizzeri, olandesi e tedeschi, la mancata ottimizzazione dell'assistenza e cura dei soggetti dipendenti da droga di strada non è più soltanto una mancata riduzione del danno. Ormai si tratta di lesioni dolose e di strage premeditata, con tanto di associazione trasversale a delinquere.

Dal primo studio alla messa a regime delle terapie con eroina medica, un percorso lungo oltre dieci anni

FIDUCIA NELLA SCIENZA E SERIETÀ POLITICA, LA RICETTA SVIZZERA

Matteo Ferrari - Fuoriluogo, dicembre 2007

Bellinzona - Il Dam (diacetile di morfina) è utilizzato in Svizzera ormai dal 1994 in modo strettamente regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa in carico psicosociale supportata da un trattamento medico: l'approccio terapeutico denominato "trattamento a base d'eroina" è rivolto a persone gravemente dipendenti che non hanno raggiunto risultati soddisfacenti in altri tipi di trattamento.

All'inizio degli anni '90 fece scalpore la notizia che, a causa del marcato immiserimento di un'importante fascia di persone tossicodipendenti, la Svizzera intendeva sperimentare l'uso di eroina in trattamenti sostitutivi. L'utilizzo terapeutico di stupefacenti non era una novità, accanto al metadone si usavano già almeno un'altra decina di stupefacenti, ma siccome l'eroina era un farmaco di cui era vietato l'uso medico, si optò per una sperimentazione sulla base di protocolli di ricerca dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 1997 un rapporto descriveva l'esito positivo di tre anni di sperimentazione e riconduceva gli eccellenti risultati non solo all'utilizzo di un nuovo farmaco, ma all'adozione di un articolato sostegno psicosociale.

Nel medesimo anno, in votazione popolare fu respinta in modo chiaro un'iniziativa che proponeva un divieto costituzionale dell'uso terapeutico dell'eroina. Entrò quindi in vigore nel 1998 un decreto che, pur mantenendo il principio del divieto d'uso medico, concedeva che a particolari condizioni, legate alla tipologia dei destinatari e alle strutture utilizzate, i Cantoni potessero però richiedere una deroga. Per una casistica che si riteneva potesse comprendere un massimo del 10% delle persone dipendenti da oppiacei (stimate essere 30.000 in Svizzera) diveniva dunque possibile utilizzare l'eroina quale agente terapeutico in programmi comprendenti un sostegno psicosociale ed eseguiti sotto la responsabilità congiunta di medici ed operatori sociali.

Con la riforma legislativa approvata a fine 2006, il trattamento a base d'eroina è infine uscito dal contesto della deroga a un divieto ed è stato inserito a pieno titolo nel novero degli strumenti terapeutici utilizzabili. Rimane però un'opzione ad alta soglia, che si usa in modo mirato e controllato per la presa a carico di situazioni cronicizzate e non quale risposta standard a ogni dipendenza da oppiacei. La sua fattibilità (in particolare, rischi di overdose, violenze o furti) è riconosciuta come assodata.

L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare alla luce degli obiettivi terapeutici specifici: integrazione terapeutica di tossicomani difficilmente avvicinabili con altre terapie, miglioramento del loro stato di salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco dalla scena della tossicomania, riduzione della delinquenza). L'abbandono duraturo del consumo d'oppiacei figura per contro solo quale obiettivo a lungo termine. I risultati del periodo sperimentale 1994-96 e delle successive verifiche puntuali mostrano un alto tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione molto forte dei comportamenti criminosi. L'utenza che segue i trattamenti da almeno un anno consuma meno frequentemente altre sostanze, in particolare alcol, cocaina, cannabinoidi e tabacco, rispetto a chi ha appena iniziato la terapia.

Questo trattamento richiede tempo: la durata media di presa a carico è di quasi tre anni, anche perché l'età media dei pazienti si è alzata e sfiora ormai i quarant'anni. Ogni anno, tra 180 e 200 pazienti terminano il trattamento a base d'eroina. Quasi la metà di essi si dirige verso un trattamento metadonico e un quarto verso un trattamento basato sull'astinenza.

Dati gli obiettivi del trattamento, fondamentale è la soddisfazione dei pazienti stessi. È stata pertanto introdotta col tempo una procedura di valutazione che li coinvolge tramite questionari sul centro frequentato, sul grado di soddisfazione e sul successo del trattamento. Una netta

maggioranza delle persone in trattamento si dichiara contenta o molto contenta dei risultati ottenuti.

Nel 2002 il trattamento a base d'eroina è entrato nel novero delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria, in quanto soddisfa i requisiti previsti: essere un trattamento "efficace, appropriato ed economico". Lo Stato da allora non finanzia più le prestazioni al paziente, ma solo gli aspetti scientifici e quelli legati alla qualità, alla valutazione e alla formazione continua. I confronti avviati fra i 20 e più centri autorizzati hanno permesso d'insediare una rete di contatti e una cultura improntata al costante sviluppo della qualità. È un approccio che si è rivelato promettente e che si sta estendendo ai centri e servizi che dispensano metadone, la cui qualità d'intervento è decisamente minore.

In particolare, le discussioni sulle sanzioni previste nei contratti terapeutici hanno evidenziato le frequenti difficoltà di pazienti sofferenti psichicamente a rispettare le regole. Nell'insieme, i centri hanno tuttavia fatto buone esperienze nel formulare regole ben chiare, nel comunicarle senza ambiguità e nell'applicare il sistema di sanzioni previsto in ogni istituzione.

Nella discussione sulle modalità e sul ruolo del trattamento a base d'eroina, è emersa l'opportunità di rafforzare la relazione tra questo tipo di trattamento e la psichiatria sociale. È importante poter seguire al meglio i singoli pazienti, ma pure promuovere le necessarie competenze in psichiatria per il personale sociosanitario a contatto con l'utenza. In particolare, i medici dei centri possono ora seguire una specifica formazione sui disturbi "borderline".

Interessante è lo sviluppo della posologia del Dam. Nella forma iniettabile per endovena (flaconi da 10g) è stato registrato quale medicamento già nel 2001, mentre per l'inizio 2008 è attesa una decisione definitiva sulla domanda d'autorizzazione per le compresse a liberazione rapida (compresse da 200mg). Inoltre, il fornitore ha depositato nel dicembre 2005 la domanda d'autorizzazione per delle compresse a liberazione lenta (da 200mg).

L'utilizzo di compresse d'eroina, infatti, è una forma di consumo meno rischiosa rispetto all'applicazione endovenosa e consente l'ammissione di persone gravemente dipendenti che hanno solo sniffato o inalato la sostanza. Uno studio di coorte ne ha valutato la sicurezza e la tolleranza: variazioni nel dosaggio, effetti secondari e soddisfazione dei pazienti. I risultati indicano che l'uso di compresse ha effetti positivi sul tasso di ritenzione. Inoltre, i dosaggi, a parte eccezioni, restano stabili e il tasso d'incidenti è minore che presso i pazienti con utilizzo per endovena.

Si può affermare che, per migliorare il trattamento, tendenzialmente i centri si allontanano dalla specializzazione basata sull'eroina per andare verso l'utilizzo di più farmaci: metadone, buprenorfina ed eroina. Le compresse, come gli altri metodi, sono uno strumento a disposizione, da valutare caso per caso. Per il paziente di lunga data, l'utilizzo di compresse può significare il tangibile raggiungimento di una maggiore autonomia.

Nel 2006, la quantità totale di diacetilmorfina utilizzata nei centri è stata di 230 kg, per 1.289 pazienti in trattamento ad inizio 2006 in 21 centri e due prigioni, con un dosaggio medio giornaliero attorno al mezzo grammo. Per il 69% si è trattato di sostanza iniettabile, per il 20% di compresse a liberazione rapida e per l'11% a liberazione lenta. Il Dam iniettabile è utilizzato direttamente nei centri, mentre le compresse possono essere consegnate agli utenti: ciononostante, a conferma dell'elevata compliance degli utenti, non c'è stato alcun segnale di "travaso" sul mercato nero, che risulta pertanto l'indubbio perdente nell'adozione dei trattamenti a base d'eroina.

Studi effettuati in Olanda, Germania, Spagna e Gran Bretagna confermano i risultati positivi registrati in Svizzera e nuove esperienze sono in corso in Canada e Belgio. Il trattamento a base di diacetilmorfina (eroina) è così una delle terapie meglio studiate nell'ambito della tossicomania e il suo valore scientifico e clinico può essere ormai considerato acquisito.

Nei grandi eventi ricreativi l'amministrazione cittadina ha voluto privilegiare una idea di sicurezza intesa come ordine pubblico

SALUTE DELLE PERSONE, UN OBIETTIVO PRIORITARIO. ANCHE A FIRENZE

Stefano Bertoletti, Cooperativa sociale Cat, Firenze – Fuoriluogo gennaio 2008

Il 2007 sarà ricordato come l'anno in cui, sul tema sicurezza, molte cose sono cambiate. In peggio. Tali cambiamenti hanno trovato in Firenze il luogo emblematico da cui le novità hanno preso avvio, e non solo per i lavavetri: anche la gestione degli eventi ricreativi e dei consumi di droghe che lì avvengono ne è stata investita.

Emblematica è l'esperienza del "progetto Extreme" che in Toscana si occupa di realizzare interventi di riduzione dei rischi all'interno di feste, rave e festival di grandi dimensioni, come Italia Wave.

La scorsa estate il festival, che per molti anni si era svolto a Arezzo, si è trasferito a Firenze, preceduto da un notevole allarme nell'opinione pubblica, indotto anche da alcune trasmissioni di largo ascolto. Un clima di tal genere ha favorito il dispiegamento di un disegno contro molte manifestazioni di aggregazione e di divertimento, rappresentate come forme dell'eccesso e del disordine: le aggregazioni notturne nelle piazze, la permanenza sui sagrati, i locali aperti fino a tarda notte, fino alle scritte sui muri. Si è quindi collocato il festival al di fuori del Comune di Firenze, adottando una linea di forte selezione dei partecipanti, con l'obiettivo di eliminare gli indesiderabili e i soggetti considerati a priori portatori di problemi (persone con cani, in furgoni, camper etc.). Tra gli obiettivi di salute pubblica e quelli di sicurezza intesa come ordine pubblico, si sono riorientate le priorità, dando la precedenza a questi ultimi e cambiando il modello di intervento degli anni precedenti: che prevedeva, come prerequisito, la disponibilità e la tolleranza delle città ospitanti nei confronti dei tanti e diversi frequentatori di tali eventi, con il coinvolgimento dei servizi specializzati nella riduzione dei rischi e in stretta collaborazione con i servizi pubblici delle dipendenze e il servizio di emergenza del 118.

Il nuovo modello 2007, al contrario, ha puntato quasi esclusivamente sulla capacità di interdizione delle forze dell'ordine, mettendo in secondo piano il lavoro delle equipe di prevenzione e riduzione dei danni. All'interno del festival, si è puntato tutto sulla logica del controllo, rendendo assai difficoltoso il lavoro degli operatori del progetto Extreme e dei servizi di urgenza in un contesto di totale "sommerso" dei consumi di droghe. Il progressivo occultamento del fenomeno non può che preoccupare gli operatori della prevenzione: tutto un mondo di consumatori si sono visti costretti a nascondersi, nel tentativo di non incorrere nei rischi legali conseguenti dell'attuale legislazione repressiva, esponendosi però a rischi importanti per la loro salute.

Si è creato un clima pesante anche in città, con una operazione di ripulitura preventiva dalle persone con precise caratteristiche (cani al seguito, abbigliamento punk e simile); con l'emanazione di decreti per proibire la vendita di alcolici negli esercizi pubblici delle piazze oltre l'una di notte; con un pressante controllo delle forze dell'ordine nei consueti luoghi di aggregazione.

Alla conclusione di Italia Wave, le autorità cittadine hanno indicato tale esperienza come una positiva prova generale per il futuro, sottolineando l'assenza di disordini ed incidenti. A quale futuro si riferiscono? Prefigurano una Firenze senza comportamenti problematici, ri-ordinata nei comportamenti e nei consumi? O semplicemente si intende mostrare che, con alcune misure d'ordine, è possibile far scomparire (dalla vista) le cose imbarazzanti e scomode e dimostrare allo stesso tempo che la complessità dei fenomeni sociali è solo un'invenzione dei soliti intellettuali?

Questa politica esporrà a rischi maggiori la salute dei consumatori: aumenteranno gli eventi illegali e le feste private, che si disperderanno sul territorio; aumenterà la tendenza dei consumatori e delle persone dipendenti ad isolarsi, cresceranno gli eventi infausti e le overdose. L'esperienza ci dice che le politiche securitarie di Firenze non faranno diminuire i consumi e i rischi connessi. Ciò che rischia di venire meno è la presenza di servizi in grado di tutelare la salute e la sicurezza dei consumatori e in generale la sicurezza all'interno degli eventi.

Riduzione dei rischi. Dalle esperienze nei contesti di divertimento alle basse soglie diffuse per ampliare la rete degli interventi

ACCANTO AI CONSUMATORI ALLA RICERCA DELLA SICUREZZA POSSIBILE

Stefano Bertoletti – Fuoriluogo, Maggio 2008

La strada intrapresa da diversi gruppi di operatori negli ultimi anni, affrontando il lavoro di prevenzione e di riduzione dei rischi nei contesti di divertimento, li ha portati a cambiamenti significativi nel modo di tematizzare i fenomeni di consumo e le finalità di intervento. Basti pensare alla riconsiderazione del piacere legato ai consumi, alla presa d'atto che esiste un consumo non problematico e non solo dipendenza, all'attenzione alla "trasversalità" degli stili di vita che lega tra loro consumatori in contesti diversi. Tutto ciò ha motivato la sperimentazione di nuovi approcci e di servizi diversi da quelli tradizionali, ha ampliato le strategie degli interventi preventivi integrando e trasformando, in parte, la prospettiva della riduzione del danno. In un momento di incertezza politica come questo, è bene ricordare alcuni traguardi raggiunti e dati acquisiti:

- la capacità di raggiungere contesti di consumo prima trascurati o difficili da accostare, dalle discoteche ai rave party passando per i grandi festival e il frammentato mondo notturno (pub, discopub, feste private..), fino alle aggregazioni spontanee che, di giorno e di notte, animano (non senza problemi) le piazze delle nostre città;
- il riconoscimento delle dimensioni extralocali e del nomadismo che caratterizzano i flussi e le aggregazioni giovanili, con la conseguente necessità, da parte degli enti locali, di superare visioni meramente localistiche;
- il superamento di un'ottica centrata esclusivamente sulla dipendenza, sia rispetto alla comprensione dei fenomeni, sia rispetto alle priorità di intervento. Si è compreso, ad esempio, che per entrare in contatto con le persone in difficoltà a causa del loro consumo di sostanze, si deve tenere conto del contesto ambientale, della situazione specifica della persona, delle caratteristiche delle sostanze assunte e del tipo di mix sperimentato. Prioritario è diventato l'intervento sui rischi emergenti nel breve-medio termine (tra i quali i rischi legati agli incidenti stradali e sul lavoro), sui malesseri dopo l'assunzione e sulle crisi con conseguenze psichiche e, ora più di prima, sui problemi di natura legale;
- il rapporto e le collaborazioni con attori fondamentali all'interno dei contesti di loisir e il coinvolgimento diretto dei consumatori stessi. Attraversando la peer education si è arrivati a comprendere che gli utenti, una volta visti soltanto come possibili fruitori dell'azione sociale, possono divenire partner efficaci del reticolo operativo tanto quanto gli altri servizi presenti sul terreno di intervento. In questo senso, la partecipazione ad un rave, ad un free festival non viene più pensata soltanto come un'azione di diffusione di messaggi preventivi, ma come un'occasione di concertazione (con gli organizzatori e i partecipanti) per la realizzazione di un evento safe, dove la progettazione di una sicurezza possibile deve essere responsabilità di tutti i soggetti che promuovono, o che semplicemente partecipano, all'evento.

Tutto questo ha prodotto uno sviluppo inedito in termini di modelli e strumenti operativi per gli interventi outdoor, ma non sono mancate le esperienze che hanno tentato di creare un più ampio sistema di connessione tra i servizi "classici" e altri luoghi di risposta alle domande di aiuto. Tali esperienze possono rappresentare uno stimolo per aggiornare il sistema dei servizi, dotandolo di "basse soglie diffuse" in grado di realizzare una presa in carico precoce al di là dei tradizionali servizi specialistici (Sert, psichiatria, consultori). I modelli a cui ispirarsi sono vari, non certo numerosi, specialmente in Italia, ma sufficienti per individuare dei riferimenti da sviluppare: gli infoshop nati sulla scorta delle esperienze nordeuropee, i drop in specifici per consumi di tipo ricreazionale, situazioni di accoglienza rivolte ad utenze con bisogni particolari come i punkabbestia. Le caratteristiche che hanno in comune questi servizi sono: la soglia di accesso molto bassa, il lavoro in rete con gli altri servizi (di prevenzione, specialistici ecc.), l'informalità dell'approccio, la leggerezza organizzativa, ambientazioni e orari adeguati.

Per andare avanti, c'è bisogno di ampliare questo sistema di risposte che integrano il lavoro mobile delle unità di strada e si pongono in una posizione intermedia rispetto ai servizi istituzionali. Sarà utile attivare altri punti in grado di accogliere bisogni specifici di utenze identificabili e definite. Il caso del mondo del lavoro vale per tutti: l'esperienza e la ricerca indicano che una buona parte dei consumatori è costituita da lavoratori che rischiano di essere intercettati solo dalle unità mobili presenti negli eventi notturni. La grande diffusione della cocaina nei posti di lavoro pone nuove domande alle quali non è possibile rispondere senza l'attivazione di strutture intermedie, in grado di rispondere ai bisogni di chi ha una professione e, spesso, una famiglia.

Tutte queste esperienze si collocano in pieno all'interno di un trend comune a molti paesi europei, soprattutto quelli che hanno superato l'idea di un approccio ideologico al tema droghe, e tendono a creare un sistema di protezione ed un network di risposte ampio e fruibile per i consumatori. Tale approccio non deve essere trascurato soprattutto alla luce della nuova stagione politica: la difesa di questo panorama di esperienze e la sua implementazione rappresenta, infatti, una delle poche risposte che la policy community può offrire per contrastare la tendenza alla patologizzazione e all'emarginazione dei consumatori.

RIDUZIONE DEL DANNO “A PIENO TITOLO” IN PIEMONTE

Paolo Jarre – Fuoriluogo, novembre 2008

Da due anni l'Assessorato alla tutela della salute del Piemonte, sotto l'impulso dell'assessore Artesio, ha intrapreso un innovativo e per ora unico percorso per portare ad un definitivo consolidamento il negletto pilastro della riduzione del danno. Il tutto è incominciato con una delibera regionale che prevedeva di gestire attraverso un «Gruppo tecnico» la destinazione di risorse proprie della Regione per il potenziamento degli interventi di riduzione del danno. Nel 2006, per la prima volta in modo organico, fu deciso uno stanziamento per la riduzione del danno di un milione di euro per quell'anno, replicato negli anni successivi. Al Gruppo regionale per la riduzione del danno, poi, fu richiesta la redazione di un vero e proprio Piano regionale per la riduzione del danno. Il Gruppo, coordinato da chi scrive e costituito da operatori di tutte le realtà attive nel pubblico e nel privato sociale, ha in primo luogo effettuato un accurato censimento delle attività in corso, in termini di operatori, interventi, risorse, prospettive. Dalla prima rilevazione, risultavano totalmente scoperte le province di Asti, Vercelli, Novara, mentre nelle altre la mappa dei servizi includeva «drop in», unità di strada, dormitori specializzati, pronta assistenza sanitaria, consulenza legale e vari interventi di outreach e fornitura di materiali sterili. Con il primo finanziamento è stato possibile, accanto alla conservazione, con qualche potenziamento, dell'esistente, promuovere l'attivazione di nuovi servizi, mirato soprattutto alla limitazione dei rischi nei setting naturali giovanili, e due nuovi «drop in».

Il fatto principale è stato però, nel 2007, l'inserimento nel nuovo Piano socio-sanitario regionale di una previsione specifica: l'istituzione come servizi ordinari nell'ambito di ciascuna Asl piemontese degli interventi di riduzione del danno la cui validità è ormai riconosciuta. Il tutto è stato rafforzato, nella primavera del 2008, dall'indicazione data ai direttori generali delle Asl di perseguire, tra gli obiettivi generali vincolanti per la retribuzione di risultato, la progettazione di attività di riduzione del danno in tutto il territorio piemontese. Nel febbraio 2008 il gruppo tecnico ha formalizzato il Piano regionale con la previsione di attività su differenti livelli. Servizi di Asl: disponibilità 24h su 24 di materiale iniettivo sterile in 32 città e cittadine del Piemonte; «drop in» in tutti i capoluoghi di provincia e nelle città con oltre 50.000 abitanti; unità di strada nelle concentrazioni urbane con più di 150.000 abitanti; unità di sopravvivenza notturna in quelle con più di 100.000. Servizi sperimentali: a Torino 2 strutture socio-sanitarie per il consumo protetto (le «stanze del consumo»), un dormitorio e un «drop in» aperti 24h su 24; e un servizio di strada per i nuovi consumi; nella Regione, una unità di emergenza per i rave party. È anche in corso un difficile tentativo di attivare specifici percorsi di riqualificazione del personale precario – professionale e pari – che ne permettano l'inclusione definitiva nelle dotazioni organiche delle Asl. La strada è tracciata: molte sono ancora le resistenze, anche dentro i Servizi, ma la riduzione del danno è in Piemonte in fase di espansione, anche sul piano culturale.

Sezione 4

La riduzione dei rischi nei contesti del divertimento

Rassegna stampa da Fuoriluogo

RAVE SEMPRE PIÙ AI MARGINI. MA È QUESTO CHE VOGLIAMO?

Stefano Bertoletti – Fuoriluogo, Maggio 2008

Leggendo gli articoli di molti giornali dopo la morte a Segrate di un giovane raver di 19 anni, ci si imbatte nelle solite generalizzazioni sulle droghe (tanto allarmistiche quanto imprecise) e analisi del fenomeno rave caratterizzate dalla profonda ignoranza dell'oggetto e da un moralismo indifferente, ben testimoniato da un articolo di Repubblica in cui Michele Serra definisce i rave «un rito stanco abbandonato alla deriva masochistica e autodistruttiva delle droghe».

Da queste analisi rimane fuori il tema dei bisogni sociali e di aggregazione non commerciale, a cui la scena rave risponde. Si vuole ignorare che il rave fa da contenitore a culture e linguaggi (non solo musicali) che non hanno altro luogo dove potersi esprimere. Non certamente un contesto distruttivo e nichilista quindi, ma un fenomeno vitale che presenta comunque una serie di problematiche legate agli eccessi (anche nei consumi di sostanze psicoattive) e a vari ordini di rischio (correlati spesso alle condizioni strutturali dei luoghi).

La risposta che sembrano auspicare molti commentatori, di ogni parte politica, è il contrasto sino alla chiusura di tali contesti di loisir notturno. Risposta semplice, ma che non risponde alla altrettanto semplice domanda che chiede se le persone e i bisogni che trovano spazio nei rave potranno avere cittadinanza e accessibilità in altri contesti. Credo di no. Sono sempre meno le possibilità di accedere a grandi raduni pubblici senza impattare in articolati meccanismi di controllo, di selezione (anche e soprattutto economiche) e in provvedimenti espulsivi. Il cambiamento nell'organizzazione di molti festival e l'inasprirsi dei meccanismi che regolano la notte e le aggregazioni nelle piazze urbane lo testimoniano, come anche l'indisponibilità delle amministrazioni comunali a individuare e rendere fruibili spazi per eventi giovanili autorganizzati.

Di fronte a questa situazione sono fondamentali due ambiti di azione. Da un lato c'è bisogno di attivare forme di autoregolamentazione sui temi del rispetto degli ambienti che accolgono le feste, della scelta di ambienti non rischiosi, della non sottovalutazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope, del controllo sulla presenza di spaccio organizzato e del controllo sugli episodi di violenza. Dall'altro lato c'è bisogno di sviluppare servizi appositi sulla riduzione dei danni e dei rischi e sulla tutela della salute dentro le feste.

Gli operatori sociali e le diverse équipe che hanno fatto esperienza in tali contesti, hanno svolto una funzione importante all'interno delle feste rave, garantendo interventi di informazione sulle sostanze, talvolta di primo soccorso e svolgendo un ruolo, strategico, di cerniera con le istituzioni e i servizi del territorio. Di fronte a un possibile atteggiamento repressivo nei confronti dei rave, il rischio più grande è che si verifichi, come già in passato, una frammentazione della scena e una sorta di movimento di fuga e di rifugio nel sommerso, così che feste sempre più piccole e irraggiungibili risulteranno assolutamente meno sicure e meno assistite da operatori e servizi. Insomma una entrata nel sommerso del fenomeno, con una crescita dei caratteri di "sfida" del rave che già esistono e che risulterebbero esasperati.

Riduzione dei rischi. Appunti per nuove politiche pubbliche oltre i tradizionali servizi per le dipendenze

UN TUFFO NEL REALE PER I MASSIMALISTI NOSTRANI

Renato Bricolo - Fuoriluogo, maggio 2008

La politica di riduzione dei rischi e dei danni da uso di sostanze o da comportamenti genericamente definibili come compulsivi ha la caratteristica di accettare, come base di partenza per la sua stessa impostazione, l'esistenza di persone che adottano, appunto, questi comportamenti. Esula dall'impostazione di questi ragionamenti l'ipotesi e la possibilità di risolvere radicalmente simili comportamenti, non già per il fatto che necessariamente essi siano accettati o condivisi, ma semplicemente per una presa d'atto della loro esistenza. Questa posizione compromissoria non ha mai goduto nel nostro paese di molta fortuna, appartenendo noi, a grandi linee, alle culture che definirei integraliste o massimaliste, assolutamente meno realistiche. La riduzione del danno si pone all'interno di una proposta politica di "presa d'atto" dell'esistente, e da qui si parte. Ovviamente, queste considerazioni non negano prospettive evolutive, verso la liberazione da questi comportamenti, o verso la piena legittimazione degli stessi, a seconda dei punti di vista: parte e agisce o, meglio, propone dei principi per agire, nel contesto della realtà attuale.

Nonostante le difficoltà culturali, in Italia si è andata consolidando nel tempo una prassi operativa e anche ideologica adeguata per ciò che riguarda la riduzione del danno rivolta a persone dipendenti, spesso in grave condizione di marginalità sociale: anche se con orizzonti sempre più ristretti per la contrazione dei finanziamenti e la sempre minore accettazione dell'esistente, questa prassi è in grado, con poche integrazioni, di continuare ad operare in modo adeguato. Ben diversa mi sembra essere la situazione per quanto riguarda la riduzione dei rischi, che dovrebbe essere rivolta a consumatori che non necessariamente seguono un modello di consumo intensivo/dipendente: c'è una grande quantità di persone che presentano comunque comportamenti intrinsecamente rischiosi, per utilizzo di sostanze, o adozioni di stili di vita. Questa grande quantità di cittadini, che raramente frequenta piazze o strade, se non per spostarsi da un posto all'altro, non è per così dire visibile, anzi, cerca di restare invisibile, e di mantenere segreto il proprio comportamento, o noto a pochi; è quindi difficilmente intercettabile, ma non per questo meno esposta a rischi. Ovviamente qui si è ben lontani dal voler lanciare campagne di caccia all'uomo o alla donna che nell'intimità delle loro vite scelgono di estraniarsi con il gioco, o con il piacere, prodotti in vari modi: vorrei solo evidenziare che anche per queste situazioni potrebbe essere sensato cominciare a pensare alla costituzione di occasioni, possibilità, od altro dove questi cittadini possano confrontarsi, valutare, riprendersi ed esaminare la loro situazione.

Queste possibilità non esistono nell'orizzonte degli interventi praticabili e proponibili nel nostro paese dai servizi sanitari e sociali (tranne che in quelli a pagamento). Per superare questa carenza, penso che si debba fare un doloroso passaggio: l'utilizzo di sostanze, lecite o no, l'adozione di comportamenti, lecite o no, possono esporre a rischi in ogni loro singolo utilizzo, in ogni loro singola esperienza, e non solo o non tanto perché generano o hanno generato dipendenza. Naturalmente, mi guardo bene dal dire che ogni singola esperienza porta a danni, mi limito a dire che può portare a danni. Noi non possiamo non pensare che esistono molte persone per le quali l'uso di una certa sostanza può essere nocivo, accanto ad un numero molto più grande per le quali questa sostanza nociva non è, e molto probabilmente non lo diventerà. E non possiamo non prendere atto che in queste situazioni queste persone non sanno a chi rivolgersi.

La cooperativa "Lotta contro l'emarginazione" di Milano sta elaborando i dati raccolti nella sua attività notturna in Valtellina in un periodo di quattro anni. Circa il 30% degli intervistati riferisce disturbi da sostanze, e nessuno dichiara di essersi rivolto a medici o presidi sanitari in generale. Quanto appena detto è sicuramente il risultato di impostazioni di legge repressive che hanno avuto la "splendida" conseguenza di far fuggire i possibili utenti dai luoghi di cura, anche per la confusione e l'approssimazione con le quali le procedure sono state applicate: in

ogni modo, la fuga è avvenuta ed ora dobbiamo tentare di integrare nei servizi risposte anche verso questi utenti. Tanto per fare un esempio: quanti lavoratori giocano alla fine della giornata per rilassarsi, e dilapidano non poco del loro stipendio! Io mi guardo bene dall'assumere atteggiamenti di sapiente moralismo, ma vivo abbastanza con la gente da sentire e sapere quanta sofferenza oramai è legata a questi comportamenti. E proprio perché vivo con la gente, penso che si debba cominciare ad immaginare occasioni adeguate per una presa in carico precoce delle necessità di questi cittadini.

Dicevo sopra che nel nostro paese è molto diffusa un'ideologia tendenzialmente massimalista, e molto poco propensa all'analisi del reale. Da qui noi dobbiamo però partire, dal conoscere e riconoscere le necessità, e proporre risposte. Risposte che non possono essere sempre protese alla "guarigione", all'abbandono del comportamento; oppure possono anche tendere all'abbandono del consumo, accettando però che un conto è una "tensione verso", un conto è l'ottenimento di quel traguardo o di quel risultato. Per chi ha rapporti con giovani (che oramai superano, però, i quaranta anni) è facile capire quanto questi comportamenti siano per loro importanti: l'abbandono, o la modifica di questi, è un atto molto spesso spontaneo e lento, che coincide con l'evolvere e la riorganizzazione della propria vita. È quindi evidente che debba esserci grande rispetto nel proporsi e nel relazionarsi con loro: ciò posto, però, è anche altrettanto evidente quanto possa essere importante per i giovani poter avere occasioni di confronto ed incontro con persone diverse dai loro compagni di stili di vita. E questo vale soprattutto all'inizio ed alla fine del percorso di vita, in cui si mettono in atto tali comportamenti.

Ben poco è stato fatto finora in questa direzione. Vorrei accennare come esempio al sistema "allarme rapido", per l'analisi delle sostanze in circolazione: anche nelle regioni dove si è proceduto con programmi tesi alla costituzione di servizi di "allarme rapido" non si è andati oltre la possibilità di avere accesso ai dati forniti dalle forze dell'ordine e derivanti dalle analisi eseguite sul materiale sequestrato. Nulla è stato fatto verso una effettiva e celere possibilità di procedere ad analisi di sostanze reperite sulla piazza, o dai consumatori, e comunque di origine diversa da quelle frutto dei sequestri. Eppure questo è il solo modo per avere conoscenze il più possibile adeguate sulle sostanze effettivamente in circolazione. Nulla comunque, o quasi, è stato fatto per permettere ai consumatori di avere le poche conoscenze che l'attuale organizzazione di questi servizi permette. Bisogna poi aggiungere che le nuove modalità di assunzione, molto più private, rendono ancora più frammentato il mondo del consumo e quindi anche quello dello spaccio: diventa perciò sempre più necessario attivare canali che mettano in contatto con le sostanze effettivamente in circolazione, e non solo con quelle sequestrate.

Per delineare in sintesi le linee di sviluppo della "riduzione dei rischi": una sensibilizzazione dei servizi pubblici e privati, sociali e sanitari, dal 118 al pronto soccorso, ai centri antiveneno, all'aggiornamento delle differenti specializzazioni mediche, all'offerta di luoghi il più possibile neutri (ma tecnicamente eccellenti), alla sensibilizzazione dei medici di base: affinché i cittadini che adottano stili di vita a rischio possano incontrare contributi utili per la loro evoluzione.

Eventi rave.

COSTRETTI A NASCONDERSI

Stefano Bertoletti – Fuoriluogo, settembre 2008

La notizia della morte di una ragazza di vent'anni ad una festa a Sovicille, nei pressi di Siena è rimbalzata in questi giorni sui media con i toni di sempre, quando ci sono di mezzo droghe e comportamenti giovanili considerati pericolosi. Come al solito, sul banco degli imputati compaiono i rave party, i micidiali mix di droghe, la ketamina, i giovani partecipanti, i "punkabbestia" che li organizzano. Come al solito si diffondono informazioni semplificate, per non dire falsificate, e se ne trascurano altre che potrebbero essere assai utili sia per chi frequenta tali contesti, sia per chi si occupa di questi fenomeni come operatore.

Purtroppo, il caso di Sovicille dimostra che si sta verificando quello che gli operatori più avvertiti prevedevano e temevano, e cioè che a fronte di una diffusa opera di repressione rivolta sia ai comportamenti di consumo di sostanze legali ed illegali, sia ai contesti che, come i rave, ne sono caratterizzati, organizzatori e frequentatori non rinunciano a vivere l'esperienza, ma semplicemente cambiano stile e si nascondono, rendendosi irraggiungibili. L'evento di Siena risponde a questa logica, una piccola festa quasi privata, pubblicizzata attraverso sms in una cerchia ristretta di persone, in un luogo difficilmente raggiungibile come un capanno di caccia in un bosco sperduto.

Nella vasta rassegna stampa che ha seguito l'evento infausto, soltanto un articolo poneva l'attenzione sul tema centrale, ovvero le difficoltà incontrate per portare soccorso alla ragazza e il tempo intercorso tra la chiamata di emergenza e il ricovero in ospedale. La tendenza, in Toscana, è l'organizzazione di feste come quella di Sovicille, mentre sono pressoché scomparsi i rave party "di massa": nei festival estivi i comportamenti di consumo sono sempre meno visibili, mentre buona parte degli abituali frequentatori hanno abbandonato tale scena, come appare dalle frequenze registrate ad Italia Wave e dal "flop" del festival di musica elettronica che si è tenuto all'autodromo del Mugello ad agosto, un festival che ha registrato al massimo 1.000 presenze in due giorni, contro le 10.000 attese.

Dove sono finiti i giovani che normalmente frequentano questo tipo di contesti? Forse, spinti da un clima repressivo palpabile, hanno optato per qualche festa privata dove si può fare tutto senza essere visti. Tutto ciò nei commenti di politici locali e nazionali viene riportato come un successo, il segnale di un cambiamento nelle politiche rivolte al consumo di droghe. Non è il pensiero degli operatori pubblici e privati che si occupano di questi fenomeni, per i quali la sommersione di intere popolazioni giovanili è il segno del declino preoccupante di un sistema di salute pubblica, con la perdita progressiva della possibilità di operare concretamente per ridurre i possibili danni dovuti agli abusi di sostanze.

Se davvero si vuole tutelare la salute di molti giovani, senza conculcare il loro diritto all'auto-organizzazione e all'ascolto di sonorità attualmente espulse dai circuiti commerciali, occorre essere in grado di cambiare direzione con lucidità e pragmatismo, scegliendo una volta per tutte quelle che sono le priorità riguardo alla salute delle persone.

Eventi rave.

A Zurigo è un'altra musica

Edo Polidori – Fuoriluogo, Settembre 2008

Ho assistito da poco alla street parade di Zurigo dove circa un milione di persone (prevalentemente giovani, ma anche famiglie ed alcuni che non sarebbe sbagliato definire "anziani") hanno allegramente invaso la città (che ha meno di 400.000 abitanti) per celebrare una sorta di carnevale techno. Leggendo, appena rientrato, come da noi, in Italia, prevalga invece un'organizzazione di eventi "rave" sempre più piccoli e sempre più nascosti (inaccessibili quindi a chi, per esempio, svolge azioni di prevenzione e di cura), vorrei fare alcune considerazioni a partire da un dato semplice: le cose succedono. Succede, ad esempio, che i giovani che amano un certo tipo di musica e di ballare insieme si ritrovino e si organizzino per celebrare questi "riti". È un fenomeno che da molti anni attraversa tutta l'Europa (potremmo dire tutto il mondo) e che, con diversi stili, è definito da nomi come "rave party", "street parade"... Succede anche che le persone assumano droghe, soprattutto in alcune fasi della loro vita e della loro esplorazione del mondo che li circonda.

Una società, per fronteggiare questi fenomeni, può scegliere diverse strade: una passa sicuramente attraverso la scelta di ostacolare tali comportamenti e questo, certamente, spingerà alcuni a non metterli in atto (in genere le persone non particolarmente interessate a queste cose), mentre spingerà altri ad agire tali comportamenti di nascosto (le persone molto interessate a queste cose). Un'altra strada, scelta dalla città di Zurigo – appartenente, non dimentichiamolo, ad un paese profondamente conservatore come la Svizzera – è stata quella di cercare di controllare e gestire le situazioni che possono creare danno o allarme alle persone e alla città. Le politiche della città nascono quindi da questa contemporanea attenzione alla salute pubblica e al controllo sociale. La stessa combinazione salute-controllo è alla base delle cosiddette "stanze del buco", dell'offerta di trattamento – compreso quello con eroina – e dell'organizzazione, appunto, della "street parade". Questo fa sì che un milione circa di persone che attraversano Zurigo, ballando al ritmo della techno, diventino un'occasione di festa (e di business) per la città e per i cittadini, con televisioni e media di tutta Europa che partecipano a questo evento gioioso. La nostra mentalità (queste cose non si devono fare) fa sì che 3.000 persone vicino a Guastalla diventino un dramma umano e sociale con denunce, segnalazioni e inquinamento dell'ambiente circostante.

Il ministro Giovanardi ha commentato, riferendosi alla morte di una ragazza per assunzione di ecstasy, che l'analisi della pastiglia non avrebbe certamente modificato il suo comportamento. Io questo non lo so. So che ho visto analizzare le pastiglie – a Zurigo ovviamente, in quanto da noi non si può fare – e ho visto segnalare alle persone di fare attenzione a compresse con percentuali particolarmente elevate di principio attivo. Ho visto segnalare allarme per la presenza di compresse, vendute come ecstasy, contenenti morfina e che potevano provocare overdose da oppiacei; ho visto operatori che, nell'attesa della risposta dell'analisi della compressa, intervistavano le persone, parlavano con loro, le informavano su rischi e conseguenze possibili. Ho visto una polizia discreta, che lavorava in sinergia con gli altri operatori. Ho visto ammanettare uno spacciatore senza che la folla intorno, giovani e giovanissimi, si scagliasse contro i due poliziotti che erano intervenuti. Ma è possibile in Italia, per la destra, parlare di tutela della salute dei consumatori ed è possibile in Italia, per la sinistra, parlare di controllo sociale? Possiamo provare a declinare questi termini? Penso che negarli voglia dire consegnarli ad altri, parlarne e discuterne voglia dire, forse, provare a farli propri e a costruire, su queste parole, una politica che sia a difesa dei cittadini (tutti) e non a difesa delle proprie ideologie.

Sezione 5

L'Onu e la Riduzione del Danno

Rassegna stampa da Fuoriluogo

L'Europa e le droghe, la propaganda italiana fa flop

DROGA, A BRUXELLES LE ONG SMENTISCONO GIOVANARDI

Salvina Rissa – Rubrica di Fuoriluogo su il Manifesto, 11/03/2010

“In quanto principali associazioni che lavorano in Italia nel campo della riduzione del danno, siamo molto preoccupate della posizione del governo italiano sulla riduzione del danno”. Questo l’inizio della lettera che un gruppo di Ong e di operatori delle dipendenze hanno inviato alla presidenza del gruppo europeo sulle droghe a Bruxelles e a Vienna. Un passo grave ma necessario per evitare di essere strumentalizzate nella guerricciola che il governo italiano sta portando avanti in Europa contro le politiche sulla riduzione del danno.

Veniamo ai fatti. In Europa, nel corso degli anni è stata trovata una posizione comune sulla riduzione del danno, sancita nella Strategia sulle droghe dell’Unione Europea 2005-2012 (sottoscritta anche dall’Italia, peraltro). Da un po’ di tempo però l’Italia pretende di imporre a tutti la propria idea della riduzione del danno. Da noi il furore ideologico si è accanito alle fondamenta, cancellando perfino il nome (sostituito da una dizione riduttiva ed efficacemente stigmatizzante, “prevenzione delle malattie e dei comportamenti devianti droga correlati”). Nel Vecchio Continente, dove la riduzione del danno ha preso avvio, la cancellazione del termine è battaglia persa. La delegazione italiana si è allora attestata nell’esigere una sua “definizione”, tramite l’elenco degli interventi “accettabili” e di quelli “inaccettabili”: questi ultimi sono i trattamenti con eroina medica, le stanze del consumo, il pill testing.

I paesi che applicano queste misure (e sono tanti in Europa) saranno rimasti allibiti, c’è da giurarci. Nessun paese ha il diritto di imporre ad altri alcun genere di intervento, così come ognuno è padrone di sperimentare a casa propria ciò che vuole. Ma questo è il galateo dei paesi civili, non certo roba di casa nostra. Per non dire che la pretesa italiana cozza contro qualsiasi principio di razionalità: c’è bisogno di nuove pratiche convalidate scientificamente, non di anatemi. Ma la razionalità è ancora meno roba di casa nostra. Il diktat sulla riduzione del danno non passa, ma intanto la linea “dura” italiana mette in crisi la cooperazione europea nel campo delle droghe. Tanto per essere coerenti nell’antieuropeismo.

Come in tutte le guerre e guerricciole, un po’ di propaganda non guasta. Così, gli Italiani si presentano a Bruxelles sventolando un documento del Dipartimento antidroga. Il testo, che mette all’indice le tanto esecrate pratiche (trattamenti con eroina, stanze del consumo, pill testing) è presentato come una posizione “concordata” fra il governo e le associazioni.

Non è affatto così. Al gruppo di lavoro che ha discusso le “linee guida sulla prevenzione delle patologie correlate” (è questo il famigerato documento), hanno partecipato solo alcune associazioni. Per di più, un gruppo delle più significative si è rifiutato di sottoscrivere il testo finale (Gruppo Abele, Cnca, Lila). Da qui la lettera agli organismi europei per ristabilire un po’ di correttezza.

La guerra è guerra e la macchina della propaganda non ha riposo. Se un colpo fa flop, meglio spararlo ancora più grosso, avrà pensato il Dipartimento Antidroga. Così, qualche giorno fa, all’indomani dell’ultima riunione a Bruxelles, Giovanardi proclama alla stampa italiana la sua “interpretazione autentica” dei risultati: finalmente l’Europa ha fatto propria la posizione dell’Italia sulla riduzione del danno, facendo chiarezza sugli interventi “spendibili” e condannando gli altri (le suddette esecrate pratiche). In tempi di ben più gravi e dubbie interpretazioni autentiche, quella di Giovanardi potrebbe non preoccupare più di tanto. Ma per amor di verità la bufala va svelata. La mozione riguarda il trattamento e il sostegno ai consumatori per via iniettiva affetti da Hiv; e chiede all’Onu di promuovere l’accesso alle forme di prevenzione basilari (come lo scambio siringhe), che ancora in larga parte dei paesi del mondo non sono applicate. Non c’entra niente la posizione dell’Europa sulla riduzione del danno, anche perché questa è una strategia più ampia. Dunque l’Europa non ha sancito l’eresia di nessuna pratica, come hanno sottolineato diversi delegati presenti all’incontro di Bruxelles.

Se la war on drugs è in crisi, la guerricciola di Giovanardi la fa precipitare nella farsa. A tutto discredito dell’Italia in sede internazionale.

ONU, I CANI DA GUARDIA DELLA PROIBIZIONE PROTESTANO

Grazia Zuffa - Rubrica di Fuoriluogo su il Manifesto, 03/03/2010

Qualche giorno fa lo Incb (International Narcotics Control Board), nel suo rapporto annuale, ha criticato alcuni stati del Sud America (Argentina, Brasile e Messico) per aver approvato misure per decriminalizzare l'uso personale di droga: "mandano il messaggio sbagliato", sentenziano i membri dello Incb.

La notizia ha quasi del grottesco, se si pensa che il compito principale del Board, quando fu insediato come organismo indipendente presso le Nazioni Unite, era di controllare che il regime di proibizione non impedisse l'approvvigionamento a fine lecito di alcune delle sostanze proibite, in particolare degli oppiacei per uso medico. Quanto l'utilizzo di morfina sia ancora largamente al di sotto delle necessità, anche per l'intolleranza e il pregiudizio alimentati dalla proibizione, è noto a tutti, ai malati italiani in prima fila. Il daffare non mancherebbe allo Incb; se non fosse che il Board ha cambiato (di sua iniziativa) la natura della propria missione, assumendo compiti politici invece che tecnici: è diventato il "cane da guardia" della proibizione, con la pretesa di interferire negli affari interni degli stati membri. Finora, lo Incb aveva tuonato contro i paesi europei: come la Svizzera e la Germania, criticate ripetutamente per le "stanze del consumo" e per i trattamenti con eroina, o il Regno Unito, attaccato nel 2003 per la scelta di "declassare" la cannabis fra alcune sostanze meno pericolose.

Quest'anno è la volta dell'America Latina. Dal punto di vista geopolitico, la differenza è enorme. Il Sud America, dove si concentra la produzione mondiale di coca, è stato finora il campo di battaglia della guerra alla droga. Fino a pochi anni fa, era inimmaginabile che il cosiddetto "cortile" degli Stati Uniti, a dispetto dell'intransigente padrone di casa, allungasse il collo oltre oceano per ispirarsi alle politiche "miti" dell'Europa. Eppure, la crescente autonomia politica dei paesi sudamericani si sta misurando anche sulla politica della droga. Nel 2006 il Brasile ha ridotto la carcerazione ampliando le misure alternative; nel 2009, il Messico ha decriminalizzato il possesso di droga per uso personale.

Tanto si allarma lo Incb, dal suo ristretto orizzonte di guardiano, da criticare non solo le scelte dei governi, ma perfino quelle della Suprema Corte argentina: colpevole, nell'agosto 2009, di aver dichiarato incostituzionale la punizione del consumo di canapa. Che un pugno di illustri ignoti si permetta di entrare nel merito delle sentenze della più alta corte di uno stato sovrano, la dice lunga sull'arroganza e sull'autoreferenzialità delle burocrazie internazionali. E tuttavia il Board è nel giusto quando cita (con apprensione) il "crescente movimento per depenalizzare il possesso delle droghe sottoposte a controllo". A testimoniare la forza del movimento, è da un lato la posizione della Bolivia, che nel 2008 ha inserito nella sua costituzione la masticazione della foglia di coca come patrimonio culturale del paese; dall'altro, il recente rapporto della Commissione Latino Americana su "droghe e democrazia", promossa dallo ex presidente del Brasile, Fernando Cardoso, della Colombia, Cesar Gaviria, del Messico, Ernesto Zedillo (cfr. Pien Metaal, Manifesto, 20/5/09). Al di là delle proposte concrete di riforma che il rapporto avanza, fra cui la depenalizzazione del consumo personale, la prospettiva politica è radicalmente nuova. "E' imperativo correggere la strategia della war on drugs che è stata perseguita negli ultimi trenta anni" – recita la dichiarazione iniziale del documento. E ancora: "Le politiche proibizioniste basate sullo sradicamento della produzione, sul contrasto alla distribuzione, sulla criminalizzazione del consumo non hanno dato i risultati sperati. Siamo oggi lontani più che mai dall'obbiettivo annunciato di eliminare le droghe".

Finora, gli organismi Onu preposti alla politica delle droghe, invece di essere una sede di confronto alla ricerca di soluzioni efficaci, sono stati i paladini della "guerra alla droga" voluta dagli Stati Uniti. Le burocrazie Onu hanno legato le loro sorti a questo conflitto. Adesso che le truppe di prima linea minacciano di deporre le armi, i burocrati si sentono minacciati. E sbraitano scomposti, come sempre più realisti del re.

VIENNA, LE COLOMBE RESISTONO ASPETTANDO OBAMA

Grazia Zuffa - Rubrica di Fuoriluogo su il Manifesto, 18/02/2009

All'Onu è in corso una partita decisiva sulla droga, con le colombe europee decise a contrastare i falchi americani (che ancora imperversano nelle more di nuove direttive esplicite dalla presidenza Obama). L'occasione è la stesura della dichiarazione politica che sarà approvata l'11 e 12 marzo, quando i ministri e i capi di governo di tutto il mondo si riuniranno a Vienna per decidere le politiche globali della droga. E' un evento chiave, come lo fu il precedente, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 1998 (Ungass): allora vinsero i falchi e fu stabilito l'obiettivo di "eliminare o ridurre significativamente" le principali sostanze illegali in dieci anni. Fu sancita così la priorità della repressione, in nome di un mondo "libero dalla droga". I paesi politicamente forti, Europa, Canada, Australia, hanno potuto esercitare a casa propria una certa autonomia dai vincoli internazionali. Non così i paesi produttori, più deboli, costretti a subire alla lettera la "guerra alla droga": pagando il prezzo dei territori avvelenati dalle fumigazioni, dell'impoverimento e dell'esodo forzato di migliaia di contadini. Per non dire che la linea dura ha portato a pene sproporzionate per i reati di droga (perfino la pena di morte in diversi paesi) e alla violazione di molti diritti umani.

A distanza di dieci anni, il re è nudo. Secondo le stime della stessa agenzia Onu sulla droga (Unodc), dal 1998 la produzione globale di oppio è raddoppiata e la produzione di cocaina è aumentata del 20%. Non solo le droghe non sono state eliminate, ma in tutto il mondo è facile trovare sostanze ad un prezzo più basso di dieci anni fa.

L'appuntamento di Vienna 2009 potrebbe rappresentare una svolta, o almeno una correzione di tiro. Passerà stavolta la linea "mite" dell'Unione Europea? Con l'obiettivo principale di tutelare la salute, prendendo atto con realismo che eliminare le droghe è impresa impossibile, oltre che dai costi umani insopportabili.

E'ancora difficile fare previsioni, per la durezza dello scontro in atto. Il dissidio si concentra sulla riduzione del danno, fra chi vorrebbe menzionarla come strategia cardine nella lotta alle infezioni come l'Hiv, e chi invece si oppone ritenendola un cedimento nella "lotta alla droga". La partita è anche interna alle Nazioni Unite: in dicembre il Rapporteur sulla tortura scriveva una lettera ufficiale alla presidenza di Vienna 2009 dichiarando la sua insoddisfazione per la bozza proposta: insufficiente la denuncia della violazione del diritto alla salute dei consumatori come di altri diritti umani (cfr. Zuffa, Manifesto 7/1). Il 12 febbraio è la volta del direttore dell'agenzia per l'Aids (Unaid) a manifestare il suo sconcerto. La riduzione del danno è già stata sancita fra gli impegni assunti dall'Assemblea Generale sull'Aids del 2001, solennemente ribadita alla successiva Assemblea del 2006: occorre dunque "ricercare una più ampia coerenza di sistema nell'ambito delle Nazioni Unite", scrive il direttore Michel Sidibé. Un modo gentile per dire che l'attuale schizofrenia non porta da nessuna parte.

Senza precedenti è la determinazione dell'Unione Europea a sostenere le proprie posizioni. Alla fine di gennaio, il rappresentante ceco a nome della Ue ribadiva "la sua delusione per il fatto che un numero limitato di paesi non accettassero il compromesso raggiunto" sulla riduzione del danno (il riferimento è alla pattuglia di stati autoritari guidata dagli Stati Uniti). Non abbiamo altra scelta che insistere – aggiungeva il diplomatico ceco.

Non è finita. Pochi giorni fa un editoriale del New York Times lamentava che i negoziatori di Vienna ignorassero le correzioni di Obama: il presidente ha ribadito il suo impegno a togliere il veto federale ai programmi di scambio siringhe. Dal canto suo il fronte dei "duri" si è dato da fare per sfondare l'unità del fronte europeo. Trovando orecchi sensibili – guarda caso- dalle parti di casa nostra. E così nei giorni scorsi il sottosegretario, zar antidroga, Carlo Giovanardi avrebbe impartito l'ordine di dietro front e voltato la faccia alla Ue. Complimenti sottosegretario, davvero un bel viatico per la prossima conferenza nazionale sulla droga di Trieste!

AIDS, ITALIA ALLA RETROGUARDIA

Alessandra Cerioli - Rubrica di Fuoriluogo su il Manifesto, 25/05/2011

La riduzione del danno è una cosa seria. Lo è stata negli anni Ottanta e Novanta, quando è servita ad arginare la trasmissione dell'Hiv tra i consumatori di sostanze per via iniettiva, ad impedire migliaia di overdose, a riammettere le persone tossicodipendenti nel vivere civile. Lo è oggi, di fronte a Paesi che non la ammettono. Non è stato un caso che l'ultima Conferenza mondiale sull'Aids si sia riunita al confine dell'Europa occidentale, a Vienna, giusto di fronte all'Est e all'Asia centrale, non è un caso neppure che paesi come l'Ucraina la stiano finalmente introducendo nei propri ordinamenti.

La riduzione del danno è una questione di diritti umani. La sua efficacia non è in discussione ed esiste una letteratura sterminata a dimostrarlo, non bastasse la realtà che sta sotto gli occhi di tutti. Non è una politica di "destra" o di "sinistra", è una politica sociosanitaria di prevenzione raccomandata da tutte le agenzie internazionali, molte delle quali sono agenzie dell'Onu. E proprio all'Onu, nel prossimo Meeting di Alto livello di New York, dedicato all'Aids (UNGASS), l'Italia intende metterne in discussione la definizione.

Il Dipartimento Antidroga della Presidenza del Consiglio ha risposto alle associazioni che hanno denunciato tale volontà che non ha intenzione di abbandonare la linea dello scambio di siringhe e della somministrazione di terapie di mantenimento: si tratterebbe solo di "una questione lessicale". Se per il DPA i contenuti non sono un problema, resta allora da capire perché lo sia la loro definizione: normalmente utilizzata, in quanto termine specifico, in tutti i documenti di indirizzo, siano questi politici o scientifici; e perché ormai da anni, in tutte le sedi possibili, il DPA chieda che la riduzione del danno venga sostituita con "riduzione dei rischi", che è una denominazione generica e ormai abbandonata quando si tratta del consumo di sostanze.

Ci preoccupa il segnale che inevitabilmente tale posizione oltranzista potrebbe produrre. L'estensione a livello globale della riduzione del danno, che già incontra tanti ostacoli, non può che essere compromessa dalla messa in discussione della propria definizione. L'insistere, da parte del nostro governo, in tale irremovibile richiesta, non significa, nelle sedi internazionali, stare dalla parte di qualcuno, ma scontrarsi con una fitta schiera di nazioni e agenzie, e ciò accade in un momento in cui l'Italia certo non brilla in campo diplomatico. Spesso assente nei grandi appuntamenti internazionali di lotta all'Aids (a Vienna l'Italia non c'era), latitante nelle sedi in cui si decidono le politiche europee, il nostro governo continua a tacere sulle promesse fatte e mai mantenute al Fondo Globale di lotta a Aids, Tubercolosi e Malaria. Ci chiediamo perché e come, in questo contesto, debba diventare prioritaria una "questione lessicale" che può provocare conflitti certo al momento non auspicabili, di fronte a un'emergenza planetaria che provoca morte e sofferenza in decine di Paesi, invasi dall'eroina afghana: dove si reagisce incarcerando i tossicodipendenti e negando loro ogni assistenza sanitaria. Una situazione di questa gravità richiede non grette e unilaterali battaglie di retroguardia, ma l'affermazione forte e coesa della necessità di politiche globali di tutela dei diritti umani e di salvaguardia della salute pubblica.

Ci auguriamo che questa possa essere la prima preoccupazione del nostro governo al prossimo Meeting ONU di New York, e non altro.

Ecco la piattaforma di Forum Droghe
in vista dell'appuntamento di Vienna 2009.

VIENNA 2009, L'OCCASIONE PERDUTA

Il piano decennale 1998-2008 per la "eliminazione delle droghe illegali" è fallito, ma la Commissione per le droghe Narcotiche (Cnd) e l'agenzia Onu sulle droghe (Unodc) si rifiutano di ammetterlo e rilanciano la war on drugs. L'Italia dà il suo contributo alla conservazione.

Fuoriluogo.it, 07/03/2009

A Vienna sta per aprirsi il meeting Onu sulla droga, con la presenza di ministri e capi di governo da tutti i paesi del mondo: lì, il 12 marzo prossimo, sarà approvata la dichiarazione politica di indirizzo alle politiche globali di contrasto alla droga per i prossimi dieci anni. Uno sguardo al passato dovrebbe insegnare qualcosa alla comunità internazionale: nel giugno 1998, all'Assemblea Speciale delle Nazioni Unite sulla droga (Ungass), fu lanciato lo slogan "un mondo libero dalla droga- possiamo farcela". In un eccesso di ottimismo della volontà (e di fiacchezza della ragione), venne fissato il limite temporale entro cui raggiungere la soluzione finale del problema droga: entro dieci anni- così recitava la dichiarazione politica del 1998- gli stati membri avrebbero eliminato -o significativamente ridotto- la produzione e il consumo delle principali droghe illegali. L'obiettivo del "mondo libero dalla droga" non è stato raggiunto, con ogni evidenza. Basti pensare alla produzione di eroina, raddoppiata negli ultimi dieci anni, o alla cocaina, aumentata del venti per cento. Assai più grave è il costo umano della retorica antidroga.

Diritti umani violati in nome della "guerra alla droga"

Sono milioni i consumatori dietro le sbarre e centinaia di migliaia le persone che hanno contratto l'Aids o l'epatite C attraverso le siringhe contaminate. In nome della "guerra alla droga", sono largamente calpestati i fondamentali diritti umani dei consumatori. Nei paesi con la pena di morte, questa viene di regola applicata per i reati di droga, violando qualsiasi criterio di proporzionalità fra pena erogata e crimine compiuto. Non sono rari i casi di consumatori costretti a "trattamenti" inumani, che niente hanno a che vedere con questo nome. La violazione più diffusa riguarda il diritto alla salute: negli anni ottanta e inizi anni novanta, in America e in Europa il virus Hiv ha potuto espandersi perché veniva negata ogni forma di cura ai consumatori per via iniettiva che non volevano - o non potevano- passare all'astinenza. Il metadone era bollato come "droga di stato", e l'offerta di siringhe pulite era condannata come "rassegnazione - o peggio istigazione- al consumo". Il dilemma sociale - se privilegiare la morale pubblica o la vita delle persone in carne ed ossa- è stato sciolto mettendo la salute al primo posto: così è nata la riduzione del danno.

La riduzione del danno come strategia che mette al primo posto la salute

Questa politica di sanità pubblica è oggi largamente diffusa in Europa, sancita nei documenti dell'Unione Europea. A livello globale, rimane l'ostilità degli Stati Uniti, che in patria ancora mantengono il divieto di finanziamento federale perfino ai programmi di scambio siringhe. Il presidente Obama ha annunciato di volere togliere il bando a questi programmi, tuttavia nell'insieme la nuova presidenza non ha ancora impresso un nuovo indirizzo alla politica delle droghe. Sin qui gli Stati Uniti rimangono il principale ostacolo allo sdoganamento internazionale della riduzione del danno. Si guardi al carteggio fra il sottosegretario di stato americano Robert Charles e Antonio Maria Costa, direttore dell'ufficio Onu antidroga (Unodc): lì sono documentate le pressioni americane (e l'acquiescenza del direttore) a mantenere al bando la riduzione del danno (cfr. Fuoriluogo, febbraio 2005).

La partita ha diversi risvolti: gli Usa temono il declino della war on drugs, su cui hanno fondato la loro egemonia ideologica e geopolitica: la militarizzazione di zone cruciali dell'America Latina (come la Colombia) avviene attraverso la guerra, nel senso pregnante della parola, alle colture illegali e alle popolazioni che vi si dedicano: col sostegno e col controllo americano, a volte tramite l'intervento sul campo di consiglieri militari.

Diritto alla salute, lo scontro fra Europa e Usa e fra le diverse agenzie dell'Onu

A poche ore dall'apertura del meeting, c'è da chiedersi se Vienna 2009 possa segnare l'inizio di un corso più ragionevole e umano della politica delle droghe o se assisteremo al medesimo rituale di New York. E' un quesito particolarmente cruciale per i paesi più poveri e meno influenti: a differenza dell'Europa, che ha potuto costruire le sue "politiche miti" in autonomia da Vienna, per non dire in contrasto con Vienna, i primi più difficilmente possono ignorare gli indirizzi internazionali.

In questi dieci anni qualcosa è cambiato. Altre agenzie delle Nazioni Unite hanno cominciato a occuparsi di droga e di diritti dei consumatori. Nello scorso dicembre, il rapporteur sulla tortura scriveva alla presidente della Cnd (Commissione sulle droghe narcotiche) che sta conducendo i negoziati sulla stesura della dichiarazione politica: lamentava il mancato richiamo nel testo ai diritti umani e l'assenza di riferimenti alla riduzione del danno. Poche settimane dopo, era la volta del direttore dell'agenzia dell'Aids (Unaid) a chiedere di sostenere in maniera decisa questa strategia. Seguì a ruota dal direttore del fondo mondiale per l'Aids, esattamente con la stessa richiesta.

La riduzione del danno ha assunto un valore simbolico: l'enfasi sulla salute relega in secondo piano, per la prima volta, il braccio armato dell'antidroga. Perciò è diventata il casus belli di Vienna 2009, con l'Unione Europea dei ventisette paesi schierata unita (fino a qualche giorno fa) a favore (insieme al Canada, all'Argentina e all'Ecuador); e gli Stati Uniti contro, in compagnia di un nutrito drappello di paesi autoritari (dalla Malesia, all'Indonesia, al Pakistan alla Nigeria, all'Iran e al Sudan, alla Russia).

L'Italia abbandona l'Europa in nome della conservazione

Fino a qualche giorno fa, appunto: il fronte europeo è stato spezzato dal voltafaccia dell'Italia. Eppure l'Europa si era preparata da tempo all'appuntamento per la revisione delle politiche globali. Nell'autunno 2008, la Ue aveva approvato un documento unitario con l'idea che fosse la presidenza europea di turno (quella ceca) a condurre la trattativa a Vienna a nome di tutti i 27 paesi. E così è stato per ben due mesi, finché l'Italia a sorpresa ha abbandonato la posizione europea e si è schierata col fronte statunitense. E' un fatto inaudito, visto che la riduzione del danno è strategia consolidata a livello europeo, ribadita nel piano d'azione 2009-2012: il piano dedica alla riduzione del danno un obiettivo specifico, con l'intento di "ampliare la copertura e facilitare l'accesso" agli interventi di riduzione del danno; ma affatto sorprendente, poiché questo fondamentale pilastro di sanità pubblica è il grande assente anche dal programma della Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Trieste.

Il direttore dell'Unodc sta giocando un ruolo decisivo a favore della conservazione. In una recente conferenza tenutasi in Svezia, Antonio Costa ha affermato: "L'alfabeto della riduzione del danno deve cominciare dalla A come astinenza...prevervativi, siringhe, sono mezzi non fini. Queste azioni caritatevoli non sono controllo antidroga, al contrario perpetuano il consumo di droga (sic!)".

Verso il declino del ruolo internazionale dell'Onu?

La bozza di Dichiarazione Politica che sarà presentata a Vienna per l'approvazione è largamente insoddisfacente perché non contiene né un forte richiamo ai diritti umani né cita la riduzione del danno e un più forte impegno a tutela della salute. E' da notare che un cambio di indirizzo era stato richiesto anche dai documenti approvati all'unanimità dalle Ong, al termine della consultazione mondiale Beyond 2008: anche l'appello delle Ong sembra essere caduto nel vuoto. Per la prima volta si profila la possibilità che alcuni stati dichiarino di non riconoscersi nella bozza di risoluzione. Chiediamo a tutte le delegazioni di sostenere questa protesta e di non approvare una dichiarazione molto arretrata non solo rispetto agli indirizzi perseguiti in molti paesi, ma perfino rispetto agli indirizzi seguiti da altre agenzie Onu come lo Unaid.

Una cosa è certa: se Vienna 2009 si risolvesse in un replay dell'inutile assise di New York 1998, il governo Onu sulle droghe, con lo Unodc, andrebbe incontro ad una crisi di credibilità, con la prevedibile "secessione" delle politiche a livello locale.