PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Ministero della Salute

Commissione
Nazionale
AIDS

Ministero della Giustizia

MISURE ED AZIONI CONCRETE PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

LINEE di indirizzo

Roma, giugno 2009

Linee di indirizzo per la determinazione e applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

Editing: Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Coordinamento operativo: Francesca Marazzi

Gruppo di consultazione:

Acudipa	Giovanni Di Giovanni
Casa dei giovani	Don Salvatore Lo Bue
Cnca	Riccardo De Facci*
Co-Dipendenti anonimi	Michela, Anna
Conosci	Emanuela Falconi, Sandro Libianchi
Dipartimento dipendenze Biella	Lorenzo Somaini
Educare	Federico Samaden
Erit	Henri Margaron
Federserd	Felice Nava
Fict	Angelo Benvegnù
Fondazione Exodus	Anna Maria Mariani
Gruppo Abele	Leopoldo Grosso*
Gruppo Valdinievole	Giovanni Moschini
Lila nazionale	Massimo Oldrini*
Narcotici anonimi	Andrea Quartini, Domenico, Enrico
Saman	Achille Saletti

Periodo di lavoro: 02 Aprile – 18 Giugno 2009.

* Questi operatori hanno partecipato alla preparazione tecnica del documento, ma non lo sottoscrivono integralmente (vedi allegato n. 2 e n. 3).

Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

Indice

1. Finalità del documento
2. Definizioni
3. Alcuni principi di base
4. Obiettivi delle misure e azioni di PPC all'uso di sostanze
5. Condizioni di esclusione
6. Alcune precisazioni sui trattamenti farmacologici sostitutivi anche nell'ottica della prevenzione delle patologie correlate
7. Misure e azioni
8. Applicazione, fattibilità e competenza dei programmi
9. Valutazione
10. Gli impegni richiesti alle Amministrazioni centrali e alle Regioni e P.A.
11. ADDENDUM (a cura del DPA)
12. Bibliografia essenziale
13. Allegati

1. Finalità del documento

Questo documento è finalizzato a fornire definizioni chiare relativamente alle misure e alle azioni concrete da attivare per la prevenzione delle patologie correlate (PPC) all'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive. Le presenti misure ed azioni rappresentano Livelli Essenziali di Assistenza da assicurare al cittadino in tutti i servizi territoriali. Il documento, pertanto, si pone come linee di indirizzo al fine di profilare uno standard minimo di misure ed azioni di prevenzione secondaria da associare agli interventi di contatto precoce, cura e riabilitazione delle persone che usano sostanze stupefacenti e psicoattive.
Il documento si prefigge quindi di mettere a fuoco le modalità per attivare interventi auspicabili e realistici al fine di prevenire i rischi e ridurre i danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive e/o dalle patologie e comportamenti devianti (come ad es. la prostituzione e la criminalità droga-correlate).
Il documento si articola in una serie di paragrafi (definizioni, principi di base, obiettivi delle azioni, misure ed azioni concrete da attivare, ecc.) in modo da agevolare la comprensione ma soprattutto la successiva applicazione pratica delle indicazioni contenute.
Le informazioni qui riportate vogliono costituire degli standard minimi di riferimento per la realizzazione di servizi ed interventi omogenei su tutto il territorio nazionale. Come tali verranno proposti alle Regioni e P.A. nell'intento di arrivare a concertare azioni ed interventi sia per quanto riguarda gli aspetti strettamente sanitari sia quelli sociali.
Il presente documento è parte di un lavoro più articolato relativo all'approccio globale, sistemico e sostenibile al problema dell'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive nel nostro Paese, che prevede linee strategiche, interventi ed indicazioni coordinate e coerenti sui tre settori di intervento prioritario:

1. Prevenzione primaria
2. Cura della dipendenza da sostanze e prevenzione delle patologie e comportamenti sociali devianti correlati all'uso di sostanze
3. Riabilitazione e reinserimento

Questo documento quindi rappresenta solo una parte dell'insieme delle azioni e misure che si vogliono adottare nel campo della lotta alla droga e dell'offerta preventiva e terapeutica.

2. Definizioni

L'uso di sostanze stupefacenti può comportare, oltre al rischio dello sviluppo di forme di dipendenza, una serie di altri rischi fra cui l'acquisizione di patologie e comportamenti devianti correlati all'uso di sostanze (quali le attività di prostituzione e di criminalità legate alla necessità di recuperare denaro per l'acquisto), in grado di minacciare e compromettere gravemente la salute della persona tossicodipendente e di recare danno alla comunità.
La prevenzione delle patologie correlate (PPC) all'uso di sostanze ed ai comportamenti devianti connessi all'uso si colloca all'interno degli interventi di tutela della salute, individuale e collettiva, ed è l'insieme di azioni e misure che i sistemi socio sanitari regionali devono attivare al fine di prevenire e ridurre le conseguenze negative per la salute e la socialità della persona che usa sostanze psicoattive.
In particolare attraverso l'adozione di queste misure, che devono anche essere ascritte alle azioni di tutela della salute pubblica, si vuole prevenire le morti droga correlate,

l'acquisizione e la diffusione delle infezioni, l'introduzione dei soggetti con uso di droga in reti criminali, circuiti di prostituzione e contestualmente si vuole prevenire la discriminazione e la stigmatizzazione nonché facilitare la riabilitazione ed il reinserimento della persona tossicodipendente nella società. Va chiarito comunque che il concetto di stigma non è accettabile se applicato alla persona che usa sostanze, o che ne è dipendente, ma che la disapprovazione sociale dell'uso di sostanze (e non delle persone) può contribuire, contestualmente ad altre misure a creare un fattore condizionato positivo e preventivo del singolo individuo nei confronti del consumo di sostanze.
In ultima analisi, con l'adozione di tali misure, si vuole, quindi, aumentare la qualità e la spettanza di vita delle persone consumatrici di sostanze, nonché favorire la loro integrazione sociale.
Queste azioni devono sempre essere correlate alla proposta di un intervento e/o trattamento della condizione di rischio e/o patologia di base (uso di sostanze e/o dipendenza) nel tentativo di agganciare precocemente la persona a percorsi di cura e di riabilitazione che si pongano come obiettivo finale l'affrancamento dalle sostanze. Queste misure sono da prevedere anche durante il trattamento stesso, se già in essere, per prevenire e ridurre eventuali conseguenze negative in caso di recidiva.
Va chiarito che, lo stato di dipendenza (addiction) deve essere considerato una vera e propria malattia, mentre un uso periodico abitudinario (in assenza di dipendenza) può essere considerato come un comportamento patologico in grado di produrre gravi danni all'individuo in termini sia sanitari che sociali.
Diversamente, l'uso occasionale non abitudinario ("sperimentale" o occasionale, non programmato) deve essere considerato un comportamento a rischio sia per le potenzialità evolutive verso forme di dipendenza, sia per la possibile acquisizione di varie condizioni in grado di compromettere la salute e la vita relazionale dell'individuo.

In questo contesto l'astensione dal consumo di sostanze può rappresentare, in determinate situazioni, un obiettivo temporalmente secondario (ma non rinunciabile) e non una condizione necessaria e vincolante richiesta alla persona tossicodipendente ai fini di consentire il suo accesso alle varie offerte di prevenzione e di misure atte a minimizzare i rischi e i danni.
Obiettivo generale attraverso l'attuazione di queste misure/azioni è quello di contribuire primariamente e tempestivamente a tutelare, mantenere, migliorare la salute, la qualità della vita delle persone utilizzatrici di sostanze stupefacenti e psicoattive e nel contempo a contenere la possibile diffusione di infezioni correlate all'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive nella popolazione generale, e ridurre complessivamente i costi sociali e sanitari correlati al problema tossicodipendenza. Tutto questo all'interno di un approccio globale che prevede, come già affermato, costantemente come obiettivo principale ed irrinunciabile il pieno recupero della persona e il suo affrancamento dall'uso di sostanze, essendo consapevoli che esistono persone resistenti al trattamento e che comunque devono trovare risposte terapeutiche appropriate.

3. Alcuni principi di base

1. *Il diritto alla cura e alla Prevenzione delle patologie correlate delle persone tossicodipendenti:* riconoscendo la tossicodipendenza come una malattia va ribadito che le persone portatrici di questa patologia devono avere garantiti diritti equiparabili a quelli di tutti gli altri cittadini/pazienti, in particolare in termini di accessibilità alle cure socio-sanitarie, equità di trattamento e libera scelta del curante e dell'ambiente di cura. Un ulteriore diritto che va ricordato è quello di non essere discriminati o stigmatizzati in relazione al proprio stato di dipendenza, che

connota quindi responsabilità e doveri precisi in tal senso delle Istituzioni, affinché ciò non avvenga.

2. *Un insieme di misure ed azioni:* esistono diverse misure in ambito socio sanitario (a cui corrispondono varie azioni concrete e vari servizi per realizzarle) che vengono utilizzate per fronteggiare il fenomeno dell'uso di sostanze e delle sue conseguenze in generale: misure di prevenzione primaria (indirizzate principalmente alle persone che non hanno ancora utilizzato sostanze stupefacenti e psicoattive), di contatto precoce (outreach), diagnostiche, terapeutiche (treatment or health care), di prevenzione secondaria (indirizzate a chi già utilizza sostanze stupefacenti e psicoattive o ha uno stato di dipendenza per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di queste sostanze e alle conseguenze sociali avverse) e riabilitative.

3. *Diversificazione dal "trattamento della dipendenza":* nelle specifico le misure di riduzione del danno possono essere le più svariate, ma non possono essere confuse o parificate con i "trattamenti o i percorsi terapeutici" che per definizione sono misure che hanno come obiettivo primario la cura come conseguenza di precisi processi diagnostici associati a percorsi terapeutici/assistenziali, di supporto psicologico al paziente di monitoraggio e di valutazione degli esiti. Dette misure sono infatti finalizzate e strutturate con processi fondamentalmente orientati, per quanto possibile, alla risoluzione del problema mediante la cura (inteso molto chiaramente, come affrancamento dall'uso delle sostanze) e alla riabilitazione del paziente tossicodipendente e al suo reinserimento sociale, elemento determinante per un pieno recupero. Le misure di riduzione del danno attuate in contesti relazionali specialistici devono mirare a divenire propedeutiche allo sviluppo di motivazioni e percorsi esitabili nella realizzazione dei suddetti "cure o trattamenti socio sanitari".

4. *L'abilitazione sociale della persona tossicodipendente:* è necessario ribadire che l'abilitazione sociale della persona tossicodipendente in trattamento farmacologico è e deve essere una componente irrinunciabile fin dall'inizio del trattamento stesso e i percorsi di reinserimento sociale possono e devono cominciare già durante la terapia farmacologia, utilizzando al meglio il suo effetto stabilizzante.

5. *Coesistenza obbligata con i trattamenti*: i due tipi di misure (che si concretizzano in varie azioni) e cioè quelle finalizzate al vero e proprio trattamento della tossicodipendenza e quelle di riduzione del danno, possono e devono coesistere al fine di assicurare il mantenimento e/o il miglioramento delle condizioni di salute e delle potenzialità di reinserimento sociale dei tossicodipendenti. L'una perciò non può essere alternativa all'altra. In altre parole esse sono sempre complementari e nel caso in cui il paziente non accetti di iniziare da subito un trattamento (perché non sufficientemente motivato in quel momento a sospendere l'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive) sarà utile impiegare, con finalità definite, gli interventi di riduzione del danno per non esporre il paziente a morte per overdose o a gravissimi rischi di infezione, e nel contempo operare sulla motivazione della persona con l'obiettivo di portarla verso percorsi di cura e riabilitazione. A questo proposito si ritiene utile e necessario far riferimento per il lavoro motivazionale al modello sugli stati del cambiamento riportati in allegato (Prochaska, Di Clemente – 1984)

6. *Trattamento farmacologico e Riduzione del danno:* il trattamento della dipendenza con terapie farmacologiche deve, come già detto, essere considerato un vero e proprio "trattamento medico" e quindi come tale finalizzato principalmente alla cura della patologia di base e non una semplice misura di riduzione del danno. I

trattamenti farmacologici possono avere anche effetti di riduzione dei danni e dei rischi correlati alla tossicodipendenza attiva. Se questi trattamenti vengono presentati e considerati come esclusive "misure di riduzione del danno" perdono nella percezione dei pazienti il loro significato e valore primario di utilizzo come cura e terapia. L'utilizzare il trattamento farmacologico, o altri interventi terapeutici monodimensionali anche comportamentali, con l'esclusiva precedente finalità potrebbe, peraltro, determinare il rischio della "cronicizzazione" del paziente.

7. *Tempificazione differenziata:* le terapie farmacologiche nel tossicodipendente pertanto devono essere finalizzate in primo luogo, nel breve termine, ad incentivare il contatto precoce e la prevenzione dei rischi e dei danni droga correlati. In secondo luogo, tali terapie mirano alla cura ed alla stabilizzazione delle condizioni di salute e successivamente, attraverso un processo attuabile nel medio lungo termine, al vero e proprio trattamento delle dipendenza e alla riabilitazione, ma sempre all'interno di un processo trattamentale della dipendenza di tipo integrato.

8. *Buone prassi professionali e contatto con il paziente:* va specificato che, le terapie farmacologiche per il trattamento delle dipendenze, come tutti i trattamenti medici, ed in particolare quelli per la dipendenza da oppiacei, devono essere offerte, condotte e monitorate secondo le buone prassi cliniche. Nei Servizi dove i trattamenti farmacologici sono stati utilizzati non correttamente questi hanno prodotto processi di cura inefficaci ed a volte perfino dannosi. Per questa ragione è indispensabile che i Servizi siano messi nelle condizioni di poter funzionare con la massima efficacia ed efficienza in modo da saper e poter utilizzare al meglio e secondo le buone prassi cliniche tutti gli strumenti terapeutici che sono a loro disposizione. Questo potrà essere realizzato omogeneamente su tutto il territorio nazionale solo attraverso il potenziamento delle risorse per i Servizi, un investimento costante ed adeguato nella formazione degli operatori. Le buone prassi cliniche prevedono infatti un elevato grado di professionalità per gli operatori dei Servizi tale da garantire fra l'altro il corretto utilizzo delle terapie sostitutive e delle altre forme di intervento e prevenzione, secondo diverse modalità che possono prevedere il loro utilizzo a breve, medio o lungo termine per il raggiungimento di determinati obiettivi di cura e di prevenzione secondaria.

9. *Il rischio di una perdita delle buone prassi nella gestione dell'affidamento:* è necessario evitare il rischio che vi sia un ricorso, anche per lunghi periodi, ad un affidamento improprio domiciliare del farmaco sostitutivo, non per motivi terapeutici/riabilitativi (come previsto dalle buone prassi), ma, a volte, per motivi di carenza di risorse umane dei Servizi di cura. L'affidamento domiciliare del farmaco, infatti, non può essere giustificato da carenza di personale. L'utilizzo non appropriato dei farmaci che può accadere in alcuni Servizi nasce da molteplici e variabili cause che devono essere risolte con l'impegno congiunto delle Aziende sanitarie delle Regioni e degli operatori in modo che tutti gli strumenti terapeutici, compresi le terapie sostitutive e l'affido farmacologico, siano utilizzate, di volta in volta, con obiettivi riabilitativi chiari. L'affidamento del farmaco, pertanto, dovrebbe essere utilizzato soprattutto per supportare ed incentivare un percorso di normalizzazione del paziente che ha intrapreso percorsi di reinserimento lavorativo, che necessita di una maggior autonomia di movimento e di programmazione della propria vita attorno al proprio lavoro, più che sugli orari di accesso al Ser.T. È chiaro che l'affidamento del farmaco può trovare applicazione solo in quelle condizioni dove non esista un contemporaneo uso di sostanze e contemporaneamente vi sia il rispetto del programma di reinserimento sociale e/o lavorativo o la presenza di gravi condizioni di malattia.

10. *Rischio cronicizzazione:* il problema della cronicizzazione di molti pazienti ad oggi riscontrata è una questione ancora aperta e molto dibattuta dagli esperti in tutto il mondo. Tuttavia, risulta un serio problema, anche in termini di organizzazione delle offerte e delle strutture di cura, che è necessario analizzare ed affrontare, partendo dal tentare di comprendere quali siano le varie cause in gioco e i rimedi che possano essere effettivamente e tempestivamente attivati. Non va dimenticato comunque che, di per sé, la tossicodipendenza ha una tendenza a recidivare e quindi ad esprimersi come condizione cronicizzata. Le terapie a mantenimento non appropriate, la scarsità del contatto costante con il paziente per il ricorso improprio all'affidamento del farmaco ed una certa cultura e orientamento professionale non evidentemente basata sulle buone prassi cliniche sono, con ogni probabilità, una concausa della "cronicizzazione" di molti pazienti. Vi è, pertanto, la necessità di attuare una seria e serena analisi del problema "cronicizzazione" per identificare le migliori soluzioni che dovranno proiettarsi, strategicamente, anche in un'ottica di medio-lungo termine nella riorganizzazione e riorientamento del sistema delle dipendenze. Va chiarito che le terapie farmacologiche non sono "di per sé" causa di cronicizzazione del paziente, specificando che con questo termine si deve intendere la persistenza nel tempo dell'uso di sostanze stupefacenti (contemporaneamente alla terapia), ma soprattutto il mantenimento di comportamenti devianti quali gli atti criminali, e la prostituzione correlata al bisogno finanziario per l'acquisto della droga, il mantenimento di una condizione di non autonomia e un'incapacità di provvedere a se stessi mediante un'attività lavorativa. Più che le terapie farmacologiche è l'assenza di costanti, ben strutturati e contemporanei programmi di supporto in ambito psicologico e di riabilitazione e reinserimento sociale a creare le condizioni di possibile cronicizzazione come sopra intesa. A parte ciò, non va mai dimenticato che esistono pazienti resistenti al trattamento riabilitativo che hanno il diritto di essere assistiti con strumenti terapeutici appropriati. Le terapie farmacologiche sostitutive, quindi, se ben gestite, possono creare la base per ridurre rischi e danni per il paziente e favorire la riabilitazione creando condizioni favorevoli per espletare interventi integrati tesi a dare autonomia sociale al paziente e affrancarlo dall'uso di sostanze stupefacenti.

11. *Incompatibilità con azioni di prevenzione primaria/universale:* Infine un altro aspetto importantissimo relativo all'applicazione delle logiche di riduzione del danno è quello concernente la "riduzione della domanda". A questo proposito bisogna infatti chiarire che con il termine "riduzione della domanda" va inteso genericamente la riduzione del numero di persone che chiedono di utilizzare sostanze stupefacenti e psicoattive. In questo gruppo di persone però vi sono due importanti sottogruppi: un primo gruppo di soggetti (il più numeroso) che già usano e che continuano ad utilizzare e a domandare sostanze stupefacenti e psicoattive; un secondo gruppo di persone invece, più interessante ai fini dell'osservazione del fenomeno e del monitoraggio della sua evoluzione, che iniziano ex novo ad utilizzare le sostanze, i cosiddetti nuovi consumatori. Tenere conto di questa distinzione consente di affermare che la riduzione del danno può essere una misura da utilizzare per ridurre la domanda e che l'utilizzo di tale approccio è auspicabile, indicato ed adeguato (nella forme e nella logica sopra riportata) in particolare per coloro che utilizzano sostanze stupefacenti e psicoattive ma risulta altamente sconsigliato e controproducente negli interventi di prevenzione primaria rivolti cioè a coloro (giovani e giovanissimi) che non hanno ancora fatto uso di sostanze stupefacenti e psicoattive e che potrebbero ricavarne un messaggio permissivo e possibilista verso l'uso gestito di sostanze stupefacenti e psicoattive, cosa chiaramente inaccettabile e pericolosa. Pertanto l'uso della logica della riduzione del danno negli interventi di prevenzione primaria/universale indirizzati ai giovani, non ancora assuntori di sostanze è da ritenersi decisamente controindicato. In tale gruppo appare altresì opportuno veicolare informazioni

mirate all'abbassamento della percezione del rischio, causato dall'uso di sostanze legali ed illegali, finalizzate al contenimento delle infezioni da HIV, HCV, HBV e delle malattie sessualmente trasmesse.

4. Obiettivi delle misure e azioni di PPC all'uso di sostanze

In questo tipo di interventi esistono una serie di priorità, a cui devono conformarsi gli interventi e che, nell'ordine sono rappresentate da:

1. Precocità di contatto: creare condizioni di contatto precoce e di fattibilità degli interventi
2. Riduzione della mortalità: creare azioni sulle cause di mortalità
3. Riduzione dell'invalidità: creare azioni sulle cause di invalidità
4. Aumento della qualità della vita: creare azioni sulle cause di disagio psicosociale e la discriminazione

Esistono, di conseguenza, una serie di obiettivi specifici che i professionisti operanti in ambito degli interventi di prevenzione si debbono porre al fine di realizzare le condizioni favorevoli per la salute e la socialità delle persone tossicodipendenti:

Obiettivi

1	Contattare precocemente le persone che fanno uso di sostanze e/o con dipendenza al fine di ridurre il più possibile i tempi trascorsi fuori dai programmi dei Servizi socio sanitari.
2	Prevenire e ridurre il rischio di morte per overdose.
3	Prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza, anche nei consumatori occasionali (alcool, ketamina, ecc…), quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, la TBC e le malattie sessualmente trasmesse.
4	Prevenire e ridurre il rischio di incidentalità stradale droga-alcool correlata.
5	Prevenire e ridurre il rischio di incidentalità negli ambienti lavorativi e domestici.
6	Prevenire e ridurre il rischio di invalidità temporanea o permanente connessa all'uso di sostanze e alla comorbilità psichiatrica.
7	Prevenire e ridurre i rischi sociali correlati all'uso di sostanze: Emarginazione, discriminazione, stigmatizzazione Inserimento in reti criminali Carcerazione Perdita di reti sociali positive Prostituzione Abbandono scolastico e perdita della potenzialità di apprendimento Perdita del lavoro e della capacità produttiva
8	Prevenire e ridurre i disagi e le conseguenze negative per i familiari delle persone tossicodipendenti.
9	Promuovere lo sviluppo della consapevolezza del problema e della necessità di cura nella persona tossicodipendente.
10	Incentivare l'inserimento in trattamenti finalizzati alla risoluzione della dipendenza.
11	Rendere omogeneamente disponibili le terapie per la tossicodipendenza anche nelle strutture penitenziarie, con particolare riguardo alle iniziative di custodia attenuata.

5. Condizioni di inapplicabilità

Per evitare confusioni e fraintendimenti è necessario specificare che gli approcci e le tecniche di PPC presentano dei campi all'interno dei quali è chiaramente controindicata.

In particolare la riduzione del danno è controindicata, come già detto, nell'area della prevenzione primaria e cioè in quell'ambito di intervento diretto a tutte le persone che non hanno ancora iniziato l'uso di sostanze o ne stanno sperimentando gli effetti in maniera episodica. L'utilizzo di modalità di comunicazione e la trasmissione di messaggi di minimizzazione del rischio e del danno conseguente all'uso di sostanze potrebbe essere facilmente interpretato in maniera distorta dal target giovanile che non utilizza sostanze. I messaggi di minimizzazione del rischio potrebbero infatti essere interpretati dal target "naive" come messaggi indiretti di "accettabilità e tollerabilità" nei confronti dell'uso di sostanze, soprattutto se rinforzati dal fatto che "se fatto in un certo modo" l'uso può essere meno dannoso e quindi facendolo percepire un "rischio accettabile". È assolutamente indispensabile evitare un tale fraintendimento ed interpretazione da parte di target "naive" dal momento che potrebbe provocare l'insorgenza di comportamenti a rischio ed una sottovalutazione del problema.

6. Alcune precisazioni sui trattamenti farmacologici sostitutivi anche nell'ottica della prevenzione delle patologie correlate

Il principio di base è che l'uso dei farmaci e delle terapie mediche anche nelle tossicodipendenze debbono seguire le regole della "scienza e coscienza" in cui il medico si assume la responsabilità delle sue decisioni in piena autonomia professionale, ma all'interno delle evidenze scientifiche, della sostenibilità ed accettabilità sociale delle decisioni.
I "trattamenti con farmaci sostitutivi" sono da ascrivere all'ambito delle "cure mediche" e quindi come tali devono essere gestite. Tali trattamenti non sono principalmente "misure con finalità primarie di riduzione del danno", sebbene possono avere (come è auspicabile), in determinate situazioni e contesti, effetti di prevenzione secondaria e cioè di riduzione delle patologie e condizioni pericolose associate all'uso di sostanze.
La finalità primaria delle "cure" nella clinica delle dipendenze, pertanto, si auspica possa essere quella di affrancare la persona dall'uso di sostanze e favorire il suo pieno reinserimento sociale.
La finalità primaria della "riduzione dei danni" è invece di prevenire le patologie correlate o minimizzare le loro conseguenze. In questo contesto, in determinate situazioni e condizioni, anche le terapie sostitutive possono rappresentare delle misure per "ridurre i danni".
In ogni caso i due approcci possono essere complementari, di norma sequenziali e differenziati nel tempo (breve termine il primo, medio-lungo termine il secondo), ma non possono essere considerati alternativi o svilupparsi con linee autonome e non coordinate.
Utilizzare i farmaci sostitutivi, ad esempio il metadone o la buprenorfina, che servono a ridurre l'uso di eroina e le relative morti da overdose (oltre che i crimini correlati e i comportamenti a rischio di infezione), risulta utile nel contesto della logica della prevenzione delle patologie correlate in tutti i casi indicati dalle buone prassi cliniche e in integrazione con interventi motivazionali e di supporto psico-sociale e mai come alternativa esclusiva agli interventi residenziali.

I farmaci sostitutivi possono essere, temporaneamente, utilizzati nell'ambito della PPC per le seguenti finalità:

- Incentivare e motivare il paziente tossicodipendente alla presa in carico precoce.
- Ridurre nel breve termine il rischio di overdose, astinenza, acquisizione di infezioni o, in caso di gravidanza in atto, di complicanze ostetrico-ginecologiche o astinenza neonatale.
- Iniziare l'inserimento in percorsi di cura e riabilitazione più strutturati e a medio-lungo termine.

Le caratteristiche di questo tipo di interventi farmacologici tesi alla tempestiva e temporanea riduzione dei rischi e dei danni legati soprattutto agli effetti astinenziali anche attraverso somministrazione in setting poco strutturati come le unità mobili sono:

- Con accesso rapido.
- Di norma a breve termine.
- Sempre integrati con counseling motivazionale.
- Con esclusione dell'affidamento del farmaco in contesti poco strutturati, come le unità mobili, in quanto non è possibile assicurare controlli urgenti, periodici ed un rapporto duraturo con il paziente.
- Con dosaggi farmacologici tali da assicurare il contenimento della sindrome astinenziale con l'uso, di norma, di circa 20 mg di metadone o equivalenti, e comunque non superiori ai 40 mg o equivalenti (effetto antiastinenziale).
- Prodromici nei trattamenti più strutturati e di supporto terapeutico nel medio – lungo termine.

7. Misure e azioni

Misura/azione per il raggiungimento degli obiettivi	Specifica	Ambienti di erogazione principali	Indicatori di valutazione

Programmi di Informazione (1-10)	• Informare la popolazione a maggior rischio (giovani) sui danni e sui rischi derivati dall'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive. Questo intervento è da considerarsi complementare agli interventi di PPC.	• Posizionamento permanente di materiale informativo (poster, depliant, sito web) Contrassegnare tutti i materiali con un logo facilmente riproducibile e diffondibile a basso costo, sistematicamente riproponibile attraverso i mass media e/o affiancabile a "contesti di Qualità della vita" (alla maniera del nastrino rosso di solidarietà HIV+)
		  ◦ Scuole particolarmente a rischio
		  ◦ Distretti sanitari
		  ◦ Farmacie
		  ◦ Ambulatori MMG
		  ◦ Informa Giovani
		  ◦ Discoteche
		  ◦ Discobar
			• N° di interventi e grado di copertura territoriale

	• Informare il tossicodipendente non in trattamento ed i consumatori anche occasionali sulla presenza sul territorio di strutture pubbliche (Ser.T.) e private (Organizzazione del privato sociale) e agevolarne l'accesso anche mediante accompagnamento/orientamento.	• Luoghi di ritrovo e di socializzazione delle persone tossicodipendenti ed i consumatori anche occasionali • Carcere	• N° di tossicodipendenti informati / t_{std} • N° di consumatori occasionali informati • N° di accessi correlati all'informativa / t_{std}
	• Fornire indicazioni sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze e fornire indicazioni su come modificare o evitare i comportamenti di abuso.	• Unità mobili • Ser.T. • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in	• N° di tossicodipendenti informati / t_{std}
	• Fornire indicazioni sulle condizioni di aumentato rischio durante i periodi di sospensione, di assunzione contemporanea di alcol o più sostanze, assunzioni in luoghi isolati difficilmente raggiungibili da soli e sulle indicazioni di come minimizzare gli effetti avversi.	• Unità mobili • Ser.T. • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in	• N° di tossicodipendenti informati / t_{std}

Misura/azione per il raggiungimento degli obiettivi	Specifica	Ambienti di erogazione principali	Indicatori di valutazione
Programmi di contatto precoce (outreach)	• Agevolare il contatto con le persone tossicodipendenti e consumatori anche occasionali mediante interventi a bassa soglia: ○ Avvicinamento delle persone tossicodipendenti e consumatori anche occasionali mediante operatori di prevenzione in strada e nei luoghi di assunzione delle sostanze con unità mobili ○ Allestimento e gestione drop in, operando con la rete dei Servizi pubblici e privati di assistenza e recupero, e fornendo spazi dove i tossicodipendenti possano soddisfare alcuni bisogni di base (con esclusione dell'assunzione di droga e alcol) come per esempio quello della pulizia/igiene personale e del ristoro di base (alimentazione di sopravvivenza, protezione dal freddo). Con questo intervento si mira anche a migliorare la qualità della vita dei soggetti consumatori di sostanze stupefacenti e psicoattive e nel contempo creare occasioni di primo contatto. ○ Adeguamento delle procedure di accesso ai servizi pubblici • Attuare attività di accompagnamento ai servizi pubblici degli utenti • Sviluppare Piani di formazione territoriali rivolti agli operatori delle forze dell'ordine (compreso il Corpo di Polizia Penitenziaria) per quanto riguarda gli aspetti relazionali indirizzati verso la creazione del consenso alla cura, e messa a disposizione di strutture di ascolto, di orientamento e di accoglienza in situazioni di emergenza attraverso la creazione di numeri di emergenza h 24.	• Luoghi di intrattenimento, luoghi dello spaccio, rave party, luoghi di attività spontanea	• N° di tossicodipendenti contattati con: unità mobili e drop in • N° di unità mobili - N° di ore di attività / sett • N° di unità mobili – N° di attività / td contattati • N° di Drop In - N° di ore di attività / sett • N° di Drop In - N° di attività / td contattati • N° di accompagnamenti/totale dei contatti
Distribuzione e scambio di siringhe usate, kit di materiali sterili e di farmaci salvavita Distribuzione	• Attivare campagne ed accordi di collaborazione con le farmacie territoriali per agevolare la fornitura di siringhe sterili alle persone tossicodipendenti. • Provvedere allo scambio delle siringhe usate con quelle pulite al fine di evitare le infezioni derivate dallo scambio e al fine di minimizzare l'abbandono delle siringhe stesse	• Postazione fissa territoriale (punto di riferimento per le persone tossicodipendenti) • Unità mobili • Ser.T. • Centri di Prima Accoglienza	• Esistenza di accordi con farmacie • N° di siringhe - distribuite – scambiate • N° di tossicodipendenti addestrati alla disinfezione

Misura/azione per il raggiungimento degli obiettivi	Specifica	Ambienti di erogazione principali	Indicatori di valutazione
profilattici (prevenzione HIV)	nell'ambiente. Altresì, dove non sia possibile effettuare la distribuzione di siringhe nuove, insegnare a sterilizzare quelle precedentemente usate. Distribuire nel contempo materiali sterili (garze disinfettanti e acqua distillata) e farmaci salvavita (naloxone) da utilizzare in caso di overdose (da distribuire anche alle famiglie). • Distribuire profilattici al fine di ridurre l'incidenza delle malattie da contagio e fare training per il corretto uso degli stessi.	• Drop-in	della siringa e uso corretto del preservativo • N° di profilattici distribuiti • Variazione dell'incidenza di overdose e diagnosi per patologie correlate all'uso intravenoso e/o MST
Training per l'acquisizione di abilità preventive	• Insegnamento alle persone tossicodipendenti e consumatori anche occasionali mediante specifici training per lo sviluppo, oltre che di conoscenze appropriate, anche di concrete abilità comportamentali delle seguenti operazioni, introducendo anche tecniche di peer support (con l'esclusione della disinfezione delle siringhe al fine di evitare l'attivazione del craving) con persone opportunamente selezionate e formate: ○ Disinfezione siringa e parafernalia ○ Uso corretto del profilattico ○ Primo soccorso per una persona in overdose ○ Identificazioni delle condizioni che aumentano il rischio (ripresa dell'uso di sostanze dopo periodo di astinenza, ecc.)	• Ser.T. • Carcere • Comunità • Unità mobili • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in	• N° di tossicodipendenti che hanno partecipato al training • Livello di conoscenza acquisita • Livelli di abilità acquisiti su • disinfezione • uso profilattico • soccorso overdose
Continuità Assistenziale (1,7,10)	• Attivare azioni coordinate e concordate (mediante protocolli e processi condivisi) tese a prevenire e gestire l'aumento del rischio di overdose per il passaggio della persona tossicodipendente da: • Carcere alla vita libera • Comunità terapeutica al territorio • Programmi in custodia attenuata in carcere	• Carcere • Comunità Terapeutiche • Famiglie di tossicodipendenti in carcere e/o Comunità	• Presenza di protocolli • N° di tossicodipendenti informati • N° di overdose nei gruppi a rischio • N° di pazienti ammessi al programma terapeutico in carcere
Attivare sistemi di allerta precoce	• Creare un network informativo regionale collegato e coordinato con il sistema di allerta nazionale del Focal Point – OEDT del DPA (National Earling Warning System -	• Regioni • Amministrazioni centrali – DPA • Carceri	• N° di segnalazioni inviate/t • N° di allerte recepite con attivazione della risposta • Grado di diffusione delle

Misura/azione per il raggiungimento degli obiettivi	Specifica	Ambienti di erogazione principali	Indicatori di valutazione
	NEWS) molto rapido che permette di conoscere in tempo quasi reale la comparsa sul territorio nazionale di nuove sostanze particolarmente pericolose • Provvedere all'invio tempestivo delle segnalazioni meritevoli di attenzione e/o attivazione di allerte rilevate sul territorio di competenza al sistema nazionale • Provvedere al recepimento delle allerte, sul territorio di competenza, e alla produzione ed organizzazione di risposte precoci a tutela della salute di persone tossicodipendenti • Prevedere la distribuzione diretta delle informazioni di allerta alle strutture sanitarie di emergenza ma anche alle associazioni dei consumatori, agli utenti Sert, ai detenuti tossicodipendenti e alle unità mobili in contatto con loro	• Ser.T. • Unità mobili • Forze dell'Ordine • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in	informazioni di allerta in relazione ai punti da coprire
Primo Soccorso	• Organizzare corsi di formazione (orientati allo sviluppo di abilità preventive concrete e non solo dell'incremento delle conoscenze) per tossicodipendenti in modo da fornire loro rudimenti per un intervento di primo soccorso in caso di overdose di un compagno	• Unità mobili • Ser.T. • Comunità terapeutiche • Carcere • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in	• N° di corsi organizzati • N° di partecipanti
Distribuzione Naloxone	• Distribuzione informata di fiale di naloxone cloridrato per il primo soccorso rispetto all'overdose da eroina, ai pazienti ed ai familiari delle persone tossicodipendenti.	• Unità mobili • Drop in center • Ser.T.	• N° di fiale distribuite • N° di fiale utilizzate
Programmi per la riduzione della mortalità e della invalidità correlata alla guida sotto l'effetto di alcool o droga	• Informazione ed educazione preventiva nei luoghi del consumo/intrattenimento mediante spot, poster e uso "on site test" e di etilometri. • Attivare programmi di accompagnamento delle persone con particolare stato di alterazione, all'uscita dei locali notturni, da parte di personale opportunamente addestrato • Postazioni delle forze dell'ordine all'interno dei parcheggi delle discoteche con accertamenti ad adesione volontaria prima che il guidatore metta in moto l'auto. • Controlli su strada con collaborazione forze dell'ordine e strutture sanitarie (Sert) – applicazione del Protocollo "Drug	• Scuole • Scuole guida • Ser.T. • Discoteche • Rave party • Postazioni di controllo stradale delle forze dell'ordine	• N° di interventi nella location specifiche • N° di persone accompagnate • N° di controlli volontari eseguiti • N° di positivi individuati • N° di controlli su strada • N° di positivi individuati

Misura/azione per il raggiungimento degli obiettivi	Specifica	Ambienti di erogazione principali	Indicatori di valutazione
	on street".		
Donne e droga	• Attivare specifici punti di riferimento e contatto per le donne anche mediante info-line pubblicizzate e facilmente accessibili. • Attivare programmi che comprendano: ○ Counseling ed informazioni sui rischi specifici e le particolari vulnerabilità nel sesso femminile (rischio prostituzione, violenze, gravidanza indesiderata, feto e uso di sostanze stupefacenti e psicoattive ecc). ○ Training per sviluppare la consapevolezza e l'assertività. ○ Programmi per l'inserimento in percorsi di liberazione dallo stato di sfruttamento della prostituzione. ○ Assistenza ginecologica e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. ○ Assistenza alla gravidanza e al parto. ○ Programmi e assistenza concreta per il supporto della gestione e cura del bambino.	• Ser.T. • Comunità terapeutiche • Centri di Prima Accoglienza • Drop-in • Carcere	• N° di tossicodipendentidi sesso femminile contattate • Esistenza di programmi specifici per il genere femminile • N° di prostitute tossicodipendenti inserite in in percorsi di affrancamento • N° di tossicodipendenti di sesso femminile sottoposte ad accertamenti ginecologici • N° di tossicodipendenti di sesso femminile con gravidanze assistite

8. Applicazione, fattibilità e competenza dei programmi

Le azioni sopra riportate dovranno entrare in programmi stabili ed interventi permanenti per i quali saranno previste e realizzate specifiche condizioni di sostenibilità organizzativa e finanziaria.

L'applicazione concreta delle misure ed azioni dovrà essere monitorata attraverso il rilevamento della presenza e persistenza di tali azioni, rilevando inoltre i parametri di efficacia e di efficienza mediante gli indicatori sopra riportati.

La competenza della pianificazione dei programmi di PPC è delle Regioni e P.A. che dovranno prevedere un'organizzazione a livello delle singole Aziende sanitarie basata su una strutturazione di tali interventi nelle attività ordinarie dei Dipartimenti delle Dipendenze (dove esistenti) o dei Sert, con il forte coinvolgimento del privato sociale accreditato.

9. Valutazione

Si raccomanda che la valutazione avvenga attraverso l'osservazione di 5 aree di interesse prioritario:

1. Presenza o assenza delle azioni, dei programmi e dei servizi previsti presso le aziende sanitarie (dipartimenti delle dipendenze/Sert), inserendo l'erogazione di tali prestazioni come misura necessaria da possedere per l'accreditamento del sistema aziendale (sia che il servizio venga gestito direttamente dalle U.O. pubbliche, sia che venga dato in gestione esterna ad enti accreditati).
2. Grado di funzionalità in base ai bisogni territoriali, monitorato mediante il n° di prestazioni specifiche erogate (efficienza allocativa) in relazione ai bisogni.
3. Esito concreto delle azioni (effectiveness).
4. Costi e sostenibilità delle misure messe in atto, valutando anche la quota % di riporto nel budget totale stanziato per le dipendenze a livello aziendale.
5. Costumer satisfaction e grado di accettabilità sociale delle varie iniziative rilevato nei confronti sia degli amministratori locali sia dalla popolazione generale.

La Valutazione dovrà prevedere due rilevatori paralleli e confrontabili: quello dell'ente responsabile dell'organizzazione ed erogazione del servizio (auto valutazione) e quello di un ente terzo (rilevante esterno) sugli stessi parametri.

10. Gli impegni richiesti alle Amministrazioni Centrali e alle Regioni e Province Autonome

Affinché quanto qui riportato non resti soltanto una dichiarazione di intenti è necessario definire precisamente quali siano i compiti e i ruoli delle diverse componenti che si dovranno assumere al fine di rendere operative le presenti linee di indirizzo sui singoli territori.
Pertanto, si ritiene necessario identificare precisamente quanto sotto riportato.

DPA	Regioni e P.A.

• Coordinamento interministeriale
• Promuovere la concertazione relativamente alla definizione delle linee di indirizzo tra:
  ○ Amministrazioni centrali
  ○ Regioni e P.A.
  ○ Organizzazioni del Privato Sociale
• Definire le linee di indirizzo e i Livelli Essenziali di Assistenza da proporre e concertare con le Regioni e P.A.
• Concertare le modalità di applicazione con le Regioni
• Emanare specifici atti formali secondo le procedure definite in Conferenza Stato-Regioni
• Promuovere e sostenere l'applicazione delle linee di indirizzo nelle singole Regioni
• Monitorare la corretta applicazione delle misure sul territorio delle singole Regioni
• Attivare eventuali correttivi migliorativi
• Controllare l'applicazione in relazione ai reali risultati raggiunti e attivare soluzioni concertate in caso di mancata attuazione o non raggiungimento dei risultati
• Attivare un sistema di controllo da parte di un Ente terzo
	• Concertare con le Amministrazioni centrali e le Organizzazioni del Privato Sociale
	• Contribuire alla definizione tecnica delle linee di indirizzo e dei livelli essenziali di assistenza
	• Recepire formalmente le linee di indirizzo attraverso le procedure previste dalla Conferenza Stato-Regioni
	• Applicare tali linee mediante idonea programmazione regionale
	• Controllare l'attuazione e il mantenimento dei programmi e degli interventi previsti a livello delle singole Aziende Sanitarie
	• Fornire periodicamente idonei rapporti di attività e di risultato
	• Partecipare al monitoraggio trasmettendo i dati necessari nei tempi previsti per attuare una valutazione corretta delle attività
	• Proporre eventuali modifiche ed integrazioni migliorative del sistema

Al fine di attivare una corretta valutazione dell'applicazione delle misure/azioni qui riportate e dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità derivanti, si ritiene necessario ed indispensabile attivare un "Ente Terzo" mediante un progetto che supporti il DPA e le Regioni e P. A. nel monitoraggio e nella valutazione delle Linee di indirizzo. Tale Ente è da ricercare fra le Organizzazioni di alto livello abilitate ed accreditate alla valutazione e al supporto formativo dei sistemi complessi di tipo socio-sanitario.

11. ADDENDUM (a cura del DPA)

NOTA IMPORTANTE: questa parte del documento deve essere considerata un "ADDENDUM" ad esclusiva cura e definizione del DPA. Non è stata richiesta alcuna condivisione formale da parte del gruppo consultivo, anche se la maggior parte di loro si sono dichiarati concordi nell'inserire questa nota.
Il chiarimento rispetto a queste tre misure è necessario e finalizzato a sgomberare il campo da malintesi con le Amministrazioni Regionali relativamente alla legittimità, fattibilità organizzativa e opportunità terapeutica e preventiva. Ciò è dovuto al fatto che questo Dipartimento ritiene di non voler concentrare né la discussione né la possibile allocazione delle risorse su tali misure in quanto non prioritarie, non fattibili nel contesto legislativo italiano e possibili fonti di assorbimento di risorse contingentate, che potrebbero essere invece allocate su interventi più efficaci, più fattibili e più orientati alla presa in carico della persona.
Pertanto, va chiarito che per questo Dipartimento sono da escludere dai programmi di prevenzione delle patologie correlate le seguenti azioni, per le motivazioni sotto indicate:

AZIONI	SPIEGAZIONI E MOTIVAZIONI
Pill testing	• Questa metodica non può trovare applicazione in Italia per la sussistenza di leggi che ne impediscono l'uso. Analizzare i contenuti delle pastiglie nei luoghi dove queste si consumano dando informazioni sulla "qualità della sostanza" o sulla sua presunta pericolosità. Questo tipo di azione è sconsigliata in quanto attualmente non esistono test di laboratorio "on site" attendibili nel rilevamento delle caratteristiche tossicologiche delle sostanze. Oltre ciò vengono prodotte sostanze sempre nuove che non sono ancora identificabili. Infine, va considerata la variabilità di risposta individuale alla sostanza, non prevedibile. Una risposta "rassicurante" potrebbe indurre false sicurezze nel consumatore che spesso abusa anche di alcool in maniera associata ed imprevedibile. Un'altra considerazione sta nel fatto che non è chiarito il destino che hanno le sostanze considerate "non di qualità" al pill testing. Con buona probabilità esse non verranno smaltite ma cedute da parte del consumatore ad altri consumatori ignari del risultato del test, affinché si possa rientrare con le spese sostenute ed acquistare nuove sostanze. A questo proposito si ritiene prioritario e sicuramente più idoneo, al fine di identificare particolari sostanze o varianti estremamente pericolose, l'attivazione in tutto il territorio nazionale del sistema nazionale di allerta precoce. Con informazioni di allerta trasmesse anche ai consumatori. Questo sistema costituisce una valida e più affidabile soluzione al pill-testing in quanto utilizza metodiche di laboratorio molto più affidabili.
Distribuzione controllata dell'eroina	• Consegna per l'uso terapeutico dell'eroina presso strutture dedicate, con accesso del paziente 3-4 volte al giorno, al fine di auto-praticare l'iniezione endovenosa di eroina non è supportata in Italia da leggi che ne consentono l'attivazione. Non è una necessità prioritaria in relazione alla bassissima percentuale di soggetti che ne potrebbero usufruire (non superiore al 3%) e, alla luce anche delle esperienze fatte da molti anni in altri Paesi che hanno mostrato che questo tipo di terapie, che necessitano di 4 somministrazioni endovenose al giorno, vengono abbandonate dai pazienti spontaneamente nella arco di 4 – 6 mesi. Oltre a questo va valutato l'alto costo dei servizi necessari per supportare 4 accessi al giorno del paziente con possibile distrazione di budget per attività di altro livello.

Stanze di autosomministrazione	• Iniziativa non supportata in Italia da leggi che ne consentono l'attivazione. Istituzione di luoghi dove è ammesso l'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive, acquistate e utilizzate dal paziente, sotto la supervisione di personale medico e paramedico qualificato. Questa azione è totalmente in contrasto con la strategia nazionale e i principi base del DPA che indica come necessario privilegiare l'investimento delle risorse, senza distrazioni, in attività parallele, e l'individuazione di attività di primo contatto mediante unità mobili, drop-in center, centri di pronta accoglienza e l'offerta di terapie farmacologiche a bassa soglia. Si propone quindi, in alternativa, l'attivazione di accoglienze immediate e l'utilizzo di terapie farmacologiche come forma di incentivazione al contatto e al proseguimento di percorsi terapeutici e di affrancamento dall'uso di sostanze a più alta soglia e nel più lungo termine. Oltre a ciò, si esprime forte preoccupazione e disaccordo sul significato che l'apertura di tali stanze avrebbe sia sugli operatori del settore, sugli amministratori e programmatori locali e regionali e sull'opinione pubblica. Attualmente la maggior parte dei Sistemi Regionali sono in grado, se ben orientati, di creare efficaci condizioni di primo contatto e incentivazione all'entrata in trattamento (obiettivo primario), mentre l'apertura di tali stanze potrebbe comportare lo spostamento dell'attenzione e degli investimenti verso soluzioni meno costose che, invece di essere aggiuntive, potrebbero, per mere ragioni di budget, correre un forte rischio di diventare sostitutive, creando sacche di pazienti solo controllati ma non gestiti correttamente da un punto di vista terapeutico.

12. Bibliografia essenziale

1. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/S-26/L.2)] S-26/2. Declaration of Commitment on HIV/AIDS - (02/08/2001)
2. Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers´. A position paper of the United Nations System (12 March 2002)
3. WHO, UNAIDS & UNODC (2004) Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment toreduce HIV transmission. Geneva, World Health Organization, (2004)
4. WHO, UNAIDS & UNODC (2004) Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons, Geneva, World Health Organization, (2004)
5. Proposta di raccomandazione del Parlamento europeo destinata al Consiglio sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) - Parlamento Europeo - Bruxelles, 12 July 2004
6. Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities - Vilnius Declaration" Vilnius September 2004
7. REITOX Academy Intensive Course: Harm reduction data and reporting, (26-27 September 2005)
8. "Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo sulla lotta contro l'HIV/AIDS nell'Unione europea e nei paesi vicini, 2006-2009" - Commissione Europea - Bruxelles, 15 december 2005
9. GA Res 60/262, Political Declaration on HIV/AIDS, A/RES/60/262 (2006)
10. "Risoluzione del Parlamento europeo sull'HIV/AIDS, tempo di agire" - Parlamento Europeo – Strasburgo, 6 july 2006
11. UNAIDS Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention, UNAIDS (2007)
12. "Responsibility and Partnership – Together Against HIV/AIDS - Brema Declaration" Brema, March 2007
13. 'Reducing the adverse health and social effects of drug use: A comprehensive approach.' Discussion paper UNODC (2008)
14. "Drug Dependence Treatment - Training package", UNODC (2008)
15. EU Drugs Action Plan for 2009-2012 European Council, December 2008
16. A short note on harm reduction" EMCDDA, February 2009

13. Allegati:

Allegato 1: Modello delle fasi di cambiamento (Prochaska e Di Clemente – 1984)

Fasi del cambiamento	Caratteristiche	Metodi
Pre-contemplazione	Non si considera alcun cambiamento in atto: "Beata ignoranza".	• Accertare la mancanza di preparazione. • Chiarire: la decisione è di altri. • Incoraggiare la rivalutazione dell'attuale comportamento. • Incoraggiare l'auto-esplorazione, nessuna azione. • Spiegare e personalizzare il rischio. •
Contemplazione	Ambivalente circa il cambiamento: "seduti sullo steccato". Non si considera un cambiamento entro il mese prossimo.	• Accertare la mancanza di Preparazione • Chiarire: la decisione non è di altri. • Incoraggiare la valutazione dei pro e dei contro del cambiamento del comportamento. • Identificare e promuovere l'aspettativa di un nuovo positivo risultato.
Preparazione	Qualche esperienza col cambiamento e si cerca di cambiare: "Saggiare le acque". Si pianifica di agire entro un mese.	• Identificare e assistere nella soluzione dei problemi con riferimento agli ostacoli. • Aiutare il paziente a identificare il sostegno sociale. • Verificare che il paziente abbia delle sottostanti capacità per cambiare comportamento. • Incoraggiare piccoli passi iniziali.
Azione	Si pratica il nuovo comportamento per 3, 6 mesi.	• Focus sulla ristrutturazione degli spunti iniziali e sostegno sociale. • Sostenere l'auto-efficacia nell'affrontare gli ostacoli. • Combattere i sentimenti di perdita e ribadire i benefici di lungo termine.
Mantenimento	Continuo impegno a mantenere il nuovo comportamento. Dai 6 mesi ai 5 anni successivi.	• Pianificare il sostegno del seguito (follow-up). • Rafforzare le ricompense interne. • Discutere come affrontare la ricaduta.
Ricaduta	Ripresa dei vecchi comportamenti: "Cadere in disgrazia".	• Valutare l'avvio della ricaduta. • Rivalutare motivazione e barriere. • Pianificare più forti strategie di resistenza.

Allegato 2: testo integrale e-mail inviata dalla Segreteria del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza - CNCA al Dipartimento Politiche Antidroga in data 23/06/2009 alle ore 23.27.

"Al Dipartimento nazionale antidroga

Preso atto della versione definitiva del documento sulla prevenzione alle patologie correlate, giuntaci in data 11 giugno 2009, pur apprezzando la qualità di alcune schede tecniche sulla riduzione del danno a cui il lavoro del gruppo è arrivato e che sono presenti nel documento, riteniamo tuttavia ancora insufficienti e non accettabili alcuni punti della premessa del documento e delle sue conclusioni.
Pertanto, pur rimanendo disponibili ad un confronto sul piano tecnico scientifico che possa portare le schede tecniche ad essere inserite nei Lea, non possiamo tuttavia aderire e sottoscrivere il documento nella sua completezza".

Riccardo De Facci
Leopoldo Grosso

Allegato 3: testo lettera inviata dalla Lega italiana per la lotta contro l'AIDS – LILA, in data 06/07/2009 alle ore 12:51.

"*Omissis*…Quindi, pur riconoscendo che altri suggerimenti da noi proposti sono stati tenuti in considerazione, tutte le ragioni sopra esplicitate ci portano a non poter condividere appieno il documento."

Alessandra Cerioli
Presidente Nazionale

Massimo Oldrini, Damiano Maggio
Area Riduzione del danno