



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

Riduzione del danno: politiche, servizi e sviluppi di un approccio alternativo al proibizionismo.

DOCENTE 1° relatore: Prof. Luca Scacchi

DOCENTE 2° relatore: Prof. Mauro Croce

STUDENTE: Andrea Seira

MATRICOLA: 17D03992

Ringraziamenti

Ringrazio sentitamente il professor Luca Scacchi ed il professor Mauro Croce per avermi guidato nella trattazione del tema, per l'aiuto e l'incredibile disponibilità offertami durante tutto il processo di stesura.

Ringrazio la mia famiglia, che non mi ha mai fatto mancare alcun tipo di supporto durante questi anni di studio e che mi ha accompagnato al raggiungimento di questo traguardo.

Ringrazio Giorgia ed Ilaria per essere state, ad Aosta, la mia casa.

Ringrazio l'UNIVDA tutta, per essere stata il luogo che si è curato della mia formazione scolastica e non solo.

Porterò sempre l'esperienza di Aosta nel mio cuore.

INDICE

Premesse	4
Introduzione	4
Capitolo I: “Una” definizione	5
• 1.1 Introduzione al capitolo.....	5
• 1.2 Riduzione del Danno: che cos'è?.....	5
• 1.3 Principi e obiettivi.....	8
• 1.4 Uno sguardo sul mondo.....	10
• 1.5 Uno sguardo in Europa.....	13
• 1.6 Uno sguardo in Italia.....	14
• 1.7 Riepilogando.....	15
Capitolo II: La riduzione del danno nella letteratura	16
• 2.1 Introduzione al capitolo.....	16
• 2.2 Needle and syringe programmes (NSPs).....	17
• 2.3 Opioid Substitution Therapy (OST).....	21
• 2.4 Drug Consumption Rooms (DCRs).....	24
• 2.5 Riepilogando.....	26
Capitolo III: L’impatto socioeconomico dei servizi	27
• 3.1 Introduzione al capitolo.....	27
• 3.2 L’impatto sociale.....	27
• 3.2.1 Consumo di sostanze e crimine.....	27
• 3.2.2 I servizi e la comunità.....	30
• 3.3 Sostenibilità economica.....	32
• 3.3.1 Costi e benefici: NSP.....	33
• 3.3.2 Costi e benefici: AOT.....	34
• 3.4 Riepilogando.....	35
Conclusioni	36
Bibliografia	38

Premesse

Il tema che verrà discusso si presenta particolarmente complesso e, per questo motivo, ritengo doveroso esplicitare alcune delle linee guida che mi hanno guidato durante la stesura del lavoro.

Data l'ampiezza del tema, si è voluto circoscrivere la trattazione delle pratiche di riduzione del danno all'interno dell'ambito specifico delle tossico dipendenze ed, in particolare, verranno presi in considerazione i servizi principali e più diffusi. Si specifica inoltre come la trattazione proposta non faccia riferimento ai cambiamenti subiti dalle pratiche di riduzione del danno in seguito all'insorgenza dell'emergenza sanitaria COVID-19, ma proverà a descrivere ed analizzare la situazione precedente alla pandemia. Quest'ultima, infatti, ha avuto un impatto sui servizi di RdD tale da non poter essere approfondito all'interno di questo lavoro (Roxburgh et al., 2021; Picchio et al., 2020; HRI, 2020a).

Introduzione

Questo lavoro si pone l'obiettivo di presentare ed indagare i principali servizi di riduzione del danno (RdD). Questa indagine avrà inizio nel primo capitolo attraverso l'analisi delle definizioni proposte dalla letteratura: si accennerà brevemente ai servizi che costituiscono il cuore stesso della RdD per esplorare, successivamente, le definizioni che presentano la RdD sia come un insieme di servizi che come un modello operativo. Il primo capitolo proseguirà dunque attraverso una rapida analisi volta ad osservare l'attuale sviluppo dei servizi nelle varie regioni del mondo, ponendo una particolare attenzione sulla regione europea e, nello specifico, sulla situazione italiana. Nel secondo capitolo verranno invece presentati nel dettaglio i principali servizi di RdD e verrà effettuata una disamina della letteratura che ha indagato tali servizi. In particolare, si cercherà di comprendere l'effettiva efficacia dei servizi e si esplorerà le potenzialità che questi sembrerebbero possedere. La presentazione della RdD proseguirà dunque nel terzo capitolo con l'esplorazione degli aspetti sociali legati all'impatto che i servizi potrebbero avere sulla comunità e su come, proprio la comunità, possa influire a sua volta sul corretto funzionamento dei servizi. In conclusione, verrà proposta una riflessione sugli aspetti economici legati all'implementazione ed al mantenimento dei servizi.

Concludo questa prima fase introduttiva spiegando le motivazioni che mi hanno indotto a scegliere proprio la riduzione del danno come argomento centrale del mio lavoro. Prima di documentarmi sulla RdD e, in generale, affacciarmi al mondo delle tossico dipendenze, le mie conoscenze a riguardo erano pressoché nulle. Vi era in me l'idea che l'approccio volto a trattare le tossico dipendenze consistesse nel supportare e guidare il paziente all'interno di un percorso che vedeva come unica possibilità di successo la disintossicazione. Questa idea, ben sedimentata e che mai era stata veramente indagata, si è vista scossa dalle fondamenta nel momento in cui, durante il corso di

psicologia delle dipendenze tenuto dal professor Croce, sono venuto a conoscenza della riduzione del danno. Scoprire che vi fosse, all'interno delle tossico dipendenze, una modalità d'approccio in grado di giovare all'individuo partendo dal presupposto che quest'ultimo non cessasse il consumo di sostanze, mi ha genuinamente affascinato. Il fascino che mi ha inizialmente portato all'esplorazione del tema si è preso mescolato ad una sostanziale condivisione dei valori che stanno alla base della RdD. Nello specifico sono rimasto particolarmente colpito dalla capacità dell'approccio di riconoscere la piena dignità degli individui che si trovano a combattere la tossico dipendenza e, ancor di più, in quelli che ancora non sono pronti a combatterla.

Possiamo, ora, iniziare ad indagare i servizi per la riduzione del danno.

CAPITOLO I: “Una” definizione

1.1 Introduzione al capitolo

All'interno di questo capitolo introduttivo verrà esplorato il significato di riduzione del danno (RdD). Verranno definiti gli obiettivi e i principi che guidano le pratiche e, attraverso l'analisi delle definizioni proposte, si cercherà di esplorare la complessità che caratterizza la RdD per poi contestualizzarla all'interno di uno scenario globale, concentrando infine l'attenzione su quello italiano.

1.2 Riduzione del Danno: che cos'è?

Nel provare a rispondere a questa domanda non è possibile, purtroppo, affidarsi all'ausilio di una sola definizione. Al momento non esiste infatti una definizione univoca ed universalmente riconosciuta, che sia in grado di esplicitare in modo esaustivo il concetto di riduzione del danno. È tuttavia possibile ovviare a questo problema, conseguenza della vasta e complessa eterogeneità che caratterizza la RdD, analizzando le definizioni proposte dai principali studiosi e dalle organizzazioni e agenzie che da anni lavorano nel settore delle tossicodipendenze. Nello specifico ne verranno analizzate tre che, a mio avviso, esplorano il concetto di RdD a diversi livelli di profondità.

Questo eclettico tentativo può avere inizio dalla definizione che ci propone la World Health Organization (2020a), che definisce l'RdD come “un insieme di politiche, programmi, servizi, e azioni che mirano a ridurre il danno per gli individui, le comunità e la società, in relazione all'utilizzo di sostanze stupefacenti, incluso il rischio di infezione da virus HIV. La riduzione del danno è un modello chiave nella prevenzione delle infezioni del virus HIV tra coloro che si iniettano sostanze

stupefacenti ed i loro partner sessuali”¹. Questa definizione permette di attribuire una prima forma alla RdD, che viene dunque intesa come un insieme di politiche, programmi e servizi. Tra le più importanti pratiche a cui fa riferimento la WHO possiamo annoverare i needle syringe programmes (NSPs) e le opioid substitution therapy (OST) (WHO, 2020b). Gli NSPs consistono di un insieme di programmi volti alla distribuzione di siringhe e materiale sterile mentre gli OST si presentano come terapie basate sulla sostituzione della sostanza stupefacente iniettata, solitamente eroina, con un oppioide sostitutivo² (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2016; Centre for Disease Control and Prevention [CDC], 2019). Queste due pratiche, come vedremo in seguito, hanno riscontrato una notevole diffusione in Europa e nel mondo. Discorso a parte deve invece essere fatto per le Drug Consumption Rooms (DCRs), non citate dalla WHO ma che ricoprono un ruolo importante nelle pratiche di intervento della RdD (EMCDDA, 2018). Le DCRs possono essere definite come luoghi sicuri ed igienizzati, all’interno dei quali è possibile assumere sostanze stupefacenti, precedentemente ottenute, sotto la supervisione di personale sanitario (Akzept 2000, citato in EMCDDA, 2004, p.8). Rispetto alle altre modalità di intervento proposte secondo il modello RdD, vedremo come quella delle DCRs rappresenti sicuramente una delle più dibattute e di difficile implementazione.

Dalla definizione proposta dalla WHO emerge tuttavia una forte specializzazione delle pratiche di RdD legate alla prevenzione della diffusione del virus dell’HIV. Il forte legame che lega la RdD e l’HIV affonda le sue radici nelle origini della RdD stessa (Zuffa, 2000). In Europa, a cavallo tra gli anni ottanta e novanta del secolo scorso, programmi come l’NSP e l’OST furono infatti proposti come strumenti per far fronte all’emergenza sociosanitaria legata all’aumento del consumo di eroina e la conseguente diffusione del HIV. Negli ultimi vent’anni, pur mantenendo ancorate le radici che la legano alla prevenzione dell’AIDS, la RdD ha notevolmente ampliato i suoi orizzonti di applicazione (Jarre, 2014).

Questa prima analisi ci permette di spostare la nostra attenzione sulla seconda definizione che prenderemo in esame. A fornircela è l’Harm Reduction International (HRI), un’organizzazione non governativa che ha costruito negli ultimi vent’anni uno tra i più importanti network di comunicazione, ricerca e intervento basati sul modello della riduzione del danno. L’HRI (2010), proponendo quella che a mio avviso è una visione più contemporanea rispetto a quella fornita dalla WHO, afferma che la riduzione del danno “si riferisce a politiche, programmi e prassi che mirano, in primo luogo, a

¹ Traduzione di: “Harm reduction is a set of policies, programmes, services and actions that aim to reduce the harm to individuals, communities and society related to drugs, including HIV infection. Harm reduction is key in the prevention of HIV infection among people who inject drugs (PWIDs) and their sexual partners.”, WHO, disponibile sul sito: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

² Ad esempio il metadone (EMCDDA, 2020)

ridurre le conseguenze negative sulla salute, in ambito sociale ed economico, derivate dall'uso di droghe legali od illegali, senza ridurre necessariamente il consumo di droga"³. Questa definizione, per certi versi sicuramente simile a quella proposta dalla WHO, si presenta arricchita di un concetto che è attualmente uno dei capisaldi del modello stesso: il desiderio di fornire la migliore assistenza possibile all'individuo, rispettando la sua "volontà" di continuare ad assumere sostanze e prescindendo da un approccio incentrato sull'astinenza. L'assenza di un comportamento ostativo nei confronti dell'assunzione delle sostanze non deve essere tuttavia inteso come un favoreggiamento al consumo, bensì come ad una presa di consapevolezza della condizione e della dignità dell'individuo che assume sostanze, che non è un criminale ma il portatore di un disturbo: la dipendenza (Jarre 2014).

Partendo da queste considerazioni è possibile ampliare e meglio definire il concetto di RdD attraverso la definizione che viene proposta da Paolo Jarre, psicoterapeuta e socio ordinario della Society for the Study of Addiction, nel libro "Atlante delle dipendenze" (2014). Jarre osserva come l'eterogeneità delle pratiche della RdD è tale da permetterne una concezione non solo come un insieme di modalità di intervento, ma come un vero e proprio orientamento operativo (Jarre, 2014). Un orientamento che si sviluppa in chiave fortemente pragmatica e che è volto alla riduzione dei danni provocati dall'assunzione di sostanze tra cui, in primis, la morte. Jarre (2014, p.238) specifica inoltre come la RdD non debba essere intesa come "un'ultima spiaggia", l'ultima risorsa disponibile quando i trattamenti classici basati sull'astinenza falliscono, bensì come una vera e propria filosofia alternativa "in armonia con l'imperativo ippocratico del *primum non nocere*".

Possiamo infine concludere questa prima parte introduttiva presentando brevemente la Limitazione dei Rischi (LdR), un modello che si presenta simile a quello della RdD e che, per questo motivo, può generare confusione. Se abbiamo già esplorato i significati ed i target della RdD, con la LdR si identificano strategie di prevenzione per i comportamenti a rischio i cui soggetti bersaglio si possono sempre identificare nei consumatori di sostanze (Jarre, 2014). Questi ultimi però, a differenza degli individui target della RdD, non devono ancora aver presentato disturbi significativi per la salute globalmente intesa, condizione che ci permette di identificare la LdR come un modello di prevenzione primaria a tutti gli effetti. Si citano come esempio di LdR le unità mobili del 118, presenti nei luoghi della movida o dove si tengono festival e concerti, le quali possono fornire preservativi gratuitamente e proporre servizi quali il controllo del tasso alcolemico e servizi di drug checking (CNCA, CICA, Arcigay, 2019)⁴.

³ Harm Reduction International, What is Harm Reduction? Italian, 2010, disponibile sul sito:

https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_Italian.pdf

⁴ Il drug checking è un servizio atto a fornire una prima analisi chimica della sostanza stupefacente (Centrale nazionale di coordinamento delle dipendenze [CNCD], 2021). Verrà tratta più nello specifico nel secondo capitolo.

1.3 Principi e obiettivi

Dopo aver esplorato il concetto di Riduzione del Danno, ci si può ora concentrare su quali siano concretamente i “danni” che la RdD si prefigge di ridurre e quali siano gli obiettivi ed i principi che la guidano.

L’obiettivo ultimo della RdD, come intuitivamente suggerisce il nome stesso, consiste nel ridurre i danni alla salute globalmente intesa. Nello specifico la RdD si preoccupa di mantenere in vita gli individui che fanno utilizzo di sostanze stupefacenti, scongiurandone la morte e l’insorgenza di patologie che accorcino l’aspettativa di vita o siano causa di disabilità. Si citano ad esempio il cancro al fegato e la cirrosi epatica quali possibili conseguenze del mancato trattamento dell’HCV (Spearman et al., 2019).

Alcune tra le principali forme di “danno” che la RdD si preoccupa di ridurre si possono osservare all’interno del World Drug Report (2019), un documento redatto dallo United Nations Office on Drug and Crime (UNODC), che presenta una dettagliata panoramica su ciò che riguarda le sostanze stupefacenti nel mondo. Il documento riporta come, nel 2017, siano morte approssimativamente 585'000 persone in conseguenza all’uso di sostanze stupefacenti (Global Burden of Disease Study [GBD], 2017, citato in United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC], 2019, p.19). Queste morti sono state provocate principalmente dal mancato trattamento del virus dell’epatite C (HCV), responsabile di oltre la metà delle morti (52%), dal virus dell’HIV (11%) e da disturbi legati all’assunzione degli oppioidi (29%), tra i quali si evidenzia l’overdose (GBD, 2017, citato in UNODC, 2019, p.19)⁵. A queste principali forme di “danno”, non sempre letali ma quantomeno fortemente debilitanti la salute dell’individuo, si possono aggiungere le infezioni di natura batterica, conseguenti il mancato rispetto delle norme igienico sanitarie al momento delle iniezioni, la presenza di disturbi mentali e le complicazioni di natura socioeconomica che spesso caratterizzano la vita di un individuo che soffre del disturbo di dipendenza da sostanze (si cita ad esempio la mancanza di una fissa dimora) (CDC, 2018; Adams et al., 2020; Degenhardt et al., 2017). A fianco di interventi mirati per ridurre le problematiche appena citate, la RdD offre anche servizi più ad ampio raggio che si occupano di fornire una risposta ai bisogni primari degli individui (quali dormire, mangiare, lavarsi), di favorire l’accesso alla rete di servizi presente sul territorio e di promuovere pratiche di mutuo aiuto (Jarre, 2014).

⁵ Con overdose si intende un’intossicazione acuta da oppioidi che produce una diminuzione della frequenza e profondità respiratoria che può provocare la morte per ipossia (O’Malley, 2018).

Come vedremo in seguito, l'implementazione di questi servizi non risulta tuttavia di semplice realizzazione. La RdD si è infatti sviluppata in un contesto di estrema necessità e ha dovuto confrontarsi con un sistema politico, legale e sociosanitario profondamente radicato nell'idea che l'utilizzo di sostanze stupefacenti sia da contrastare con una riduzione dell'offerta e attraverso la conseguente criminalizzazione dell'utilizzatore che, per liberarsi dalla sua condizione, altro non può che smettere di assumere sostanze (Zuffa, 2000). Le politiche proibizionistiche contro cui si andava a scontrare la RdD erano e sono tutt'ora ben radicate nel tessuto sociale⁶. Forti di quasi un secolo di storia, tra le principali politiche proibizionistiche si ricordano ad esempio quelle caratterizzanti il periodo tra il 1919 ed il 1933, anni in cui fu in vigore il Volstead Act un testo legislativo che prevedeva il divieto di produrre e vendere alcolici negli USA e la Marihuana Tax Act, in vigore dal 1937 al 1970 sempre negli USA, che prevedeva l'applicazione di ingenti tasse sul commercio della canapa al fine di annullarne quasi completamente l'economia (Congresso degli Stati Uniti d'America [USA], 1919; Congresso degli USA, 1937; Treccani, 2018). Nello scenario europeo si ricorda invece la Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, trattato internazionale approvato dalle Nazioni Unite, che inserisce la canapa e la resina di canapa all'interno della tavola IV, la tabella che comprende "sostanze stupefacenti [...] ritenute particolarmente pericolose e dotate di un valore terapeutico estremamente ridotto" (Parlamento Europeo, 2003, p.5). Possiamo quindi identificare come uno degli obiettivi della RdD quello di porsi in contrasto con le politiche volte a criminalizzare i consumatori ed i danni da esse provocate, cercando di ricavarsi lo spazio legislativo necessario per poter agire al massimo delle proprie possibilità (Fuoriluogo, 2014; Zuffa, 2000).

Il perseguimento di questi obiettivi è guidato da alcuni principi fondamentali che caratterizzano e definiscono la RdD (Jarre, 2014; HRI, 2021). Tra i più importanti vi è la valorizzazione e il riconoscimento dei diritti umani, in particolar modo quello del diritto alla salute (Zuffa, 2000). L'assunzione di sostanze stupefacenti non è infatti una condizione che deve in alcun modo limitare la possibilità di accedere alle migliori cure possibili, ai servizi sociali ed al diritto della privacy (HRI, 2021). Questa attenzione alla tutela dei diritti umani si concretizza nella proposta di servizi ed interventi che presentino una bassa soglia di accesso e nella possibilità di accedere ai servizi avvalendosi dell'anonimato (eccezion fatta per le situazioni previste dalla legge) (Jarre, 2014).

Un altro caposaldo che guida la filosofia della RdD è la proposta di un atteggiamento caratterizzato dall'assenza di ogni qual forma di giudizio morale (HRI, 2021). È una prerogativa essenziale, per gli operatori sanitari che lavorano all'interno di progetti di RdD, porsi in un'ottica non giudicante verso coloro che usufruiscono del servizio al fine di evitare il rafforzamento, attraverso il proprio comportamento e linguaggio, di qualsiasi forma di stigmatizzazione (HRI, 2021). Particolarmente

⁶ Si pensi ad esempio alla recente legge Fini-Giovanardi del 2006

importante è il ruolo del linguaggio, che è in grado di veicolare varie forme di pregiudizio attraverso l'utilizzo di una terminologia che collabora allo sviluppo e al mantenimento della dipendenza e dello stigma sociale (Smith, 2007). Nel momento in cui ci si riferisce ad un individuo con il termine "tossico", ad esempio, si effettua una semplificazione della realtà che riduce la complessa identità di un individuo alla malattia di cui è portatore e alla condizione socioeconomica a cui appartiene. Questa etichetta può essere interiorizzata da colui che, come "tossico", viene additato portando all'accrescimento di un sentimento di disistima ed al consolidamento dei comportamenti disfunzionali caratteristici della dipendenza.

Dopo aver compreso quali siano gli obiettivi e la filosofia alla base della RdD, possiamo ora vedere quali sono le regioni che hanno conosciuto una maggiore diffusione di questi servizi.

1.4 Uno sguardo sul mondo

Nel mondo si registra la presenza di persone che assumono sostanze stupefacenti (prevalentemente oppioidi) per via parenterale in 179 paesi, stimando la loro popolazione a 15.6 milioni di individui (Degenhardt et al., 2017)⁷. All'interno di quali aree si è conosciuta una maggiore diffusione delle pratiche di RdD e quali sono i servizi che sono stati implementati per far fronte ai bisogni di questi individui?

Come si può immaginare l'implementazione dei servizi di RdD presenta una forte eterogeneità geografica, conseguente la diversa incidenza regionale nell'utilizzo di sostanze e le varie forme di governance proposte dai paesi. Attraverso l'osservazione dei dati statistici forniti dai governi e dalle ricerche di agenzie specializzate, tra le quali l'EMCDDA e l'UNAIDS, risulta possibile farsi un'idea di come le proposte dei servizi di RdD si siano sviluppati e diffusi nelle varie regioni.

Ad esempio, nella regione asiatica si può osservare come in 15 dei 25 stati siano oggi presenti gli NSP e, con una simile proporzione ma differente distribuzione, anche gli OST (HRI, 2018). In riferimento alle linee guida della WHO, che fissano a 200 il numero di siringhe da distribuire in un anno ad una singola persona al fine di prevenire la diffusione di infezioni virali per via ematica, sono da evidenziare i servizi NSP proposti dalla Cambogia, dal Myanmar e dal Bangladesh (WHO, 2016)⁸. Questi stati si distinguono infatti per l'elevato numero di siringhe che sono riusciti a distribuire (rispettivamente 457, 377 e 300), che non solo rispetta il target fissato dalla WHO per il 2020 ma addirittura supera quello proposto per il 2030 (Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS [UNAIDS], 2019a; Khan, 2019, HRI, 2020b). È tuttavia doveroso ricordare che, per quanto i numeri

⁷ Con il termine parenterale si intende la somministrazione di sostanze per via iniettiva (Treccani)

⁸ La WHO fissa a 200 il target di siringhe da distribuire entro il 2020 ed a 300 entro il 2030.

sopra riportati possano considerarsi degli indicatori altamente informativi, questi sono di natura esclusivamente quantitativa e non lasciano la possibilità di esprimere giudizi sull'effettiva qualità del servizio proposto. Osservando i dati sopra riportati si può quindi asserire che complessivamente la regione presenti importanti lacune per quanto riguarda l'implementazione delle pratiche di RdD: quasi la metà degli stati non offre una combinazione di servizi NSP e OST sul proprio territorio e solo quattro offrono servizi di distribuzione di naloxone (farmaco antagonista degli oppioidi fondamentale per prevenire la morte da overdose) tra pari (HRI, 2020b)⁹. Risultano invece completamente assenti all'interno dell'intera regione le DCRs.

Sicuramente in chiave fortemente ostativa per la diffusione e i miglioramenti dei servizi di RdD si pongono le politiche "drug free" che guidano, indicativamente, l'intera regione. Quasi tutti gli stati del sud-est asiatico, riuniti all'interno dell'Associazione delle Nazioni del Sud-est asiatico (ASEAN), si affidano infatti alle linee guida presenti all'interno dell'"ASEAN Work Plan Against Drugs" (2016), un piano regionale che identifica la riduzione dell'offerta come lo strumento principale per far fronte all'utilizzo di sostanze. Le indicazioni per portare a compimento questo obiettivo vertono principalmente sull'aumento di politiche punitive tra le quali, in alcuni stati, è prevista anche la pena di morte (HRI, 2018). Per quanto vi siano esempi che si discostano leggermente da questa linea dura di guerra alle sostanze, il trend che caratterizza le governance dei paesi della regione è prevalentemente omogeneo.

Spostando il nostro sguardo leggermente più a ovest, nella regione euroasiatica, possiamo osservare come la maggior parte dei paesi abbia implementato sia servizi di NSP che di OST (25 stati sui 29 componenti la regione) (HRI, 2020b). Eccezioni si possono riscontrare in Russia, paese che propone unicamente servizi di NSP, in Bulgaria e in Uzbekistan che provvedono unicamente a servizi di OST e in Turkmenistan nel quale non è proposto nessuno dei due servizi alla base della RdD (HRI, 2020b). Ad essere particolarmente preoccupante è la situazione russa che, come riporta UNAIDS (2017), presenta più del 70% delle nuove infezioni da HIV dell'intera regione a fronte di uno scarso impegno nella prevenzione delle stesse¹⁰. Per quanto la maggioranza dei paesi della regione proponga servizi di NSP e OST, questi si dimostrano in diverse occasioni quantitativamente insufficienti (Serbia e Albania contano solamente due siti di distribuzione di siringhe ciascuno) e la qualità degli stessi risulta spesso molto lacunosa, distribuita in maniera eterogenea sul territorio e di difficile accesso (Larney, 2017; Eurasian Harm Reduction Association [EHRA], 2015). L'approccio politico e legislativo volto alla criminalizzazione dei consumatori ha consolidato la formazione di stigmi e

⁹ I quattro stati che presentano il servizio di distribuzione di naloxone tra pari sono: Afghanistan, India, Myanmar, Vietnam (HRI, 2020b).

¹⁰ Il dato, pubblicato da UNAIDS nel 2017, risale al 2016.

radicati fenomeni discriminatori, che hanno visto come diretta conseguenza importanti violazioni dei diritti umani ed un servizio di RdD caratterizzato da un forte senso di precarietà (Kontautaitė, 2018; Sàrosi, 2020, citato in, HRI, 2020b, p.86).

Sempre secondo i dati raccolti da HRI (2020b), in Medio Oriente e nella regione Nord Africana le pratiche di RdD risultano invece quasi completamente assenti. Fanno eccezione Israele, Iran e Marocco che presentano sia servizi di NSP che di OST. Per quanto la regione presenti un indice di infezione da HIV molto basso (<0.1%), le morti correlate al virus ammontano a 8000 nel solo 2020 (UNAIDS, 2020). Un altro indice che si scontra con una quasi assente implementazione di servizi di RdD è quello relativo all'incidenza di HCV che vede, all'interno della regione, la presenza del 20% del totale di tutto coloro che hanno contratto il virus nel mondo (Mahmud, 2020).

Una situazione molto simile si può riscontrare nella regione dell'Africa Sub-Sahariana in cui solo un quinto degli stati presenta servizi di NSP (10 su 49) e, nella zona orientale e meridionale, si stima che il 30% di coloro che assumono sostanze per via parenterale abbia contratto l'HIV (UNAIDS, 2019b)¹¹.

La situazione in America Latina risulta invece singolare. Anche qui non vi è praticamente riscontro della presenza di pratiche di RdD e, negli stati dove sono presenti, queste risultano particolarmente inefficienti. È tuttavia da sottolineare come il consumo di oppioidi sia proporzionalmente inferiore rispetto a quello delle altre regioni e che l'assunzione di sostanze per via parenterale non sia largamente diffuso (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020; Inter-American Drug Abuse Control Commission, 2011).

Spostandoci a Nord la situazione muta completamente: negli Stati Uniti nel solo 2018 le morti per overdose ammontano a quasi 70'000 (di cui il 70% sarebbe riconducibile all'utilizzo di oppioidi) (Hedegaard, 2020). Per comprendere appieno questo numero sarebbe necessario analizzare nel dettaglio l'epidemia che sta colpendo gli Stati Uniti ma, come già accennato nelle premesse, la nostra attenzione si concentrerà esclusivamente sulle risposte prodotte per far fronte all'emergenza sanitaria e non sull'epidemia stessa. Nella regione nordamericana entrambe le federazioni propongono servizi di RdD tra cui NSP, OST, e la distribuzione di naloxone tra pari. Se in alcuni stati degli Stati Uniti sono presenti ancora incongruenze di carattere legislativo che ostacolano le pratiche di RdD, il Canada risulta invece essere all'avanguardia nell'offerta di tali servizi. Riscontriamo infatti, per la prima volta dall'inizio della nostra indagine, la presenza di DCRs all'interno del territorio canadese. Il governo ha infatti implementato ben 40 siti volti ad assistere gli individui durante

¹¹ È doveroso far presente come risulti difficile ottenere dati all'interno della regione, per tanto le stime riportate assumono un valore indicativo.

l'autosomministrazione di sostanze stupefacenti (nel mondo ve ne sono in totale 130)¹². Degno di menzione è il Vancouver Coastal Health (VCH), servizio sanitario finanziato dal governo che opera sulla costa occidentale canadese (Pica, 2020). Il VCH propone infatti quello che a mio avviso si presenta come uno dei servizi più longevi e inclusivi di RdD al mondo tra i quali possiamo annoverare le DCRs, l'NSP e la fornitura gratuita di materiale per l'assunzione di sostanze (non solo per via parenterale)¹³. La sinergia tra il VCH e il sistema sanitario nazionale canadese si è concretizzata in una forte spinta innovativa che ha portato all'apertura delle DCRs e di un progetto pilota volto a fornire assistenza ad individui che assumono sostanze per via inalatoria (Vancouver Coastal Health Research Institute [VCHRI], 2013). Ricordiamo infine come la stabilità dei programmi e la presenza di un istituto di ricerca associato al servizio sanitario (il Vancouver Coastal Health Research Institute) abbia permesso l'ampliamento della letteratura in merito alle evidenze che supportano la RdD.

Un simile esempio di eccellenza può essere ritrovato in Australia, più precisamente a Sydney. Lo Uniting Medically Supervised Injecting Centre (MSIC), una DCR finanziata dal governo, è stato infatti in grado di fornire una vasta letteratura durante i suoi 20 anni di operato ed ha portato ad ulteriori conferme dell'efficacia del programma, esplorando i poco conosciuti risvolti economici e sociali delle DCRs di cui ci interesseremo nel capitolo 3 (MSIC, 2021). L'efficacia del modello proposto dall'MSIC ha inoltre portato all'apertura, in Melbourne, di due ulteriori DCRs facendo così salire a tre il numero di servizi presenti sull'isola australiana. Le DCRs non hanno invece goduto di un simile successo nella vicina Nuova Zelanda, per quanto si possano tuttavia riscontrare servizi di NSP, OST e la distribuzione di naloxone tra pari.

1.5 Uno sguardo in Europa

La regione europea occidentale si presenta come la regione più virtuosa nell'implementazione di servizi di RdD. La totalità dei paesi presenta infatti sia servizi di NSP che di OST (eccezion fatta per la Turchia che non propone servizi di NSP) e nella regione si possono contare un totale di 88 DCRs distribuite in 10 paesi (HRI, 2020b). La ricchezza di servizi proposti nella regione è il risultato dell'evoluzione delle politiche sulla regolamentazione delle sostanze. Negli anni ottanta in Svizzera, a fronte di un'emergenza sociosanitaria che non accennava a ridursi e ad un metodo che si rivelerà inadeguato per fronteggiarla, si svilupparono le prime forme di intervento basate sulla riduzione del danno (British medical journal [BMJ], 2016). La volontà di ridurre gli episodi di consumo all'aperto,

¹² I siti operativi sono consultabili attraverso l'apposito servizio presente sul sito del governo canadese: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html#a3>

¹³ I servizi di RdD offerti dalla VCH sono consultabili presso il sito: <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction>

la diffusione del virus dell'HIV e del consumo stesso di eroina, portò all'apertura della prima DCR a Berna nel 1986 (Hedrich, 2004). Questo progetto pionieristico riuscì a proporsi come un'alternativa alle politiche proibizionistiche, facendo sì che i cantoni svizzeri ufficializzassero le pratiche di RdD come uno dei quattro pilastri per la lotta contro le sostanze. I quattro pilastri, ufficializzati nel '94, comprendevano (e comprendono tutt'ora) la riduzione del danno, la prevenzione, la riduzione della domanda e dell'offerta (Zuffa, 2000). Quest'ultimo pilastro, per quanto avesse permesso alla RdD di esprimersi, non perse tuttavia il suo ruolo centrale. L'endorsement della WHO alle "politiche dei quattro pilastri" permise la diffusione dei servizi in quasi tutta Europa. Attualmente le pratiche di RdD sono in via di consolidazione e l'EMCDDA auspica un loro utilizzo all'interno della guida europea per la risposta a problemi sanitari e sociali legati al consumo di sostanze (Health and social responses to drug problems). La guida ci propone la RdD non solo come valido strumento di supporto per chi assume oppioidi ma anche per ridurre i danni causate da altre sostanze quali la cannabis e le sostanze stimolanti (per esempio cocaina ed MDMA) (EMCDDA, 2017a).

Per quanto i servizi di RdD si presentino distribuiti in maniera pressoché uniforme, vi sono alcuni stati in cui si riscontrano importanti problematiche di implementazione: tra questi, troviamo l'Italia.

1.6 Uno sguardo in Italia

L'Italia non si presenta come uno degli stati più virtuosi nell'implementazione dei servizi di RdD. Per quanto presenti servizi di distribuzione di naloxone tra pari, NSP e OST, risultano assenti le DCRs. A voler essere precisi le DCRs risultano ufficialmente assenti ma, ufficiosamente, ve ne sono alcune. Questa precisazione ci permette di comprendere come la RdD sia un approccio con una base fortemente empirica. I servizi di RdD non nascono in laboratorio, non sono figli della ricerca scientifica né di una proposta politica ma sono nati dal tentativo degli operatori sociosanitari di proporre una risposta efficace ad una situazione di crisi. Questo carattere fondante porta con sé diverse problematiche, tra le quali ve ne sono alcune che già abbiamo incontrato come, ad esempio, la difficoltà a proporre una definizione di RdD e l'eterogeneità regionale dell'implementazione dei servizi.

In Italia nel 2017 i servizi di RdD sono stati inclusi all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni ed i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire gratuitamente a tutti i cittadini (Gazzetta Ufficiale, 2017). Per quanto si possa sicuramente considerare un notevole passo avanti, non è stato ancora specificato quali siano i servizi che le ASL siano effettivamente obbligate ad erogare. Tra le prime regioni ad aver deliberato per chiarire e definire quali fossero i servizi di RdD da rendere operativi vi è il Piemonte che, con la delibera del 12 aprile

2019, stabilisce quali siano i servizi che le ASL dovrebbero erogare e quante/quali risorse debbano essere convogliate nei progetti (Giunta regionale, 2019). L'esempio proposto dal Piemonte non ha tuttavia riscontrato un particolare seguito dalle altre regioni e tuttora si riscontra una forte eterogeneità regionale nell'erogazione dei servizi. Non sono solo i servizi a presentare importanti lacune bensì anche i dati a nostra disposizione. Per poter comprendere l'effettiva erogazione dei servizi di RdD sul territorio nazionale ci dobbiamo infatti affidare alla ricerca promossa dal Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) insieme al Coordinamento Italiano Case Alloggio Hiv/Aids (CICA) e all'Arcigay. I risultati mostrano come siano stati individuati un totale di 152 servizi di RdD presenti in Italia, distribuiti prevalentemente nelle regioni del centro-Nord (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza [CNCA], Coordinamento Italiano Case Alloggio Hiv/Aids [CICA], Arcigay, 2019). A confermare la mancanza di una regia unica sono i dati che ci mostrano come il 63% dei servizi erogati presenti un ente gestore del terzo settore mentre le ASL ne hanno in gestione solo il 28% (CNCA, CICA, Arcigay, 2019). I ritardi nella costruzione dei drop-in (in particolar modo con funzione di DCR) sono infine attribuibili anche ad alcune incongruenze del sistema legislativo. Per quanto le pratiche di RdD siano riconosciute all'interno dei LEA, l'articolo 79 del Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti stabilisce che l'adibire un locale all'uso di sostanze stupefacenti comporta, per questo solo fatto, una multa e la reclusione dai 3 ai 10 anni (Gazzetta ufficiale, 1990). Questo articolo, non considerando che un luogo per il consumo di sostanze possa essere adibito da un organo statale, crea inevitabilmente una zona grigia che ostacola la creazione di DCRs ufficiali. A fare le spese di queste incongruenze burocratiche sono in primo luogo coloro che accedono ai servizi e gli operatori sociosanitari, che si vedono costretti a prendere accordi con le forze dell'ordine locali per poter fornire continuità ai servizi.

1.7 Riepilogando

È stata finora indagata la RdD nel suo significato, nelle sue pratiche principali e nella sua presenza nel mondo. Si è osservato come le regioni con un miglior welfare state propongano dei servizi quantitativamente e qualitativamente migliori, per quanto la strada verso una implementazione delle pratiche più inclusive della RdD si presenti ancora di difficile realizzazione. Questo primo approccio ci permetterà di continuare il nostro percorso all'interno del secondo capitolo nel quale verranno riprese nel dettaglio le pratiche costituenti la RdD e di concentrarci in particolar modo sulla letteratura che le avvalorata.

Capitolo II: La riduzione del danno nella letteratura.

2.1 Introduzione al capitolo

All'interno di questo capitolo verranno analizzate in maggior dettaglio le principali pratiche di RdD ed in particolare ci occuperemo degli NSP, degli OST e infine delle DCRs. La nostra analisi inizierà da una descrizione dettagliata delle singole pratiche per poi presentare una breve discussione sulla letteratura scientifica che si propone di avvalorare o smentire l'efficacia delle pratiche stesse.

Tuttavia, prima di iniziare ad osservare e discutere nello specifico gli studi e più in generale la letteratura che è stata visionata per la stesura di questo lavoro, ritengo importante riportare alcune personali considerazioni metodologiche che mi hanno guidato in questa analisi. Per quanto sia vasta la letteratura in favore delle pratiche di RdD, questa può apparire spesso frammentata e a tratti incoerente. In particolare, può risultare complesso valutare e comparare l'efficacia riportata dai diversi studi, come ad esempio la capacità delle pratiche di RdD di ridurre la trasmissione di virus come l'HIV e l'HCV o di ridurre solo i comportamenti a rischio. Come risulta difficile valutare se la pratica si rivela efficace solo in uno specifico contesto o può essere standardizzata e riprodotta anche in altri scenari. La pratica si rivela efficace solo in uno specifico contesto o può essere standardizzata e riprodotta anche in altri scenari? Ho deciso dunque di affidarmi alla valutazione dell'EMCDDA (2017b) che ha proposto una classificazione della letteratura basata sull'AMSTAR, uno strumento in grado di valutare la qualità metodologica delle revisioni e degli studi presi in considerazione (Shea et al., 2007)¹⁴. L'EMCDDA (2017b), basandosi sulla classificazione AMSTAR, propone quattro differenti categorie qualitative attraverso le quali classifica la letteratura. Il primo livello viene chiamato "no evidence from systematic reviews" che, come suggerisce il nome, indica l'assenza di revisioni valide per il tema su cui si fa ricerca. Il secondo livello prende il nome di "Low-quality review-level evidence" ed indica la presenza di una o più revisioni di qualità variabile, basata su studi di qualità moderata o con risultati inconsistenti. Il terzo livello è chiamato "Moderate-quality review-level evidence" ed è composto da una o più revisioni di moderata o alta qualità e basati su almeno uno studio primario di alta qualità e almeno due studi di qualità moderata. Vi è infine il livello chiamato "High-quality review-level evidence" che presenta almeno una o più revisioni basate su almeno due studi primari di alta qualità¹⁵. In un primo momento, dunque, viene utilizzato lo strumento

¹⁴ Lo strumento si presenta particolarmente utile nella valutazione delle revisioni di studi atti a valutare l'efficacia di interventi sociosanitari (Shea et al., 2017)

¹⁵ Nello specifico AMSTAR identifica quattro differenti categorie qualitative per la definizione delle revisioni: la "Critically low", con la quali si indicano le revisioni che presentano più di una criticità e non dovrebbero essere

AMSTAR per determinare la validità e l'affidabilità delle metodologie di revisione e successivamente l'EMCDDA, partendo dalla valutazione fornita dallo strumento, attribuisce un valore qualitativo alla letteratura presa in esame. Questa premessa ci offrirà un solido presupposto per poter discutere la variegata letteratura che ha indagato i servizi di RdD e che spesso presenta studi con variabili molto differenti tra loro (differenze di setting, popolazione di riferimento, lunghezza dei periodi di follow-up) (EMCDDA, 2017b).

2.2 Needle and syringe programmes (NSPs)

Come brevemente accennato nel primo capitolo, gli NSPs consistono di un insieme di servizi volti a fornire aghi e siringhe alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti per via parenterale (CDC, 2019). Per quanto verrà utilizzato principalmente il termine "NSPs" per riferirci a questi servizi, è doveroso riportare come "NSP" non sia l'unico appellativo disponibile. Si citano ad esempio i termini "SSPs" (Syringe services programs), "SEPs" (Syringe exchange programs) e "NEPs" (Needle exchange programs) (CDC 2019). Questa varietà di appellativi ha in parte origine dalle varianti che ogni singolo NSP può proporre e dalla sua localizzazione geografica. Se la distribuzione di siringhe sterili è a tutti gli effetti il cardine principale di questi servizi, essa viene spesso affiancata da servizi secondari complementari come il ritiro di siringhe usate, la distribuzione di materiale per le iniezioni (acqua distillata, acido citrico, filtri), educazione e informazioni sull'utilizzo corretto del materiale fornito, informazioni riguardo ad altri servizi presenti sul territorio e distribuzione di profilattici (DoHA, 2021; WHO, 2007).

Gli obiettivi che si pongono i NSPs sono principalmente legati alla prevenzione dei comportamenti a rischio come, ad esempio, la diffusione dell'AIDS ed Epatite C (HIV e HCV) (Dolan et al., 2005). Secondo la WHO (2007) questi servizi si sono dimostrati efficaci nel prevenire, controllare e ridurre l'incidenza di infezioni da HIV all'interno della popolazione dei consumatori di sostanze per via parenterale.

Di fronte all'implementazione di questi servizi possono tuttavia sorgere diverse domande come, ad esempio, se vi sia la possibilità che i NSP, distribuendo siringhe, incentivino ed aumentino il consumo di sostanze stupefacenti invece che ridurre i danni conseguenti l'assunzione delle stesse. La risposta breve che si può fornire a questa domanda è no. A dimostrarlo è uno studio condotto su una coorte di persone che fanno utilizzo di sostanze per via iniettiva, a Seattle. Hagan et al. (2000) hanno infatti

utilizzate come valide revisioni, la categoria "Low", che racchiude revisioni che presentano un elemento critico e potrebbero non essere in grado di fornire un accurato resoconto degli studi disponibili, la categoria "Moderate", all'interno della quale pur essendo presenti revisioni con più debolezze non critiche potrebbero fornire un accurato resoconto degli studi considerati ed infine la categoria "High" nella quale non si riscontrano debolezze critiche all'interno delle revisioni e che sono dunque in grado di fornire un resoconto accurato degli studi. (Shea et al., 2021)

osservato come coloro che hanno preso parte ai servizi di NSP non solo non presentino un aumento del consumo (in termini di incremento del numero di iniezioni) ma presentino invece una notevole (> o = 75%) riduzione del numero di iniezioni. Lo studio dimostra inoltre come gli utilizzatori del servizio siano cinque volte più propensi ad iniziare trattamenti per la tossicodipendenza rispetto ad individui che non sono venuti a contatto con il servizio. Hagan ed i suoi collaboratori non sono stati tuttavia gli unici a dimostrare la mancanza di correlazione tra l'implementazione dei servizi di NSP e l'aumento dei consumi di sostanze. La WHO nel 2004 (p. 28) ha infatti pubblicato un documento all'interno del quale vengono considerate le principali evidenze scientifiche riguardo i servizi di NSP giungendo alla conclusione che “[...] dopo oltre due decenni di ricerche approfondite, non vi è ancora nessuna evidenza incisiva che gli NSPs aumentino le iniziazioni, la durata, la frequenza del consumo o l'iniezione di sostanze”¹⁶.

Un ulteriore dubbio riguardo le possibili conseguenze dell'implementazione di servizi di NSP può emergere circa l'aspettativa di riscontrare una maggiore dispersione nell'ambiente delle siringhe e del materiale da iniezione. Lo studio proposto da Doherty et al. (2000), basato su un follow-up di due anni dopo l'apertura di un servizio NSP a Baltimora (Maryland), riscontra l'assenza di una correlazione tra l'apertura del servizio e l'aumento di materiale disperso nell'ambiente. Lo studio, pur dimostrando l'assenza di un nesso con un eventuale incremento del numero di siringhe ritrovate, riporta anche di come non sia tuttavia possibile stabilire con certezza un nesso causale tra l'introduzione dell'NSP e la riduzione della dispersione di materiale riscontrata, a fronte dell'elevato numero di variabili. A simili conclusioni sono giunti anche Tookes et al. (2012) che, attraverso il loro studio, hanno paragonato la quantità di materiale disperso a Miami (città in cui non sono presenti servizi di NSP) e in San Francisco (città in cui sono presenti servizi di NSP) riscontrando come il materiale rinvenuto in San Francisco fosse otto volte inferiore a quello rinvenuto a Miami.

La letteratura, per quanto si sia premurata di accertare la mancanza di conseguenze negative in seguito all'implementazione dei servizi di NSP, si è concentrata maggiormente sul dimostrare gli effetti positivi che tali servizi apportano alla salute degli individui. L'EMCDDA (2017b), basandosi sullo strumento AMSTAR descritto nelle premesse, definisce di “moderata qualità” le evidenze che provano l'efficacia dei NSPs nel ridurre la trasmissione dell'HIV tra le persone che si iniettano sostanze. Si propone di uguale qualità la letteratura che dimostra come i servizi di NSP siano in grado di diminuire la trasmissione di HCV, qualora questi siano implementati su larga scala (EMCDDA, 2017b). Sempre a supporto dell'efficacia dei NSP troviamo anche i risultati ottenuti da Aspinall et al.

¹⁶ Tradotto da: “[...] after almost two decades of extensive research, there is still no persuasive evidence that needle syringe programmes increase the initiation, duration or frequency of illicit drug use or drug injecting.”

(2013) e da MacArthur et al. (2014), che, in revisioni di revisioni, indicano come i NSP si presentino come un valido strumento per la riduzione dell'HIV e dei comportamenti a rischio¹⁷. A fronte di una letteratura più che discreta sull'efficacia della distribuzione di siringhe nel ridurre le infezioni virali, è doveroso tuttavia ricordare che non tutte le pratiche proposte dai servizi NSP si possono avvalere di una simile letteratura. Un esempio di servizio di cui è stata proposta l'implementazione ma che non ha riscontrato successo nel campo applicativo, può essere riscontrato nella distribuzione di candeggina al fine disinfettare aghi e siringhe. Pur essendo stato dimostrato che la candeggina (ipoclorito di sodio) sia in grado di inibire l'attività virale dei virus, questo risultato non ha mostrato i risultati sperati al di fuori delle condizioni di laboratorio, dimostrandosi una pratica non efficace nella riduzione delle infezioni da HIV e HCV (Weber et al., 1999; WHO, 2004).

Per quanto la letteratura si sia concentrata principalmente sulle correlazioni tra gli NSP e le infezioni virali, anche le infezioni di natura batterica all'interno della popolazione dei PWID (People Who Inject Drugs) sono considerate una preoccupazione per la salute pubblica (Dunleavy, 2018). Questa tipologia di infezione, tuttavia, non dispone della letteratura necessaria per poterne approfondire adeguatamente le dinamiche e le modalità di intervento (Phillis et al. 2013; Dahlman, 2018). Ed è per questo motivo che ci si concentrerà brevemente, con una finalità esplorativa più che dimostrativa, sui comportamenti che aumentano le probabilità di contrarre infezioni di natura batterica, sui momenti che compongono la procedura di iniezione delle sostanze e sull'apporto preventivo che servizi come i NSP potrebbero fornire in questa direzione. Uno studio condotto da Hope et al. (2015) ci suggerisce come quasi il 9% (8.8%) delle PWID reclutate per l'intervista sia stato ricoverato in ospedale nell'ultimo anno a causa di una setticemia ed il servizio sanitario inglese (2019) ha stimato che, durante il 2018, più della metà (54%) di coloro che hanno assunto sostanze per via parenterale in Inghilterra, Galles, e Irlanda del Nord, abbia presentato una ferita aperta o un ascesso nei siti di iniezione. Una situazione analoga è stata osservata da Harris e dai suoi collaboratori (2020) che, attraverso una ricerca qualitativa, hanno intervistato un campione di PWID riscontrando come il 65% di loro abbia contratto nell'ultimo anno un'infezione batterica di cui il 30% ha richiesto l'ospedalizzazione. Ciò che tuttavia risulta essere maggiormente informativo dello studio condotto da Harris, sono le "alternative" alle quali le PWID ricorrono per la preparazione dell'iniezione. Quest'ultima si compone infatti di una prima fase in cui l'eroina, sotto forma di polvere, viene fatta disciogliere in un cucchiaino di acqua riscaldata che ha funzione di veicolo per la sostanza (Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS [LILA], 2013). Tuttavia, vengono spesso adottate in questa fase

¹⁷ La revisione proposta da Aspinal et al. si basa sul Newcastle-Ottawa tool, uno strumento che, similmente all'AMSTAR, si occupa di stabilire la qualità degli studi non randomizzati all'interno delle meta-analisi. (Aspinal et al., 2013; The Ottawa Hospital Research Institute, 2021)

della preparazione, in sostituzione all'acqua distillata, soluzioni improvvisate dettate dalla necessità urgente di assumere la sostanza e che, come vedremo, possono risultare un ricettacolo di batteri. Harris et al. (2020) hanno raccolto le testimonianze di persone che hanno utilizzato come veicolo per l'eroina, l'acqua delle pozzanghere, quella presente nei sifoni dei gabinetti, alcool, bibite gasate e saliva. Per quanto la necessità di riscaldare l'acqua per aumentare la solubilità dell'eroina fa sì che parte dei batteri presenti nel liquido vengano eliminati, Harris rivela come il 49% dei partecipanti allo studio abbia affermato di aggiungere del crack alla soluzione durante la preparazione¹⁸. Questo secondo passaggio si rivela un fattore in grado di aumentare il rischio di infezione in quanto, l'aggiunta di crack, necessita di una seconda aggiunta di acqua alla soluzione che, questa volta, non viene riscaldata (Harris et al. 2020). Possono i servizi di NSP intervenire per ridurre questi comportamenti a rischio? Come si è già accennato la letteratura in questo campo risulta molto scarna, tuttavia, coerentemente ai principi che caratterizzano la RdD, alcune soluzioni sono state proposte. Nel Regno Unito, ad esempio, si può riscontrare un tentativo da parte dei servizi di NSP locali di distribuzione di acqua per iniezioni (API) (Exchanges Supplies, 2021)¹⁹. Questo tentativo ha conosciuto diversi ostacoli, dalla completa negazione legislativa della distribuzione, al rilascio solo su prescrizione medica delle ampole (condizione che de facto annullava l'accessibilità a bassa soglia di cui dovrebbe godere il servizio) (Exchanges Supplies, 2021). Solo nel 2005 il rilascio di ampole di acqua distillata da 2ml, senza prescrizione medica, diventò legale (Exchanges Supplies, 2021). Le principali critiche mosse verso la distribuzione di acqua per iniezione vertevano sul costo delle ampole, sul materiale con cui erano costruite e sulla quantità d'acqua contenuta in ognuna di esse (Harris, 2020). Le critiche mosse per il materiale si riferiscono al rischio di procurarsi tagli nel momento dell'apertura dell'ampolla di vetro, problema risolto introducendo nei pacchetti un "amp snapper", un dispositivo apposito per l'apertura delle ampole in sicurezza (Exchanges Supplies, 2021). Le critiche mosse per la dimensione delle ampole verteva invece sulla possibilità di incentivare la condivisione dell'acqua, in particolar modo andando ad aumentare i rischi della diffusione dell'HCV che è in grado di sopravvivere per tre settimane nell'acqua in bottiglia (Doerrbecker, 2012). Tuttavia, nel 2012, il governo britannico decise di modificare lo Human Medicines Regulations legalizzando anche le ampole da 5ml (UK Government, 2012).

Un ulteriore rischio per la salute, riscontrabile nella fase di preparazione dell'iniezione, è relativo all'utilizzo di acido citrico, acido ascorbico o altri acidi, spesso ricavati da aceto e limone, per disciogliere l'eroina (di bassa qualità) nell'acqua (Harris et al. 2020). Per quanto la letteratura che si

¹⁸ Il crack è il risultato di una miscela di cocaina con bicarbonato di sodio e/o ammoniaca (Dipartimento per le politiche antidroga, 2021).

¹⁹ Exchanges supplies è un rivenditore online di prodotti legati ai servizi NSP e approvati dal NHS britannico.

occupa della causalità tra l'utilizzo eccessivo di acido citrico e la sclerosi venosa progressiva (SVP) sia ridotta, i pochi studi a disposizione suggeriscono che le conseguenze per la salute dell'individuo siano particolarmente importanti²⁰. Ciccarone ed Harris (2015) hanno indagato questa causalità osservando come l'acidità della soluzione da iniezione fosse più alta (pH basso) in quelle città in cui l'eroina disponibile contenesse sali più difficilmente solubili. Le città in cui è stato registrato un pH inferiore nella soluzione sono quelle che presentano una popolazione PWID con più gravi danni alle vene mentre i PWID residenti nelle città in cui il pH era più vicino al 7 presentavano danni minimi (Ciccarone et Harris, 2015). L'eccessivo utilizzo di acido e la conseguente sclerosi venosa portano ad una progressiva impossibilità di utilizzo delle vene a scopo iniettivo e, mediamente dopo 3-4 anni, la sede di iniezione viene ricercata nella periferia delle braccia e nelle mani, arrivando ad utilizzare nel tempo (dopo 6-10 anni) le vene delle gambe, del collo, delle dita delle mani e dei piedi (Dipartimento Politiche Antidroga, 2012). Anche in questo frangente i servizi di NSP si sono proposti come uno strumento per la riduzione dei danni. Il rapporto sull'efficacia delle unità di intervento in Scozia, stilato da Garden et al. (2003), ci mostra infatti come la distribuzione di acido citrico in bustine (da 100mg, monouso) abbia avuto un impatto positivo sulla popolazione di PWID locale che ha affermato di utilizzare l'acido citrico fornito in quanto più efficace e più sicuro rispetto ad altre opzioni. Garden (2003) riporta inoltre come la distribuzione stessa delle bustine monouso di acido avesse aumentato il numero di accessi al servizio di scambio siringhe. Per quanto le bustine monouso si presentino più sicure rispetto a soluzioni artigianali, è importante ricordare come l'iniezione di acido (di qualsiasi tipologia) comporti delle possibili conseguenze negative per la salute dell'individuo (Harris, 2019). A questo proposito, seguendo i consigli di Harris et al. (2019), sulla facciata di alcune bustine di acido citrico distribuite nel Regno Unito è stata apposta una dicitura che invita ad un utilizzo il più moderato possibile²¹.

Abbiamo dunque osservato come la letteratura scientifica si sia dimostrata a sostegno dell'efficacia dei servizi di NSP nel prevenire infezioni virali e, attraverso un'analisi di stampo prevalentemente qualitativo, abbiamo esplorato le potenzialità dei servizi di ridurre la possibilità di contrarre infezioni di natura batterica ed i rischi in cui si incorre nella preparazione delle iniezioni.

²⁰ La sclerosi venosa è una condizione medica per cui il tessuto venoso conosce un indurimento a seguito a fenomeni infiammatori (Treccani, 2021)

²¹ Nello specifico vi è scritto su un lato della bustina "Use as little as possible. Start small: a whole sachet is far too much for most injection" (Exchange Supplies Citric Acid Sachet, 2019 design)

2.3 Opioid Substitution Therapy (OST)

La nostra attenzione si può ora spostare sulla Opioid Substitution Therapy (OST) che rappresenta, insieme alle NSPs, il cuore delle strategie di RdD. L'EMCDDA (2021) definisce le OST come “interventi nei quali ai pazienti, che sono dipendenti da oppioidi ad azione rapida (come ad esempio l'eroina), vengono somministrati degli oppioidi ad azione lenta (come il metadone e la buprenorfina)”²². Nello specifico, in che cosa consiste l'OST e quali sono i vantaggi che può presentare nell'ottica della RdD? Prima di provare a rispondere a questa domanda è tuttavia necessario discutere una premessa. Similmente al discorso fatto per gli NSP, anche per le OST è possibile incontrare diversi appellativi che si riferiscono al medesimo servizio tra i quali, ricordiamo, i termini “agonist” (Opioid Agonist Therapy, AOT) e “pharmacologically assisted” (EMCDDA 2021). In questo caso è necessario affrontare un approfondimento terminologico: se le varianti terminologiche riscontrabili per gli NSP trovano origine nella diversità delle pratiche che compongono il servizio stesso, per le OST non può essere fatto lo stesso discorso. La scelta delle terminologie ricade infatti all'interno di un più complesso discorso riguardante lo stigma di cui potrebbe essere portatrice la parola “substitution”. Nel 2015, Samet e Fiellin, hanno pubblicato un articolo su Lancet in cui discutono proprio di come questo termine proponga una eccessiva semplificazione della neurobiologia degli oppioidi e dei relativi trattamenti farmacologici. Essi sostengono che il termine non informi correttamente il paziente, la loro famiglia e le istituzioni facendo intendere che la terapia consista nella semplice sostituzione di una dipendenza (quella da eroina) con un'altra (quella da metadone). Al fine, dunque, di evitare la creazione e il mantenimento dello stigma legato al termine, che potrebbe diventare esso stesso una barriera d'accesso al trattamento, i due autori propongono di utilizzare il termine medico “agonist” al posto di “substitution” (Kelly et al., 2014). Questa proposta di cambiamento è stata accolta recentemente dall'HRI (2020) e, anche all'interno di questo lavoro, da ora in poi ci si riferirà alle terapie basate sulla somministrazione di oppioidi agonisti con l'acronimo AOT.

Possiamo dunque ritornare alla domanda iniziale e provare a proporre una risposta. Il cuore delle AOT è senza dubbio l'oppioide agonista che viene somministrato in sostituzione all'eroina e che, solitamente, è il metadone, un oppioide sintetico che può essere assunto per via orale sotto forma di liquido (WHO, 2009)²³. Tra i compiti principali dell'AOT possono essere individuati la prevenzione dei sintomi di astinenza e craving, l'assistenza delle persone che non riescono o non “vogliono” uscire

²² Tradotto da: “intervention in which patients who are dependent on fast-acting opioids (such as heroin) are administered slow-acting opioids instead (such as methadone and buprenorphine)”

https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment_en

²³ La buprenorfina può essere somministrata sotto forma di pastiglie (WHO, 2009)

dal programma, una riduzione dell'assunzione di sostanze non prescritte e, in particolar modo, la riduzione dei rischi collegati all'assunzione di sostanze per via iniettiva. (Centre for Addiction and Mental Health [CAMH], 2016a; Kaestelic et al., 2008)²⁴.

A differenza dell'eroina, che presenta un'azione molto rapida e altamente additiva, il metadone agisce più lentamente ed il suo effetto dura più a lungo, prevenendo l'insorgenza dei sintomi di astinenza fino a 24-36 ore senza causare uno stato di alteramento di coscienza (CAHM, 2021). Quest'ultima caratteristica presenta tuttavia un effetto a doppio taglio in quanto il metadone non solo non produce uno stato di alterazione di coscienza ma blocca anche l'eventuale effetto di altri oppioidi ad azione rapida, condizione che aumenta la probabilità di andare in overdose qualora, insieme al metadone, venissero assunti altri oppioidi (CAMH, 2016b). Le evidenze a favore dell'efficacia delle OAT sono abbastanza solide e numerose. L'EMCDDA (2017b), in accordo con lo strumento AMSTAR, definisce di alta qualità la letteratura che dimostra come l'utilizzo di metadone porti ad un minor consumo di oppioidi illeciti e di moderata qualità la letteratura che attribuisce all'AOT una riduzione dell'assunzione di sostanze per via iniettiva, la condivisione di materiale per le iniezioni e il rischio di contrarre l'HIV²⁵. Evidenze sono state riscontrate anche per la riduzione del consumo di oppioidi illegali dopo la scarcerazione, del rischio di contrarre l'HCV, della frequenza delle iniezioni e dei comportamenti a rischio (Moore et al., 2018; Platt et al., 2017; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]/EMCDDA, 2018; MacArthur et al., 2012; Gowing et al., 2011)²⁶.

Trattando i servizi di AOT è infine necessario accennare brevemente all'utilizzo di questa modalità di trattamento all'interno delle carceri. Risulta infatti particolarmente complesso il legame tra l'utilizzo di sostanze e la detenzione: si stima infatti che il 10-48% degli uomini ed il 30-60% delle donne presentassero una dipendenza da sostanze illegali il mese prima dell'incarcerazione (Fazel et al., 2006). La prigione, luogo che intuitivamente potrebbe essere associato ad un inevitabile cessazione del consumo di sostanze, si dimostra invece un'ambiente in grado di favorire l'iniziazione degli individui alle sostanze e l'aumento dei rischi collegati al consumo (Azbel et al., 2016; Boys et al., 2002; Fazel et al., 2006). La scarsità delle sostanze e della strumentazione sterile per iniezione amplifica gli episodi di condivisione di materiale e, conseguentemente, il rischio di contrarre infezioni (Kamarulzaman et al., 2016). Queste condizioni fanno sì che all'interno delle prigioni si riscontri una maggiore prevalenza di HIV, HCV, HBV e tubercolosi rispetto alla popolazione generale

²⁴ Con il termine "craving" ci si riferisce ad un desiderio irrefrenabile volto, in questo caso, ad assumere la sostanza (Treccani, 2007).

²⁵ Mattick et al. (2009) riportano una riduzione delle infezioni da HIV fino al 54%.

²⁶ Riduzioni ancora più significative sono riscontrate quando vi è una combinazione di servizi AOT ed NSP (EMCDDA, 2018).

(Kamarulzaman et al., 2016)²⁷. Le prigioni stesse ricoprono dunque un ruolo di amplificazione del fenomeno il quale, non rimane circoscritto all'interno dell'ambiente carcerario, ma si riversa all'interno dell'intera comunità al momento delle scarcerazioni. Questa dinamica contribuisce alla creazione ed al mantenimento di un circolo vizioso per cui leggi e politiche presentano la tendenza ad incarcerare con maggiore frequenza individui che già sono portatori di importanti fattori di rischio (infezioni virali e dipendenze da sostanze), i quali verranno amplificati all'interno delle carceri e nuovamente diffusi tra i membri della società che, verosimilmente, presenteranno a loro volta una maggiore probabilità di venire incarcerati (Kamarulzaman et al., 2016). Di fronte alla complessa e delicata situazione che si riscontra all'interno delle carceri, l'AOT si presenta come un valido strumento per la riduzione dei danni. Le implementazioni dell'AOT all'interno di questo specifico contesto godono infatti di una discreta letteratura a sostegno dell'efficacia del servizio: si menzionano in particolar modo le revisioni di letteratura che dimostrano l'efficacia dell'AOT nel ridurre l'utilizzo di sostanze in prigione, della riduzione di mortalità per chi è sotto trattamento rispetto a chi non lo è e, dopo la scarcerazione, la maggiore probabilità di continuare il trattamento (ECDC/EMCDDA, 2018; Larney et al., 2014).

2.4 Drug Consumption Rooms (DCRs)

Le DCRs, anche chiamate Supervised Injection Facilities (SIF), sono dei luoghi presieduti da personale sanitario all'interno dei quali è possibile consumare sostanze illecite, precedentemente ottenute, nelle condizioni più sicure possibili (EMCDDA, 2021a). Tra le figure professionali presenti nelle DCRs possiamo trovare infermieri, assistenti sociali, medici, terapeuti e psichiatri (Belackova et al., 2017, citato in EMCDDA, 2021a). Possiamo invece identificare come obiettivi delle DCRs la riduzione delle infezioni conseguenti alle iniezioni (sia di natura virale che batterica), la prevenzione della morte da overdose, la messa a disposizione di un luogo che presenti la miglior igiene possibile per l'autosomministrazione di sostanze, la disposizione di un servizio in grado di entrare in contatto con il maggior numero possibile di individui della popolazione target, la riduzione degli episodi di consumo all'aperto e la dispersione di materiale da iniezione (EMCDDA, 2021a; EMCDDA, 2004). Il soddisfacimento di questi obiettivi ad ampio raggio è reso possibile da una vasta gamma di servizi che le DCRs sono in grado di offrire, tra i quali: assistenza medica per il trattamento di ascessi e ferite, la fornitura di cibo, bevande e vestiti, la possibilità di lavarsi, assistenza in situazioni di crisi

²⁷ Si parla, ad esempio, di una popolazione generale HCV positiva del 2.3% in Europa a fronte di una popolazione carceraria positiva del 15.5% nella stessa regione (UNAIDS, 2014, citato in Kamarulzaman et al., 2016, p.1116; WHO, 2020c)

(overdose), drug checking, la fornitura di materiale per le iniezioni, un luogo in cui dormire e sportelli di consulenza (EMCDDA, 2021b; EMCDDA, 2017c)²⁸.

Per semplificare e rendere maggiormente comprensibile quale sia la natura e quali siano i servizi proposti da una specifica DCR, la letteratura ci propone una classificazione in tre categorie. Le DCRs a “modello integrale”, che si presentano come parte di un interconnesso sistema di servizi quali consulenza, test per verificare se si ha contratto infezioni virali, drop-in con NSP ed assistenza medica (sia per AOT che per la medicazione di ferite o altre necessità) (European Harm Reduction Network [EHRN], 2014). Questo modello, che presenta un importante numero di servizi accessibili in un unico luogo, ha riscontrato alcune critiche da parte degli utilizzatori e degli esperti che riferiscono di come alcuni servizi non risultino tra di loro compatibili all'interno della stessa struttura. Si cita ad esempio una DCRs integrata a Bonn, Germania, in cui i PWID hanno lamentato difficoltà nel continuare la terapia con oppioidi agonisti vedendo quotidianamente persone che facevano utilizzo di sostanze nel vicino drop-in (EHRN, 2014). Un secondo modello denominato “specializzato” che, a differenza del modello integrato, presenta un range di servizi inferiore concentrandosi principalmente nell'offerta di un luogo attrezzato per il consumo (EHRN, 2014). Vi è infine il modello “mobile” che, come suggerisce il nome, è costruito su un'unità mobile. Per quanto presenti inevitabilmente degli spazi ridotti, la sua mobilità gli permette di raggiungere luoghi di interesse, come stazioni o zone di spaccio, vicino ai quali non sono presenti strutture stabili di assistenza (EHRN, 2014).

Comuni a tutti i modelli di DCRs troviamo una zona di “accettazione”, in cui i clienti dimostrano di potere accedere al servizio (dimostrando, ad esempio, di aver compiuto i 18 anni di età), una propriamente adibita al consumo, ed un'altra zona in cui possono essere dispensati altri servizi di RdD o nei quali si può parlare con operatori che informano riguardo i servizi disponibili sul territorio (EMCDDA, 2021a; EHRN, 2014).

Le evidenze a favore delle DCRs non si possono definire robuste come quelle presentate per i NSPs e le AOT discusse precedentemente: l'EMCDDA, in accordo con lo strumento AMSTAR, definisce di bassa qualità le evidenze analizzate che dimostrano l'efficacia delle DCRs nel ridurre le overdosi nelle vicinanze alle strutture e nel riuscire ad entrare in contatto le persone emarginate (EMCDDA, 2017b). Viene tuttavia specificato come, data la scarsità di revisioni di letteratura, sia impossibile trarre conclusioni circa l'efficacia o meno del servizio nel ridurre le overdosi e la mortalità conseguenti l'utilizzo di sostanze. In un altro documento, sempre redatto dall'EMCDDA (2004), viene esplicitato come sussistano importanti problemi metodologici di ricerca per lo studio dell'efficacia delle DCRs. In particolar modo questi sarebbero legati alla causalità ovvero, in

²⁸ Con drug checking ci si riferisce ad un servizio che permette un'analisi rapida della sostanza illegalmente ottenuta (EMCDDA, 2021c)

conseguenza all'alto numero di variabili risulta difficile asserire con certezza che proprio i servizi di RdD proposti siano la variabile che produce un'eventuale trasformazione nell'indicatore che viene analizzato, e alla durata della ricerca che, spesso, è inferiore al tempo necessario per poter osservare l'evoluzione e la trasformazione degli indicatori non permettendo dunque di giungere a conclusioni. Per quanto la letteratura presenti questi importanti limiti, non sono tuttavia assenti gli studi e le rilevazioni in merito. Wood et al. (2006), ad esempio, hanno studiato per tre anni la DCR "Insite", in Vancouver, riscontrando: come il servizio fosse stato in grado di raggiungere PWID con i quali si sarebbe difficilmente entrati in contatto attraverso i programmi convenzionali di salute pubblica; una significativa riduzione della condivisione delle siringhe all'interno della DCR; una maggiore probabilità che, gli individui entrati in contatto con il servizio, si rivolgessero ai correlati servizi per la cura delle tossicodipendenze²⁹. A fronte dei benefici riscontrati, Wood et al. (2006) non hanno rilevato alcun peggioramento degli indicatori di ordine pubblico quali il numero di episodi di consumo all'aperto, la dispersione di materiale da iniezione o il vagabondaggio relativo al consumo di sostanze.

Hall et Kimber (2005), proponendosi in un'ottica fortemente "realistica", osservano invece come, anche a fronte di importanti rilevazioni, l'impossibilità di randomizzare le procedure di ricerca rende de facto la letteratura disponibile non solida abbastanza per poter giungere a conclusioni di reale efficacia³⁰. Similmente alla discussione già proposta è possibile riscontrare ulteriori esempi di letteratura, a favore e contraria dell'efficacia di questi servizi, all'interno del documento "Overview of international literature", stilato dal già citato Uniting Medically Supervised Injecting Centre (2017) di Sydney³¹.

Concludo dunque questo paragrafo riportando un'espressione trovata navigando sul sito dell'EMCDDA, con la quale ci si riferisce alla letteratura riguardante le DCRs e che, a mio avviso, la descrive in modo esaustivo: "Likely to be beneficial".

2.5 Riepilogando

È stato osservato come la letteratura che riguarda i servizi di NSP e di AOT si sia dimostrata robusta nel dimostrare la loro efficacia mentre, per le DCRs, i problemi metodologici rendono difficile poter giungere a conclusioni sulla loro reale efficacia. Si può osservare inoltre come, per motivazioni già

²⁹ L'EMCDDA stessa propone le comunità di Vancouver e Sidney come riferimenti per le evidenze riguardo le DCRs (EMCDDA, 2021d)

³⁰ Il termine "realistica" è stato inserito in riferimento all'utilizzo del termine da parte degli stessi autori all'interno dell'articolo di riferimento.

³¹ È mia opinione personale che questo documento si presenti come uno di quelli maggiormente esplicativi e completi in grado di rappresentare il dibattito circa la letteratura delle DCRs.

trattate nel primo capitolo, la letteratura si sia principalmente concentrata sullo studio della causalità tra i servizi e la loro capacità di prevenire la trasmissione di virus quali HIV e HCV, trascurando altri aspetti che potrebbero potenzialmente arrecare beneficio agli individui. Ci si occuperà dunque, nel prossimo capitolo, di osservare il rapporto costi benefici risultanti l'implementazione di questi servizi, ormai descritti ed avvalorati.

CAPITOLO III: L'impatto socioeconomico dei servizi

3.1 Introduzione al capitolo

In questo ultimo capitolo si cercherà di discutere l'impatto economico e sociale legato all'implementazione dei servizi di RdD. Se per i servizi di NSP è già stata presentata una breve trattazione all'interno del capitolo due, verranno ora trattati i legami che intercorrono tra le AOT ed il crimine e si indagheranno gli effetti che sono stati riscontrati nelle comunità in seguito all'apertura delle DCRs. Ci si chiederà infine se l'implementazione di questi servizi si presenti economicamente vantaggiosa e sostenibile.

3.2 L'impatto sociale

Nel secondo capitolo, l'attenzione è stata principalmente rivolta alla capacità dei servizi di RdD di migliorare la salute dei singoli individui, in particolar modo quella di coloro che assumono sostanze stupefacenti. Non sono invece state discusse le conseguenze a cui può portare l'implementazione di servizi di RdD all'interno dell'intera comunità. Tuttavia, prima di discutere della percezione avvertita dalla comunità e di come questa percezione possa influenzare lo sviluppo dei servizi stessi, verrà indagato il legame che unisce il crimine all'utilizzo di sostanze e come l'implementazione dei servizi di RdD sembrerebbe rivelarsi in grado di modificare entrambi. Se questo discorso è già stato parzialmente affrontato per i NSPs, parlando delle altre pratiche di RdD la situazione si complica. In questo ambito, infatti, la letteratura è molto scarna e la nostra indagine si muoverà nuovamente in una prospettiva esplorativa (Zuffa, 2000).

3.2.1 Consumo di sostanze e crimine

Come accennato nel primo capitolo, una delle principali problematiche legate all'aumento del consumo di eroina negli anni ottanta verteva sull'aumento dei fenomeni di vagabondaggio e di microcriminalità legati alle sostanze. Per quanto il coinvolgimento in attività criminali sia effettivamente da collocarsi precedentemente all'inizio del consumo di sostanze, con lo sviluppo della dipendenza si assiste ad un'intensificazione dell'attività criminale (Hall, 1996). Studi ci mostrano come crimini quali furti, scippi e rapine abbiano conosciuto un'impennata proprio durante quegli anni ed il coinvolgimento in azioni criminose di persone dipendenti da droghe pesanti, sia stato circa dieci volte superiore rispetto ai soggetti non dipendenti (Zuffa, 2000). Questa dibattuta causalità tra assunzione di sostanze illegali e crimine è stata indagata da Killias et al. (1999), i quali hanno osservato le conseguenze relative all'implementazione di un programma di prescrizione dell'eroina, in Svizzera, su una popolazione di consumatori di lungo periodo. Dalle rilevazioni effettuate si può riscontrare una riduzione del 22% nell'incidenza dello spaccio di droghe pesanti ed una diminuzione del reddito proveniente da furti o rapine, che ha conosciuto una riduzione del 59% (Killias et al., 1999; Killias et al. 1998, citato in Zuffa, 2000)³². Confrontando le interviste con i dati forniti dalla polizia, è emerso inoltre come vi sia stata una riduzione del 60% nelle azioni criminali commesse dai frequentatori del programma. Killias ed i suoi collaboratori sono dunque giunti alla conclusione che l'implementazione del servizio abbia permesso ai consumatori abituali di ricorrere ad un sistema legale e costante per accedere alla sostanza di cui erano dipendenti, riducendone così il consumo e la necessità di intraprendere azioni criminali legate al reperimento della sostanza stessa. È stato inoltre interessante riscontrare come l'apertura del servizio avesse suscitato delle alterazioni all'interno del mercato illegale di eroina, tra cui: una riduzione della domanda che ha ridotto la redditività del mercato, una conseguente riduzione dell'offerta che ha reso più difficile l'accesso alla sostanza ai consumatori occasionali e la riduzione delle attività criminali legate al mercato che, di fatto, è stato ridimensionato. Come ricorda Zuffa (2000), per quanto questi studi si dimostrino molto informativi circa il legame che intercorre tra l'utilizzo di sostanze illecite e la criminalità, gli autori stessi sottolineano come sia necessaria una maggiore ricerca in questo ambito. La prescrizione di eroina sembrerebbe dunque portare non ad un aumento degli episodi di criminalità, bensì si proporrebbe come un valido strumento per la riduzione degli stessi. Anche Hall (1996), discutendo sulla letteratura che ha indagato le relazioni tra AOT e crimine, è giunto a simili conclusioni. Hall sottolinea tuttavia

³² Sei mesi prima dell'inizio del progetto, il 22.8% dei soggetti intervistati aveva dichiarato di vendere illegalmente droghe pesanti. A 24 mesi dall'inizio del progetto questo numero è sceso allo 0.8%. Questo trend è stato confermato dalla riduzione dell'incidenza del numero di contatti per spaccio registrati dalla polizia (Killias et al. 1999)

i limiti metodologici proposti dagli studi in merito che, spesso, si basano sull'incrocio dei dati ottenuti tramite le interviste ed i registri della polizia. Questo metodo di analisi può infatti presentare diverse problematiche di validità legate al crimine sommerso e alle risorse che la polizia investe per identificare coloro che hanno commesso un crimine. Per quanto questa metodologia di raccolta dati si presenti come quella di più frequente utilizzo in questo ambito, Hall ricorda la presenza di studi randomizzati o basati sul data linkage che hanno portato risultati simili a quelli sopra discussi (Gisev et al., 2014; Newman e Whitehill, 1979, citato in Hall, 1996; Gunne e Grönbladh, 1981, citato in Hall, 1996)³³. La letteratura a disposizione sembrerebbe dunque mostrarci l'esistenza di un forte legame che unisce alcune tipologie di crimini ed il consumo di sostanze e ci suggerisce come la prescrizione medica di eroina e metadone presentino le potenzialità per ridurre questi crimini.

Risulta invece più complesso riscontrare simili potenzialità per le DCRs. Questi servizi si dimostrano particolarmente interessati a soddisfare importanti obiettivi di carattere sociale quali: l'ordine pubblico e la sicurezza, la riduzione degli episodi di consumo all'aperto ed il controllo dell'incidenza dei crimini all'interno e nei dintorni dei locali (EMCDDA, 2004). Tuttavia, riuscire a soddisfare questi obiettivi e soprattutto dimostrare l'efficacia dei servizi in questa direzione, risulta difficoltoso a fronte dei problemi metodologici, trattati precedentemente, che investono il servizio. Se nel secondo capitolo si è discusso di come gli studi di Wood ed i suoi collaboratori (2006) avessero evidenziato l'assenza di un aumento dell'attività criminale conseguente l'apertura del programma "Insite" a Vancouver, ci si concentrerà ora sulle rilevazioni, dai simili risultati, ottenute tramite l'osservazione dell'apertura del MSIC (Freeman et al., 2005). Freeman ed i suoi collaboratori (2003) hanno infatti osservato come l'apertura del MSIC non abbia portato né ad un aumento né ad una diminuzione del numero di furti e rapine la cui incidenza, nei dintorni del centro, risulta infatti presentare un andamento simile a quello registrato nel resto della città. Il numero di persone che bivaccavano nella zona non ha subito particolari variazioni a scapito, tuttavia, di un leggero ma costante aumento del numero di coloro che sostavano a lungo nei pressi della porta sul retro. A fronte di queste rilevazioni è tuttavia doveroso proporre una contestualizzazione dei dati. Come riportano gli stessi autori, pochi mesi prima dell'apertura del centro, si è riscontrata una forte contrazione del mercato dell'eroina in tutta l'Australia che ha di fatto ridotto notevolmente la possibilità di acquistare la sostanza. Come suggerito da Killias (1999), l'eroina e la sua disponibilità giocano un ruolo fondamentale nelle dinamiche legate alla criminalità e all'efficacia dei servizi; risulta dunque lecito supporre che i dati riportati siano stati, almeno parzialmente, influenzati dalla contrattura del mercato di eroina oltre che dall'apertura del centro. Le rilevazioni effettuate da Donnelly e Snowball (2006) e da Mahoney

³³ Con data linkage ci si riferisce all'estrapolazione di informazioni da diversi fonti, con l'obiettivo di creare una nuova e più ricca, fonte di informazione. (Menzies, 2021)

(2013) ci permettono tuttavia di analizzare il trend degli episodi di criminalità a distanza di cinque ed undici anni dall'apertura dal centro, permettendo così una lettura dei dati verosimilmente meno influenzati da variabili esterne. L'autore riporta infatti di come, sia nel 2006 che nel 2012, il numero di azioni criminali intraprese nei pressi del centro mostrassero un andamento simile a quelle intraprese nel resto di Sydney, suggerendo dunque l'assenza di una correlazione tra l'apertura del centro ed il crimine.

3.2.2 I servizi e la comunità

Per quanto i dati sopra riportati risultino sicuramente molto informativi, ritengo che vi sia un'ulteriore rilevazione effettuata dal MSIC che si presenta di altrettanto interesse. In un rapporto del 2003 (Freeman et al.) pubblicato dal centro stesso, vengono proposti i dati riguardanti la percezione che i residenti, e coloro che gestiscono un'attività vicino al MSIC, presentano nei confronti delle persone che assumono sostanze, delle problematiche ad essi collegate e dell'apertura del centro stesso³⁴. Possiamo riscontrare come circa il 30% dei residenti e dei negozianti ritenga che il centro incoraggi il consumo e, con simili percentuali, che esso non risolva il problema relativo alle sostanze (rispettivamente ~20% e ~30%). La percezione che vi sia di fatto un incoraggiamento al consumo risulta essere addirittura maggiore a livello statale, nel quale si rileva una sfiducia verso il servizio nel 50% degli intervistati (Freeman, 2003)^{35 36}. Rispettivamente il 26% ed il 37% di coloro che sono residenti o gestiscono un'attività nelle vicinanze del sito riferiscono inoltre di essere completamente in disaccordo con l'apertura del centro (Freeman, 2003)³⁷. Di fronte a questi numeri il rapporto evidenzia come, effettivamente, quasi l'80% dei residenti ed il 60% dei negozianti sia favorevole all'apertura, percentuali che tendono ad aumentare leggermente ad un anno dall'apertura del centro stesso. A mio avviso, tuttavia, questa maggioranza nasconde una "minoranza" di altrettanto rilievo. Anche un anno dopo l'apertura del MSIC, i dati riportano infatti come la percentuale dei negozianti contrari al servizio non scenda al di sotto del 30%.

Per affrontare questa riflessione, ed esplorare la potenzialità di questa minoranza, ci dobbiamo spostare dalla costa orientale australiana e rivolgere la nostra attenzione su Biella, una piccola provincia del Piemonte. Nella provincia piemontese i negozianti e coloro che risiedono vicino

³⁴ Le rilevazioni sono avvenute un anno prima ed un anno dopo l'apertura del centro (2000-2002)

³⁵ Si ricorda come la letteratura supporti l'assenza di un aumento del consumo di sostanze conseguenti l'implementazione dei servizi di NSP e di come le DCRs presentino una rigida selezione all'ingresso: solo coloro che dimostrano una duratura storia di dipendenza possono accedervi.

³⁶ Ci si riferisce nello specifico alla rilevazione nel New South Gales, stato dell'Australia sud-orientale.

³⁷ Questo dato, soprattutto in riferimento ai gestori di attività, si può verosimilmente collegare al problema di "immagine negativa" percepito come principale conseguenza negativa dell'elevato consumo di sostanze nell'area di Kings Cross.

all'attuale sede del Ser.D. hanno recentemente protestato, affermando la volontà che il servizio venisse trasferito in un altro luogo (La Stampa, 2020)³⁸. A questa richiesta di trasferimento, che è stata approvata dalla giunta comunale e che avrebbe dovuto vedere il suo avvio all'inizio del 2021, si è opposto a sua volta un gruppo di residenti e negozianti del luogo di arrivo (La Stampa, 2021). A mio avviso questo fatto di cronaca ed il "30%" rilevato da Freeman, suggeriscono la necessità di strutturare un approccio dialogico con gli attori che si troveranno a contatto con i servizi. Questi, infatti, per soddisfare gli obiettivi che si sono preposti si trovano a dover interagire con una pluralità di entità sociali, istituzionali e con la comunità stessa che non è composta esclusivamente da individui che assumono sostanze, ma è quella globalmente intesa.

A questo proposito, come abbiamo già discusso nel primo capitolo, i servizi di RdD si presentano spesso mal integrati con la legislatura vigente o ne risultano completamente esclusi, rendendo fondamentale il coordinamento del centro con le autorità locali. Se abbiamo osservato come la percezione dei residenti e negozianti possa aver causato l'insorgere di problematiche per il Ser.D biellese, discuteremo ora l'importanza della collaborazione con le autorità locali analizzando i problemi riscontrati dalla DCR "Fixpunkt", in Hannover. L'apertura del centro in una zona non ottimale ed un eccessivo controllo da parte della polizia, ha fatto sì che i consumatori fossero scoraggiati a percorrere il tragitto verso la DCR e l'affluenza risultasse fortemente limitata (EMCDDA, 2004)³⁹. Dopo una negoziazione portata avanti dal centro, i controlli della polizia sono diminuiti rendendo nuovamente il servizio una meta appetibile per i consumatori; non è stato possibile, tuttavia, mantenere a lungo questa situazione di equilibrio a fronte di un aumento della pressione esercitata dalla polizia sulle scene di consumo tradizionali, che ha fatto sì che i consumatori designassero il centro Fixpunkt come il nuovo luogo di raduno. Ciò ha di fatto duplicato l'accesso al servizio (in termini di iniezioni settimanali), provocando l'insorgenza di problemi di ordine pubblico nelle vicinanze della DCR che si sono concretizzati in un massiccio intervento delle forze di polizia. Possiamo invece osservare un esempio di collaborazione efficace tra i servizi di RdD e le forze dell'ordine nella città di Amburgo, la cui DCR si propone come un servizio dall'approccio più unico che raro. Le DCRs, solitamente, vengono ubicate il più vicino possibile alla scena di consumo mentre, il servizio tedesco è stato collocato in un luogo che si trovasse distante dalle aree residenziali, dalle scuole, dai parco giochi e da aree commerciali (EHRN, 2014; Fortson, 2018). L'affluenza alla DCR, per quanto si trovasse in un posto sfavorevole all'accesso, è stata fortemente incoraggiata dalla polizia stessa che vedeva nel servizio la possibilità di ridurre le scene di consumo diffuse in tutta la città

³⁸ Si specifica che il Ser.D. presente a Biella per quanto presenti un servizio di drop-in non è una DCR (ASLBI, 2021).

³⁹ Il servizio era collocato ad un chilometro dalla scena di consumo all'aperto.

raggruppando, di fatto, tutti i PWID in un unico luogo particolarmente comodo per la sorveglianza e la facilità di intervento.

A fronte degli studi osservati finora, sembrerebbe dunque che i fenomeni legati alla criminalità ed ai problemi di disordine pubblico non siano correlati, né positivamente né negativamente, con l'apertura delle DCRs. Le rilevazioni presentate da Wood (2006) sembrerebbero addirittura suggerire la capacità del servizio di ridurre gli episodi di consumo all'aperto ed il numero di materiale da iniezione disperso. Abbiamo osservato inoltre come, in alcuni casi, la capacità di coordinarsi con le autorità locali e la sfiducia che la comunità stessa nutre nei confronti del servizio si possano rivelare delle condizioni in grado di alterare l'efficacia dei servizi stessi.

3.3 Sostenibilità economica

Questo paragrafo concluderà la trattazione finora proposta sulla RdD concentrandosi sugli aspetti di natura economica, che verranno affrontati attraverso una rapida analisi dei costi e benefici legati ai servizi. Prima di iniziare la discussione è tuttavia necessario definire i termini “costi” e “benefici”. Questi ultimi possono infatti presentarsi con diverse modalità e sfumature a seconda degli specifici obiettivi di ricerca che si pongono in singoli studi. Si definiranno dunque brevemente i due termini in relazione alla letteratura che è stata presa in esame. Con il termine “costi” ci si riferirà principalmente alla spesa economica effettiva, necessaria per l'avvio ed il mantenimento del servizio. Il termine “benefici” risulta invece associato, sempre all'interno della letteratura che prenderemo in esame, con il numero di infezioni virali evitate grazie all'implementazione del servizio ed i relativi costi sanitari che ogni mancata infezione permette di risparmiare. Specifico inoltre come la discussione che verrà proposta si concentrerà principalmente sulla prevenzione delle infezioni da HIV e le relative spese sanitarie mentre quelle da HCV non verranno trattate. Questa scelta è stata presa a fronte della più fragile letteratura a supporto dell'efficacia dei servizi di RdD nella riduzione dell'incidenza da HCV e della recente commercializzazione del farmaco Sofosbuvir, utilizzato per il trattamento dell'epatite ed il cui prezzo è tuttora al centro di un'accesa polemica (Doctors of the world, 2018)⁴⁰.

Infine, si farà riferimento ai parametri “QALY” (Quality adjusted life year) e “DALY” (Disability Adjusted Life Years) (UNAIDS, 2009; Commonwealth Department of Health and Ageing [CDHA], 2002; WHO, 2021). Il QALY si presenta come un'unità di misura spesso utilizzata all'interno delle valutazioni economiche di interventi sanitari e sintetizza al suo interno sia gli anni di vita guadagnati (quantitativamente parlando) sia l'impatto delle patologie sulla qualità della vita dell'individuo (Costi dell'assistenza e Risorse Economiche [CaRE], 2000; VIVISOL, 2017). “In pratica, l'utilità di un

⁴⁰ Il farmaco è stato approvato dalla Food and Drug Administration nel 2013 (WHO, 2018)

intervento espressa in QALY deriva dagli anni di vita di un soggetto moltiplicati per un coefficiente che sintetizza lo stato di salute del medesimo soggetto” (Mancia, 2000, p. 8)⁴¹. Il DALY è invece la somma degli anni persi in seguito ad una morte prematura o gli anni di vita “in salute” persi a seguito di una disabilità (WHO,2021; VIVISOL, 2017).

3.3.1 Costi e benefici: NSP

Il dipartimento di salute australiano all’interno del rapporto “Effectiveness of NSPs for preventing transmission of HIV and HCV infection” afferma che tra il 1991 ed il 2000 sono stati spesi circa 141 milioni di dollari australiani per l’implementazione ed il mantenimento del servizio di NSP (CDHA, 2002)⁴². A fronte di questa spesa il dipartimento di salute stima come, tra il 1988 ed il 2000, siano state evitate approssimativamente 25'000 infezioni di HIV grazie all’implementazione dei NSPs⁴³. I benefici economici conseguenti alla riduzione delle infezioni sono stati calcolati prendendo in considerazione il costo medio del trattamento dell’AIDS basato su: i 25'000 casi di infezione evitati, una vita media di 24 anni in seguito all’infezione e ad un costo medio di 14'000AU\$ all’anno, per ogni anno di vita dopo la diagnosi. Le stime, basate su queste premesse, ci riportano dunque un risparmio economico di 7AU\$ miliardi in 24 anni⁴⁴. Tra i benefici che si possono riscontrare vi sono inoltre 588'000 anni di vita effettivi (circa 23 a testa) guadagnati da coloro che non hanno contratto l’infezione, e 715'000 anni calcolati utilizzando l’approccio QALY (circa 28 a testa). Sempre in Australia, una stima basata sui risultati ottenuti nel decennio successivo, ci mostra come i servizi di NSP abbiano ridotto del 34-70% l’incidenza dell’HIV e del 15-43% quella dell’HCV portando ad un guadagno compreso tra i 20'000 ed i 66'000 QALY (Kwon et al., 2012)⁴⁵.

In Bangladesh, invece, Guinness ed i suoi collaboratori (2010) hanno indagato la relazione tra l’efficacia del servizio CARE-SHATI e la prevalenza di HIV. Lo studio osserva come una più bassa prevalenza di infezioni porti ad un maggiore vantaggio economico dell’investimento. A fronte di una prevalenza del 40%, il numero di infezioni evitate si vede dimezzato portando al raddoppio della cifra investita per prevenire una singola infezione. Tuttavia, per quanto si registri una diminuzione del risparmio in relazione all’aumentare della prevalenza, Guinness conclude che anche in corrispondenza

⁴¹ Questo approccio identifica una scala che presenta valori compresi tra 0 ed 1 nella quale il numero 1 indica lo stato di salute perfetta, e lo 0 indica lo stato di decesso.

⁴² Circa 90 milioni di euro.

⁴³ 1988 è l’anno in cui è stato introdotto il servizio.

⁴⁴ A fronte di 90 mln di euro di investimento nel servizio per un periodo di 9 anni, il risparmio stimato ammonta a circa 4,5 mld di euro su un periodo di 24 anni.

⁴⁵ La riduzione dell’incidenza è da considerarsi relativa alla popolazione di riferimento PWID.

di una prevalenza del 40%, l'investimento si presenta profittevole. Viene infatti stimato a 228US\$ la prevenzione di un'infezione, a fronte di 1'422US\$ spesi annualmente per il trattamento del virus (KHN, 2008). Questo rapporto costi benefici rilevato in Bangladesh si presenta coerente con quello osservato da Wilson ed i suoi collaboratori (2015) che, all'interno dell'International Journal of Drug Policy, identificano un ritorno economico compreso tra i 100 ed i 1000US\$ per ogni infezione da HIV evitata. Si cita infine uno studio effettuato in Cina, nella regione di Yunnan, nel quale Zhang ed i suoi collaboratori (2011) hanno stimato come il servizio abbia evitato approssimativamente il 16-20% delle infezioni (5'200-7'500) da HIV, a fronte di una spesa di 1.04 milioni di US\$ distribuita tra il 2002 ed il 2008 che ha portato, nello stesso periodo, ad un risparmio compreso tra i 1.38 ed i 1.97 milioni di US\$.

La letteratura esaminata sembrerebbe dunque suggerire come i servizi di NSP presentino un notevole profitto economico in termini di risparmio, soprattutto sul lungo termine, per quanto il rapporto tra la cifra investita e quella risparmiata si presenti influenzabile da diverse variabili (in particolare prevalenza delle infezioni e copertura del servizio) (Wilson et al., 2015).

3.3.2 Costi e benefici: AOT

Se per il mantenimento dei NSPs UNAIDS (citato in Wilson et al., 2015) stima che il costo medio annuo a persona sia compreso tra i 23 ed i 71US\$, il costo delle terapie basate sulla somministrazione di metadone si presenta più elevato. Schwartlander e collaboratori (2011) riportano infatti come il costo annuale per le AOT sia compreso tra i 363 ed i 1'057US\$ per i trattamenti a base di metadone e tra i 1'236 ed i 3'167US\$ per quelli a base di buprenorfina. Pur presentando un aumento della spesa, gli studi che osserveremo sembrerebbero suggerire ugualmente una convenienza economica apportata dal servizio. Uno studio condotto da Wammes ed i suoi collaboratori (2012), in Indonesia, ha stimato come un aumento della copertura del servizio di AOT, dal 5% al 40%, avrebbe prevenuto approssimativamente 2'400 infezioni da HIV al costo di 7'000US\$ per ogni singola infezione. In Russia, invece, lo studio di Idrisov e collaboratori (2017) ci propone un'analisi incentrata sulla qualità della vita: viene stimato come l'implementazione dell'AOT, per un periodo di 10 anni e con una copertura del servizio del solo 3.1%, porterebbe alla prevenzione di 50'000 DALYs a fronte di una spesa di 17 milioni di USD. Aumentando la copertura del servizio al 55% i DALYs evitati ammonterebbero a 900'000 per una spesa complessiva di 308US\$ milioni.

Spostandoci in Gran Bretagna, per meglio comprendere il vantaggio derivato dall'implementazione dei servizi di AOT, ci si può affidare all'ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) un indicatore che riporta il costo necessario per garantire il guadagno per un singolo QALY (York Health Economics

Consortium [YHEC], 2016a). Le risorse per l'implementazione dei servizi, essendo limitate, necessitano che l'indice ICER non superi una determinata soglia sopra la quale l'investimento perderebbe di efficacia (YHEC, 2016b). Questa soglia può presentare differenti valori in base al contesto e le risorse a disposizione: alcuni stati preferiscono non esplicitarla mentre altri, tra cui la Gran Bretagna, forniscono una cifra ufficiale (Wang et al., 2018). Questo valore è stato stimato dalla National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2015) all'interno di un intervallo compreso tra 20'000£ e 30'000£. Kenworthy ed i suoi collaboratori (2017) hanno stimato il valore ICER per le AOT in Gran Bretagna a 14'206£, cifra che si presenta inferiore alla soglia identificata dal NICE e che suggerirebbe una notevole convenienza derivante l'implementazione del servizio.

Si ricorda inoltre come, per quanto il servizio si riveli già di per sé economicamente vantaggioso, esso lo diventi ancora di più qualora venissero presi in considerazione i benefici sociali, in particolare legati al crimine, che il servizio potenzialmente è in grado di offrire (Wilson et al., 2015; Kenworthy et al., 2017).

Abbiamo finora osservato come sia i servizi di NSP che di AOT sembrerebbero dimostrarsi in grado di favorire un ampio guadagno in termini di qualità della vita e di denaro risparmiato. Sembrerebbe tuttavia possibile ottenere un maggior rapporto costi benefici, oltre che una maggior efficacia, attraverso un'implementazione combinata dei due servizi (Degenhardt et al., 2010; Kim et al., 2014). Utilizzando i dati forniti dal Global Fund, Kim ed i suoi collaboratori (2014) hanno comparato il guadagno ottenuto dai servizi di RdD nell'Europa dell'Est ed in Asia Centrale, utilizzando l'Ucraina come caso di studio⁴⁶. I risultati ottenuti dallo studio presentano come la combinazione dei due servizi abbia portato alla prevenzione di 1'848 infezioni da HIV date dalla combinazione dei due servizi, a fronte di 1'559 infezioni evitate sommando l'effetto dei due servizi implementati singolarmente. Simili risultati sono stati ottenuti anche da Naning (et al., 2014) che ha stimato come, in Malesia, la combinazione dei due servizi presentasse un più alto tasso di efficacia ed un notevole risparmio economico, soprattutto rispetto all'implementazione delle sole AOT.

3.4 Riepilogando

Abbiamo osservato come il servizio di somministrazione del metadone presenti le potenzialità per influire, positivamente, sui fenomeni di criminalità legati alle sostanze e di come la comunità stessa possa rivestire un ruolo fondamentale per una efficace implementazione dei servizi di RdD. Sono stati inoltre presentati alcuni degli studi che sembrerebbero attribuire un miglioramento della qualità

⁴⁶ Global Fund è un fondo che raccoglie e ridistribuisce i finanziamenti volti a ridurre l'impatto dell'HIV/AIDS, della tubercolosi e della malaria nei paesi sottosviluppati (Schocken, 2021).

della vita ed un importante risparmio economico in seguito all'implementazione dei servizi di AOT e NSP. Wilson (et al., 2015) ricorda tuttavia come sia necessario predisporre una maggiore copertura di questi servizi per poter beneficiare pienamente dei vantaggi proposti dagli stessi.

Conclusioni

Le definizioni osservate ci propongono la RdD come un insieme di servizi volti a ridurre i danni conseguenti l'assunzione di sostanze stupefacenti di cui potrebbero soffrire gli individui stessi, le comunità e l'intera società. Ampliando il concetto di RdD è inoltre possibile definirla come un vero e proprio approccio metodologico di natura pragmatica. Si sottolinea inoltre la capacità e l'intenzione dei servizi di prescindere da un approccio volto esclusivamente all'astensione del consumo. Abbiamo osservato come l'implementazione e lo sviluppo di questi servizi nelle diverse regioni del mondo si presenti fortemente eterogeneo: ad eccellere vi sono paesi come il Canada, l'Australia e diversi stati dell'Europa centrale mentre i paesi in via di sviluppo presentano le maggiori criticità.

I Needle Syringe Programmes, servizi basati sulla distribuzione e sul ritiro di siringhe, si presentano come un valido strumento per la riduzione dell'incidenza delle infezioni di HIV e dei comportamenti a rischio. Il servizio si presenta come quello in grado di apportare i maggiori vantaggi in termini economici e di miglioramento della qualità della vita. Sembrerebbero inoltre smentiti dalla letteratura attualmente disponibile i possibili effetti negativi legati all'implementazione del servizio quali l'incentivazione al consumo e l'aumento del materiale da iniezione disperso nell'ambiente.

Una simile fotografia emerge dall'indagine sulle Agonist Opioid Therapy, terapie basate sulla somministrazione di metadone, che si dimostrano in grado di ridurre le assunzioni di oppioidi illeciti, soprattutto per via iniettiva, diminuendo così il rischio di contrarre l'HIV. Le AOT si propongono inoltre come un valido strumento di RdD all'interno delle carceri e, la loro implementazione, sembrerebbe in grado di incidere sui fenomeni di microcriminalità legati alle sostanze stupefacenti.

La trattazione delle Drug Consumption Rooms, luoghi adibiti al consumo di sostanze nei quali vi è presente personale sanitario, si presenta invece più complessa. La letteratura a disposizione non è infatti, al momento, in grado di stabilire l'efficacia del servizio. È stato tuttavia osservato come la creazione di un dialogo con la comunità "ospitante" il centro e con le autorità locali sembrerebbe una prerogativa fondamentale per garantire un corretto svolgimento del servizio.

Concludo infine presentando una breve riflessione personale, maturata durante la stesura del lavoro. Da ciò che ho potuto osservare, l'implementazione dei servizi di RdD ha conosciuto un incredibile sviluppo negli ultimi trent'anni e, per quanto molto sia ancora da fare, molto è stato fatto. A mio avviso, tuttavia, rimane presente un'importante problematica di natura culturale basata sullo stigma

di cui i consumatori di sostanze sono portatori. Uno stigma facente parte di un complesso meccanismo per il quale, prima, la società stessa coadiuva la creazione delle condizioni che predispongono l'individuo ad un consumo patologico di sostanze e, poi, relega l'individuo stesso ad una condizione tale per cui non ne riconosce più l'intrinseca umanità e lo identifica svalutandolo attraverso l'associazione con la droga assunta o l'azione dell'assunzione. La persona portatrice di sofferenza, affetta da un disturbo patologico di dipendenza da sostanze, non viene riconosciuta come un individuo che "ha" un disturbo ma diventa "il" disturbo che nemmeno viene riconosciuto come tale ma la cui sintomatologia viene attribuita ad una mancanza di volontà o di capacità. Di fronte a questo circolo vizioso per il quale l'individuo emarginato verrà emarginato ancor di più, la riduzione del danno potrebbe proporsi, prima ancora che come un servizio sociosanitario, come uno strumento volto al riconoscimento della persona.

Abbiamo osservato, ad esempio, come la letteratura che ha indagato le stanze del consumo ci proponga l'immagine di un servizio in grado di non arrecare danno né alla comunità ospitante né agli utilizzatori per quanto, tuttavia, risulti difficile dimostrare l'efficacia del servizio stesso. Di fronte a queste premesse le stanze del consumo potrebbero conoscere una rivisitazione dei loro obiettivi. Si potrebbe dunque dar vita ad un servizio il cui primo obiettivo sia quello di creare un ambiente all'interno del quale venga rispettata la dignità dell'individuo che non può, e non deve, essere lasciato solo ed in una condizione di degrado. Questa mia riflessione affonda le proprie radici all'interno della documentazione che ho consultato per la stesura di questo lavoro e che ha fornito un'immagine nitida al tema che stavo affrontando. La condizione di "scarsa igiene" nella quale vengono effettuate le iniezioni assume dunque l'immagine di un avambraccio ricoperto da un'evidente patina nera, la "sclerosi venosa" si traduce nella minuziosa ricerca di una vena in grado di accogliere l'ago ed i "comportamenti a rischio" si concretizzano nell'iniezione, potenzialmente fatale, della propria saliva. Nel momento in cui si comprende il profondo significato di questi termini, esplicitato solo in apparenza dal linguaggio tecnico, reputo necessario, prima ancora di provare a "ridurre i danni", che vengano riconosciuti ai consumatori di sostanze quelli che altro non sono che i diritti fondamentali dell'uomo.

Con la consapevolezza che difficilmente i "valori umani" siano in grado di finanziare progetti di questa natura, auspico un futuro dove la sensibilizzazione esponenziale conosciuta negli ultimi cinque anni possa, anche in questa direzione, portare all'incontro e alla conoscenza tra il grande pubblico e chi, del grande pubblico, non può farne parte.

BIBLIOGRAFIA

Adams M. et al. (2020), *Serious Mental Illness Among Young People Who Inject Drugs: An Assessment of Injection Risks and Healthcare Use. The Journal of Infectious Diseases.*

ASLBI (2021), <https://aslbi.piemonte.it/reparti-e-servizi/territorio/ser-d-biella/>

Aspinall EJ. et al. (2013), *Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*

Azbel L. et al. (2016), *Intersecting epidemics of HIV, HCV, and syphilis among soon-to-be released prisoners in Kyrgyzstan: Implications for prevention and treatment*

BMJ (2016), *The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform.*

Boys A. et al. (2002), *Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales.*

CAMH (2016a), *Opioid agonist therapy, Information for clients*

CAMH (2016b), *Making the Choice, Making It Work. Treatment for Opioid Addiction*

CAMH (2021), <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/methadone>

CDC (2018), <https://www.cdc.gov/pwuid/index.html>

CDC (2019), <https://www.cdc.gov/ssp/syringe-services-programs-faq.html>

Ciccarone D. et Harris M. (2015), *Fire in the vein: Heroin acidity and its proximal effect on users' health.*

CNCA, CICA, Arcigay (2019) *Indagine sui servizi di RdD/LdR in Italia.*

Commonwealth Department of Health and Ageing [CDHA] (2002), <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/illicit-pubs-needle-return-1-rep-toc~illicit-pubs-needle-return-1-rep-5~illicit-pubs-needle-return-1-rep-5-2>

Congresso degli USA (1937), <http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/taxact/mjtaxact.htm>

Congresso USA (1919), *SIXTY-SIXTH CONGRESS. SESS. I. CHS. 81, 82, 85. 1919, National Prohibition Act.*

Congresso USA (1937), *ACT OF AUGUST 2, 1937 PUBLIC, No. 238, 75TH CONGRESS.*

Costi dell'assistenza e Risorse Economiche [CaRE] (2000), *N 3, Anno 2, Luglio-Settembre 2000.*

Dahlman D. (2018), *Both localized and systemic bacterial infections are predicted by injection drug use: A prospective follow-up study in Swedish criminal justice clients*

Degenhardt L. et al. (2010), *Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed.*

Degenhardt L. et al. (2017), *Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review.*

Deliberazione della Giunta Regionale (2019), *12 aprile, n. 42-8767.*

Dipartimento politiche anti droga (2021), <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/le-sostanze/stimolanti/cocaina-e-crack/prodotti/>

Dipartimento Politiche Antidroga (2012), *Uso di sostanze stupefacenti e patologie infettive correlate*

Doctors of the world (2018), <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/news/european-patent-office-maintain-patent-on-hepatitis-c-drug-sofosbuvir/>

Doerrbecker J. (2012), *Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment*

DoHA (2021) https://healthywa.wa.gov.au/Articles/N_R/Needle-and-syringe-programs

Doherty MC. et al. (2000), *The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up*

Dolan K. et al. (2005), *Needle and syringe programs: your question answered*

Donnelly N. et Mahoney N. (2013), *Trends in property and illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: 2012 update.*

Donnelly N. et Snowball L. (2006), *Crime and justice, Recent trends in property and drug-related crime in Kings Cross.*

Dunleavy K. (2018), *The experiences of people who inject drugs of skin and soft tissue infections and harm reduction: A qualitative study.*

ECDC/EMCDDA (2018), *Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.*

EHRA (2015), *The Impact of Transition from Global Fund Support to Governmental Funding on the Sustainability of Harm Reduction Programs: A Case Study from Serbia.*

EHRN (2014), *Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges.*

EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms.*

EMCDDA (2016), <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment>

EMCDDA (2017a), *Health and social responses to drug problems: A european guide.*

EMCDDA (2017b), *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction*.

EMCDDA (2017c), *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges*.

EMCDDA (2018), https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

EMCDDA (2021a), *Perspective on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*.

EMCDDA (2021b), https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

EMCDDA (2021c), https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-checking_en

EMCDDA (2021d), <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms#moreInfo>

Exchange supplies (2021), https://www.exchangesupplies.org/article_paraphernalia_and_the_law_introduction.php

Fazel S. et al. (2006), *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*

Fortson R. (2018), *Evidence and Issues Concerning Drug Consumption Rooms*.

Freeman K. et al. (2003), *Final report of the evaluation of the Sydney medically supervised injecting centre*.

Freeman K. et al. (2005), *Drug and Alcohol Review*, (March 2005), 24, 173 – 184, *The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime*.

Fuoriluogo (2014), *Libro bianco sulla legge Fini-Giovanardi*.

Garden J. et al. (2003), *Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users.*

Gazzetta ufficiale (1990), *Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 17, comma 1.*

Gazzetta Ufficiale (2017), *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale, art. 28 comma K.*

Gisev N. et al. (2014), *Determining the impact of opioid substitution therapy upon mortality and recidivism among prisoners: A 22 year data linkage study.*

Gowing L. et al. (2011), *Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection.*

Guinnes L. et al. (2015), *The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh.*

Hagan H. et al. (2000), *Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors.*

Hall W. (1996), *Crime and justice bulletin, Methadone Maintenance Treatment as a Crime Control Measure.*

Hall W. et Kimber J. (2005), *Being realistic about benefits of supervised injecting facilities.*

Harris M. et al. (2019), *Injecting-related health harms and overuse of acidifiers among people who inject heroin and crack cocaine in London: a mixed-methods study.*

Harris M. et al. (2020), *Navigating environmental constraints to injection preparation: the use of saliva and other alternatives to sterile water among unstably housed PWID in London.*

Hedegaard H, Minino AM, Warner M. (2020), *Drug overdose deaths in the United States, 1999-2018.*

Hedrich D. (2004), *European report on drug consumption rooms* Office for Official Publications of the European Communities Luxembourg.

Hope VD. et al. (2015), *Healthcare seeking and hospital admissions by people who inject drugs in response to symptoms of injection site infections or injuries in three urban areas of England.*

HRI (2010), https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_Italian.pdf

HRI (2018) *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2018.*

HRI (2018), *Global State of Harm Reduction, table 2.1.1, Epidemiology of HIV and viral hepatitis, and harm reduction responses in Asia.*

HRI (2020a), *The impact of COVID-19 on harm reduction in seven Asian countries.*

HRI (2020b), *Global state of harm reduction 2020.*

HRI (2021), <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Idrisov B. et al. (2017), *Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia – a modeled cost-effectiveness analysis.*

Inter-American Drug Abuse Control Commission (2011), *Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011.*

Jarre P. (2014), *Atlante delle dipendenze, Edizioni GruppoAbele, p. 235-243.*

Kaestelic A. et al. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings, a practical guide.*

Kamarulzaman A. et al. (2016), *Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners.*

Kelly JF. et al. (2014), *Stop Talking ‘Dirty’: Clinicians, Language, and Quality of Care for the Leading Cause of Preventable Death in the United States.*

Kenworthy J. et al. (2017), *Use of opioid substitution therapies in the treatment of opioid use disorder: results of a UK cost-effectiveness modelling study.*

Khan SI, et al. (2019), *People who inject drugs in Bangladesh - The untold burden! Int J Infect Dis.*

KHN (2008), <https://khn.org/morning-breakout/dr00051638/>

Killias M. et Aebi MF. (1999), *Crime Prevention Studies, volume 11, pp. 83-99, The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland.*

Kontautaitė A, et al. (2018), *Study of human rights violations faced by women who use drugs in Estonia.*

Kwon JA. et al. (2012), *Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia.*

La Stampa (2020), <https://www.lastampa.it/biella/2020/01/12/news/il-serd-trasloca-dopo-le-proteste-dei-residenti-un-milione-di-euro-per-sistemare-l-ex-macello-1.38316530>

La Stampa (2021), <https://www.lastampa.it/biella/2021/01/05/news/biella-no-al-trasloco-del-serd-penalizzata-una-zona-che-ora-e-un-fiore-all-occhiello-1.39731870>

Larney S. et al. (2014), *Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study.*

Larney S. et al. (2017) *Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. .*

LILA (2013), <https://www.lila.it/it/infoaids/49-sostanze-psicoattive/313-eroina>

MacArthur GJ. et al. (2012), *Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis.*

MacArthur GJ. et al. (2014), *Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness.*

Mahmud S. et al. (2020), *The status of hepatitis C virus infection among people who inject drugs in the Middle East and North Africa.*

Mancia G. (2000), *Costi dell'assistenza e Risorse Economiche [CaRE] (2021), N 3, Anno 2, Luglio-Settembre 2000.*

Menzies (2021), <https://www.menzies.utas.edu.au/research/research-centres/data-linkage-unit/what-is-data-linkage#top>

Moore KE. et al. (2018), *Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review.*

MSIC (2021), <https://www.uniting.org/community-impact/uniting-medically-supervised-injecting-centre--msic/research-and-resources>

Naning H. et al. (2014), *Return on Investment and Cost-effectiveness of Harm Reduction Programme in Malaysia.*

NICE (2015), <https://www.nice.org.uk/news/blog/carrying-nice-over-the-threshold>

Parlamento Europeo (2003), *Documento di lavoro sulle convenzioni ONU sulle sostanze stupefacenti.*

Phillis KT. et al. (2013), *Skin and needle hygiene intervention for injection drug users: Results from a randomized, controlled Stage I pilot trial.*

Pica F. (2020), *Financial Statements of Vancouver Coastal Health Authority.*

Picchio CA. et al. (2020), *The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain.*

Platt L. et al. (2017), *Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs.*

Public Health England (2019), *Shooting Up: Infections among people who inject drugs in the UK, 2018*.

Roxburgh A. et al. (2021), *Adapting harm reduction services during COVID-19: lessons from the supervised injecting facilities in Australia*.

Samet JH. et Fiellin DA. (2015), *Opioid substitution therapy—time to replace the term*.

Schocken (2021), <https://www.cgdev.org/page/overview-global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria>

Shea BJ. et al. (2007), *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*.

Shea BJ. et al. (2021) <https://amstar.ca/Amstar-2.php>

Smith RA. (2007), *Language of the Lost: An Explication of Stigma Communication, Communication*.

Spearman CW. et al. (2019), *Hepatitis C: Oct 19;394(10207):1451-1466. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32320-7*.

The Ottawa Hospital Research Institute, (2021)
http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

Tookes HE. et al. (2012), *A comparison of syringe disposal practices among injection drug users in a city with versus a city without needle and syringe programs*.

Treccani (2007), https://www.treccani.it/enciclopedia/droghe-e-tossicodipendenza_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/

Treccani (2018),
https://www.treccani.it/magazine/atlante/societa/Il_proibizionismo_della_Cannabis.html

Treccani (2021), <https://www.treccani.it/vocabolario/sclerosi/>

UK Government (2012), *The Human Medicines Regulations 2012, schedule 17, part 5, column 2, n.7*

UNAIDS (2009), *AIDS epidemic update December 2009*.

UNAIDS (2019a), <https://www.aidsdatahub.org/resource/cambodia-country-data>

UNAIDS (2019b) '*Communities at the centre: Global AIDS Update 2019*'.

Uniting Medically Supervised Injecting Centre (2017), *Overview of international literature. Supervised injecting facilities and drug consumption rooms*.

UNODC (2019), *World Drug Report 2019*.

UNODC (2020), *Drug use and health consequences*.

VCHRI (2013), *Evaluation Report: Vancouver Coastal Health Safer Smoking Pilot Project*.

VIVISOL (2017), <https://portale.vivisol.it/it/web/portalefarmacie/-/quanto-costa-una-malattia-e-quanto-vale-un-anno-in-salute-?inheritRedirect=true>

Wammes JJG. et al. (2012), *Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: a mathematical modeling study*.

Wang S. et al. (2018), *Comparing the ICERs in Medicine Reimbursement Submissions to NICE and PBAC—Does the Presence of an Explicit Threshold Affect the ICER Proposed?*

Weber DJ. et al. (1999), *The effect of blood on the antiviral activity of sodium hypochlorite, a phenolic, and a quaternary ammonium compound*.

WHO (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in erducing HIV/AIDS among injecting drug users*.

WHO (2007), *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*.

WHO (2009), *Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings*.

WHO (2016) *Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030*.

WHO (2018), *Progress report on access to hepatitis c treatment: focus on overcoming barriers in low- and middle- income countries*.

WHO (2019), *Measures of harm reduction service provision for people who inject*.

WHO (2020a) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

WHO (2020b), <http://www.emro.who.int/asd/health-topics/drug-related-harm-reduction.html>

WHO (2020c), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

WHO (2021), https://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/

Wilson DP. et al. (2015), *The cost-effectiveness of harm reduction*.

Wood E. et al. (2006), *Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility*.

YHEC (2016a), <https://yhec.co.uk/glossary/incremental-cost-effectiveness-ratio-icer/>

YHEC (2016b), <https://yhec.co.uk/glossary/cost-effectiveness-threshold/>

Zhang L. et al. (2011), *Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return*.

Zuffa G. (2000), *I drogati e gli altri*, Sellerio editore Palermo.