

LIMITAZIONE DEL DANNO: PRINCIPI ED ATTUAZIONE PRATICA

Patrick A. O'Hare, Andrew Bennett

Marsey Drug Training and Information Center - Liverpool UK

INTRODUZIONE

“La limitazione del danno... costituisce una politica sociale il cui scopo primario consiste nel mitigare gli effetti negativi dell'assunzione di droghe” (Newcombe, 1992). Nel presente capitolo si intende spiegare con parole semplici il concetto di limitazione del danno e di integrare la spiegazione teorica con la descrizione di un programma intrapreso in Inghilterra, nella regione di Mersey. Quello della limitazione del danno è un concetto elementare, e per comprenderlo non è necessaria alcuna preparazione medica o scientifica, che anzi può finire spesso col costituire un ostacolo alla comprensione e tirare in ballo fattori che vanno a complicare anche quello che complicato non è. Fatte le debite modifiche per tener conto delle differenze culturali, esso si applica indifferentemente in qualsiasi parte del mondo.

IL CONCETTO DELLA LIMITAZIONE DEL DANNO

Qualche anno fa la più grande di due sorelline giocava sull'altalena del giardino di casa in maniera inconsueta. Invece di dondolare avanti e indietro, come si dovrebbe fare, si era sdraiata con la pancia sul seggiolino, tenendo i piedi per terra e, camminando in modo da compiere piccoli cerchi, faceva attorcigliare le catene dell'altalena il più strette possibile. Poi sollevava i piedi da terra e le catene si svolgevano a grande velocità, facendola roteare. Quando le catene si erano sciolte del tutto, la bambina si allontanava dall'altalena e barcollava stordita per il giardino. Poi tornava sull'altalena e ricominciava il gioco.

Mentre la catena si svolgeva, la testa della bambina, che ella teneva tesa in avanti per poter vedere la terra che girava velocemente sotto di sé, non andava a sbattere per un soffio sui montanti dell'altalena. Data la velocità alla quale girava l'altalena, urtare contro il

palo di sostegno le avrebbe provocato una dolorosa ferita. Suo padre avrebbe potuto dirle di smettere. Ma la bambina si stava evidentemente divertendo e sembrava gradire la sensazione di stordimento (un po' come l'ebbrezza da alcol o da droghe?). Se le avesse ordinato di smettere, probabilmente avrebbe obbedito finché lui rimaneva lì, ma non appena se ne fosse andato, probabilmente avrebbe ripreso il gioco. Lo stordimento di per sé è del tutto innocuo, quello che avrebbe potuto farle del male era sbattere la testa contro il palo, evenienza che comunque poteva essere evitata.

Pertanto il padre si è limitato a consigliarle di tenere la testa chinata mentre girava, in modo da lasciare una certa distanza di sicurezza rispetto al palo. Ora la bambina è cresciuta, non gioca più con l'altalena... e non si è mai fatta male alla testa. Si era trattato di fare una scelta ben precisa, proibizione o limitazione del danno: o proibire, probabilmente senza riuscirci, un'attività gradita al soggetto o ammettere che questa era importante per la persona in questione e cercare di ridurre i rischi e, di conseguenza, prevenire il danno.

Quello appena citato è un esempio di limitazione del danno tratto dalla vita quotidiana. La limitazione del danno è una politica intesa a ridurre le conseguenze dannose dell'assunzione di tutte le droghe, sia quelle legalizzate che quelle illegali, ma di cui da qualche tempo si parla sovente in relazione ai consumatori di droghe proibite dalla legge. Il concetto di limitazione del danno nel campo della tossicodipendenza affonda le sue radici nei risultati emersi dal Rapporto Relleston (1926), in cui si concludeva che in certi casi e per determinate persone la terapia migliore consisteva nel continuare a prendere le sostanze oppiacee cui si era assuefatti. Gli oppiomani avrebbero potuto farsi prescrivere le droghe dal loro medico di famiglia, così da poter condurre una vita meno sregolata e rendersi più utili alla società. Pur ammettendo che sarebbe stato meglio se avessero smesso di fare uso di queste droghe, si conveniva che questa abitudine era radicata nelle loro vite e che si sarebbe invece potuto aiutarli ad evitarne le conseguenze negative, soprattutto a livello sanitario. L'oppiomania era vista come una condizione medica curabile. Così funzionava il sistema britannico.

La concezione della limitazione del danno tiene conto del fatto che si continuerà ad abusare di sostanze modificatrici dell'umore, com'è sempre successo nel corso della storia dell'uomo. Posto questo dato di fatto, si propone di ridurre al minimo le conseguenze deleterie, sia per il soggetto stesso che per la società.

Così come la si pratica ora, essa rappresenta una strategia di pubblica sanità che ha acquistato una sempre maggiore importanza da quando si è scoperto che si poteva contrarre il virus dell'HIV attraverso lo scambio di siringhe contaminate. L'HIV costituisce una minaccia per la salute del tossicodipendente e della società in generale. In seguito si descriverà in maniera molto precisa e puntuale la strategia adottata nella regione inglese del Mersey.

LIMITAZIONE DEL DANNO E LEGALIZZAZIONE

Regna una grande confusione circa la natura del rapporto che intercorre tra la limitazione del danno e altri concetti, come quello della legalizzazione. Non si tratta affatto della stessa cosa, per quanto i due concetti siano compatibili e, anzi, la legalizzazione potrebbe essere una delle tante strategie possibili di limitazione del danno. L'esperienza nella Regione del Mersey dimostra che gli interventi di limitazione del danno possono inserirsi nel contesto delle leggi che, in molti paesi, regolano il traffico e l'assunzione di droghe. Con ciò non si vuole dire che non c'è bisogno di emendare le leggi. Anzi, secondo me, queste andrebbero modificate per un'infinità di motivi, non ultimo perché non sono efficaci. Determinate leggi, come ad esempio quelle che puniscono chi sia trovato in possesso di siringhe, dovrebbero essere emendate in alcuni paesi. Infatti, i programmi di sostituzione delle siringhe non potranno mai funzionare, se si continua a considerare illegale il possesso di siringhe. In quasi tutti i paesi, l'eroina non è prescrivibile, ma il metadone ne rappresenta una valida alternativa ed, anzi, dal punto di vista della diffusione dell'HIV, può essere addirittura migliore. Il fattore discriminante dal punto di vista legale è rappresentato dall'approccio delle forze dell'ordine al problema della droga, ossia quali aspetti vengono considerati prioritari. La polizia bersaglia i tossicodipendenti o concentra piuttosto i propri sforzi sul traffico su più ampia scala di stupefacenti? Anche l'atteggiamento dell'autorità giudiziaria gioca un ruolo essenziale. Se infatti sono previste severe pene per il reato di possesso di droga, i tossicodipendenti saranno demotivati a rivolgersi ai servizi.

La Polizia di Merseyside è famosa per la rigidità con cui punisce i reati connessi alla droga. Essa si colloca infatti al secondo posto nella classifica nazionale del numero di accuse e di arresti per reati di droga (Ministero degli Interni, 1990). La Polizia di Merseyside inoltre gode di fama nazionale per aver stabilito rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie e i servizi di tossicodipendenza, allo scopo di combattere più efficacemente il problema della droga, con particolare riferimento alla diffusione del virus HIV. Le forze dell'ordine sono rappresentate in seno alle Commissioni Consultive per la Droga e collaborano con i servizi astenendosi dal sorvegliarne l'operato, consegnando loro i tossicodipendenti arrestati e appoggiando pubblicamente i programmi di sostituzione delle siringhe e le campagne di informazione. In genere gli incensurati che vengono arrestati per possesso di droga non sono processati, ma ricevono una "diffida", una sorta di ammonizione ufficiale. Il Capo della Squadra Narcotici ha affermato:

"In quanto appartenenti al corpo di polizia, siamo tenuti dal nostro giuramento all'Arma a tutelare la vita. Trasferito al settore della lotta alla droga, questo obbligo deve comportare non solo l'applicazione della legge, ma anche l'impegno a proteggere la vita umana. Ovviamente dobbiamo arrestare i tossicodipendenti iniettori e sottoporli alle cure di cui

Limitazione del danno: principi ed attuazione pratica

hanno bisogno, ma al tempo stesso dobbiamo cercare di salvaguardarne la salute, perché siamo i tutori dell'ordine anche per loro”

(O'Connell, 1990).

Siamo riusciti a mettere in atto questi intendimenti parlando con le forze dell'ordine, tenendole informate dei progetti in corso. Questo tipo di interscambio ha permesso alla polizia di cambiare le cose che non le andavano bene. Per esempio, se aveva la sensazione che un certo comportamento ne avrebbe compromesso l'immagine di difensore dell'ordine, poteva modificare qualche aspetto del progetto o chiedere che venisse gestito con meno pubblicità. In questo modo la polizia si sentiva partecipe in prima persona dei progetti. E' importante accettare il dato di fatto che la polizia é la polizia e che ha il compito di tutelare l'ordine pubblico. Non possiamo aspettarci che si comporti diversamente.

LA STRATEGIA DELLA REGIONE DEL MERSEY

La regione del Mersey comprende due contee, il Merseyside, con capoluogo Liverpool, e il Cheshire, con capoluogo Chester. Su un totale di 2,25 milioni di persone, un milione e mezzo vive nel Merseyside, di cui 450.000 a Liverpool.

La regione del Mersey si contraddistingue per una prevalenza relativamente alta di abuso di sostanze stupefacenti. Ricerche locali stimano a circa 12-15.000 gli oppiomani abituali, il 50% dei quali si inietta la droga. Nel 1992 nella regione del Mersey si sono registrati il più alto numero e la percentuale più elevata di tossicodipendenti schedati di qualsiasi altra Unità Sanitaria Regionale del paese, vale a dire 3.694 oppiomani/cocainomani (Unità Sanitaria Regionale del Mersey, 1993).

Nell'ultimo quinquennio si é assistito a un sostanziale aumento dell'uso di amfetamine, ecstasy, cocaina e LDS. Tale tendenza é indubbiamente da associare alla cultura popolare che trova le sue principali espressioni nella house music, nei clubs e nell'ecstasy. L'hashish rimane la droga illegale di più largo consumo. Da un recente sondaggio condotto nella regione nord-occidentale dell'Inghilterra é emerso che il 33% dei 14-15enni ha provato almeno una volta l'hashish (Measham et al., 1993).

PRINCIPI

Dal 1986 la Regione del Mersey affronta in maniera più pragmatica le questioni della droga e dell'HIV, considerandole problemi di pubblica sanità.

Tale atteggiamento é conforme alle raccomandazioni del Comitato Consultivo sull'Abuso di Droghe (ACMD) che afferma:

“... possiamo dunque concludere senza ombra di dubbio che la diffusione dell'HIV costituisce un problema di sanità pubblica ben più grave dell'abuso di droghe. Di conseguenza, nei programmi di sviluppo é opportuno dare la precedenza a quei servizi che si adoperano per contenere quanto più possibile e con tutti i mezzi a disposizione i comportamenti a rischio per quel che riguarda la possibilità di contrarre l'infezione”. (1988)

In base a questo principio é stata data la priorità a quei servizi finalizzati a ridurre il rischio di acquisizione o di trasmissione del virus. Nella Regione del Mersey e, in genere, in tutta la Gran Bretagna, la limitazione dei rischi é considerata da molti servizi la concezione più ampia per ridurre i danni sanitari o sociali connessi all'uso di droghe (Stimson, 1990). Il concetto della limitazione dei danni prodotti dalla droga nel contesto della prevenzione dell'infezione da HIV presso i tossicodipendenti che si iniettano droghe si articola in una serie di obiettivi, qui elencati in ordine di crescente importanza:

- non scambiarsi gli oggetti necessari per iniettarsi la droga;
- privilegiare l'assunzione orale rispetto a quella endovenosa;
- ridurre il consumo di droga;
- smettere di drogarsi.

LA RISPOSTA DEI SERVIZI

La strategia di lotta alla droga in atto nella Regione del Mersey ha un'impostazione pragmatica e consiste nel ridurre le conseguenze deleterie dell'abuso di sostanze stupefacenti. Al contrario, non si occupa di igiene morale né di incitamento al piacere. Come sostiene John Strang, “Sia l'edonista che il puritano possono esercitare pratiche di limitazione del danno” (1993). Analogamente, esula dalle proprie funzioni anche portare avanti la battaglia per la legalizzazione o la depenalizzazione. La convinzione che l'approccio sanitario costituisca “la goccia che corrode la roccia” per arrivare alla legalizzazione della droga é dettata dall'ignoranza e dal qualunquismo ed é potenzialmente pericolosa. Nel 1989 la Commissione Consultiva per la Tossicodipendenza della Regione del Mersey ha fornito le direttive per la creazione e la gestione di tutti i servizi per la lotta alla tossico-

dipendenza e all'HIV. Secondo la strategia proposta, i servizi avrebbero il dovere di:

- stabilire contatti con i tossicodipendenti
- mantenere i contatti
- indurre cambiamenti comportamentali.

Per raggiungere questi obiettivi sono state apportate alcune variazioni ai servizi esistenti e ne sono stati istituiti altri. Tutti i servizi dovevano abbandonare l'idea che quello di smettere di drogarsi fosse l'unico scopo che valesse la pena di perseguire. Dovevano invece accettare la realtà che alcuni dei loro utenti non volevano smettere di prendere droghe, quantomeno in quel particolare momento. Gli operatori dei servizi dovevano essere preparati ad affrontare con i tossicodipendenti argomenti molto scottanti, quali ad esempio le loro abitudini sessuali.

Lotta alla droga e prevenzione dell'AIDS dovevano diventare sinonimi. Alcuni operatori, soprattutto quelli di formazione medica, hanno incontrato grosse difficoltà in questo senso e, da questo punto di vista, alcuni servizi erano meglio di altri. Le strutture che adottavano un approccio fortemente moralistico oppure in cui si respirava un'aria di ufficialità correavano il rischio di allontanare i possibili utenti.

I servizi dovevano diventare più facilmente accessibili ai tossicodipendenti, più allettanti e, per dirla con il linguaggio dell'informatica, più vicini all'utente. La sede migliore dei servizi è quella che, pur trovandosi al centro della città o della comunità, permette agli utenti di recarvisi senza dare nell'occhio, magari passando da una porta secondaria. Era indispensabile inoltre lasciare ai tossicodipendenti la possibilità di essere ricevuti senza appuntamento, quando faceva comodo a loro, senza dover aspettare troppo. La riservatezza era fondamentale.

Per alcuni era la prima volta che si arrischiavano a rivolgersi ad una struttura pubblica. Questo aspetto non andava assolutamente sottovalutato. Quindi era essenziale lasciare i clienti nell'anonimato e fare loro il minor numero di domande possibile, finché non si fosse instaurato un rapporto più stretto. Gli operatori dovevano vendersi in maniera completamente diversa rispetto al passato. Invece di restare ad aspettare che i tossicodipendenti venissero da loro, ora dovevano sollecitarne la partecipazione attraverso forme pubblicitarie consone alla popolazione bersaglio, in tutti i posti frequentati dai tossicodipendenti e sfruttando il "tam-tam" delle informazioni tra gli interessati. Il loro compito principale era far sì che i tossicodipendenti varcassero la loro soglia.

Oltre a creare intorno a loro un'atmosfera ospitale e non minacciosa, era altrettanto importante dare ai tossicodipendenti, per quanto possibile, tutto ciò di cui avevano bisogno, mettendo a loro disposizione una serie di servizi e di prodotti. L'abilitazione a prescrivere sostanze iniettabili - soprattutto metadone, ma in casi sporadici anche eroina - è risultata utilissima all'inizio per attirare i clienti. Laddove esisteva un servizio di sostituzione delle siringhe, bisognava avere a disposizione siringhe ed aghi di tutte le misure. L'obiettivo

ultimo era sempre (ed é ancora) quello di far accedere i tossicodipendenti ai servizi. Solo se fosse stato soddisfatto questo requisito primario, avrebbe potuto aver inizio un processo di cambiamento comportamentale.

Il servizio di sostituzione di siringhe di Liverpool, ad esempio, ha funzionato così bene da questo punto di vista che la sede originale é diventata ben presto troppo stretta, ed é stato necessario cercarne una più grande. Anche persone che non si erano mai rivolte prima a un servizio, hanno cominciato a frequentarlo regolarmente. A quel punto é emersa tutta una serie di problemi sanitari di base. Scorrette tecniche di iniezione ed eroina contaminata, ad esempio, avevano causato la formazione di grosse ulcere sugli arti. Il personale ha cominciato dunque a insegnare ai tossicodipendenti a iniettarsi le droghe correttamente e a spronarli ad utilizzare sostanze pulite.

I SERVIZI

Nella Regione del Mersey é stato adottato un approccio flessibile e versatile comprendente sia la prevenzione primaria che la limitazione del danno. E' disponibile un'ampia gamma di servizi per rispondere alle diverse esigenze. Ad esempio, si forniscono servizi personalizzati per chi ha già smesso di drogarsi, per chi vuole smettere e per chi invece vuole continuare a farlo. E' sbagliato partire dal presupposto che la funzione primaria dei servizi sia unicamente quella di intraprendere una terapia sostitutiva di mantenimento o di fornire materiale didattico su come assumere droghe in condizioni di maggiore sicurezza.

PROGRAMMI DI SOSTITUZIONE DELLE SIRINGHE

Nella Regione del Mersey sono in corso 12 programmi di sostituzione delle siringhe, attraverso i quali si forniscono materiali e strumenti puliti per iniettarsi la droga e profilattici. Molti di questi progetti si sono ampliati al punto tale che ora forniscono ai tossicodipendenti iniettori e alle prostitute molti altri servizi sanitari primari, come ad esempio le istruzioni su come iniettarsi la droga in condizioni di maggior sicurezza, l'esecuzione del test dell'AIDS salvaguardando l'anonimato dell'utente e la diagnosi e la terapia di determinate affezioni, quali gli ascessi e la setticemia.

FARMACIE

Anche le farmacie costituiscono una fonte di approvvigionamento delle attrezzature

Limitazione del danno: principi ed attuazione pratica

necessarie per iniettarsi la droga. Nella Regione del Mersey, per esempio, oltre 90 farmacie svolgono un servizio di sostituzione gratuita delle siringhe, finanziato dalle Autorità Sanitarie Regionali.

In un trimestre il servizio di erogazione delle siringhe della Regione Mersey distribuisce oltre 200.000 siringhe a più di 2.500 iniettori.

Inevitabilmente c'è sempre qualcuno che abbandona la siringa in un luogo pubblico e dunque il Comune di Liverpool ha dovuto correre ai ripari, assumendo una squadra di raccolta delle siringhe. In genere, però, i tossicodipendenti sono molto responsabili e la struttura principale di sostituzione delle siringhe del Mersey ha registrato un'attività di scambio che sfiora il 100% (Autorità Sanitarie Regionali del Mersey, 1993).

OPERATORI DI STRADA

In alcune zone della regione sono stati assunti degli operatori di strada con il compito di scovare e stabilire un contatto con i gruppi più nascosti di iniettori di droghe, prostitute o altre categorie a rischio di contrarre l'infezione da HIV. A Wirral, ad esempio, si è formato un gruppo di sei operatori che, offrendo un servizio di sostituzione delle siringhe e altri servizi sanitari di base attraverso un'unità mobile, vengono a contatto con quei tossicodipendenti e quelle prostitute che non si rivolgono alle strutture.

AMBULATORI PER LA PRESCRIZIONE PERSONALIZZATA DI DROGHE SOSTITUTIVE

In tutti i distretti della Regione del Mersey opera un servizio di prescrizione, gestito da un consultorio per le tossicodipendenze o da un gruppo di operatori attivo nelle rispettive comunità. Attualmente oltre 3.000 persone sono in terapia con sostanze prescritte dai servizi. Ciascun servizio offre diversi regimi terapeutici personalizzati, che vanno dalla disintossicazione a breve termine alla terapia di mantenimento a lungo termine. Alla maggior parte dei clienti (l'80% circa) si prescrive metadone per uso orale, mentre una minoranza è in terapia con metadone iniettabile (circa il 15%) o con eroina iniettabile (5%). La terapia di mantenimento è sempre servita per stabilizzare i comportamenti di soggetti tossicodipendenti che conducono una vita caotica e limitarne le attività criminali, migliorarne le condizioni di salute, toglierli dall'ambiente del traffico illegale di droghe e impedire che aumentino sempre più la dose. Da quando è sorta la minaccia dell'HIV, la si raccomanda anche come veicolo di avvicinamento degli iniettori ai servizi (Comitato Consultivo sull'Abuso di Droga, 1988). Inoltre anche parecchi medici di base prescrivono ai loro pazienti droghe sostitutive (in genere metadone).

INFORMAZIONE

La disponibilità e la possibilità di accedere agevolmente alle informazioni sono aspetti fondamentali. Sono in funzione due servizi cui è stato affidato il compito di distribuire informazioni e consulenze a livello regionale. Il Centro di Informazione e di Formazione sulle Tossicodipendenze (MDTIC) di Mersey fornisce informazioni attraverso una biblioteca pubblica, un servizio di consulenza, l'organizzazione di campagne pubblicitarie e la pubblicazione di materiale informativo.

La funzione dell'MDTIC è quella di dare informazioni sulla questione droga che, oltre ad essere equilibrate, abbiano le caratteristiche di facile accessibilità, maneggevolezza e facile comprensione a tutti i livelli culturali. Spesso a questo scopo si fa leva sulla cultura che accompagna una determinata droga. Recentemente alcune campagne innovative, come ad esempio la "Chill Out", sono state specificamente destinate ai fruitori occasionali di ecstasy e di altre droghe che circolano negli ambienti e nelle discoteche dove si balla house music (McDermott et al., 1993). Sono stati pubblicati e distribuiti anche opuscoli, quali ad esempio quelli recentissimi sull'eroina, la cocaina, l'LSD, l'hashish, i solventi, l'epatite, l'HIV, gli anabolizzanti steroidei, il metadone e sui problemi specifici delle donne. La grafica di questi opuscoli è curata da illustratori professionisti, in quanto devono riuscire a interessare il tossicodipendente.

Per quel che riguarda gli aspetti più propriamente sanitari è stato istituito un numero verde a disposizione di chi voglia saperne di più in fatto di droga, HIV e altri argomenti medici. Per 12 ore al giorno, 365 giorni all'anno, il servizio offre consulenza e informazioni e funge da tramite per mettere eventualmente in contatto l'utente con altre strutture.

CONSULENZA E SOSTEGNO

In ogni distretto della Regione del Mersey è attivo almeno un servizio di consulenza generale e di sostegno per i tossicodipendenti e i loro genitori ed amici. La maggior parte di questi servizi funge anche da centro di accoglienza, offre servizi di informazione e consulenza, colloqui individuali e collegamento con altri servizi sanitari e sociali e comprende comunità terapeutiche residenziali e gruppo di supporto familiare.

FORZE DELL'ORDINE

Del ruolo delle forze dell'ordine si è già trattato. Basta solo aggiungere che la polizia svolge una funzione fondamentale e che senza la sua collaborazione i programmi di limitazione del danno non avrebbero avuto tanto successo.

RISULTATI

Nel corso degli ultimi 5 anni si sono intensificati i contatti con i tossicodipendenti e in base ad indizi, peraltro non confermati da dati scientifici, pare potersi affermare che é in atto una tendenza alla riduzione dei problemi sanitari legati all'assunzione di droghe e dei furti. E' diminuito anche il numero di tossicodipendenti che ammettono di essersi scambiati la siringa con altri, a testimonianza dei positivi cambiamenti comportamentali in atto. Infine, tutti gli indicatori disponibili segnalano un numero molto modesto di iniettori sieropositivi nella Regione del Mersey, tanto modesto da non essere, a detta dell'Epidemiologo della Regione, nemmeno misurabile (Sayed, 1993). La regione vanta uno dei livelli di sieropositività più bassi di tutta Europa. Al dicembre del 1992 solo 20 iniettori di droghe erano risultati positivi al test dell'HIV (Unità Sanitaria Regionale del Mersey, 1993).

CONCLUSIONI

Il concetto di limitazione dei rischi é sostanzialmente sinonimo di "pragmatismo", un atteggiamento che quasi tutti i paesi del mondo non esiterebbero a confessare di adottare.

"Uno dei più autorevoli governanti del più grande paese asiatico ama citare un proverbio, il quale dice che non importa se un gatto é bianco o nero, purché sia ancora capace di prendere i topi. La sfida che i responsabili dei governi nazionali e delle comunità internazionali si trovano a dover affrontare consiste nello stabilire come mettere il tradizionale pragmatismo nazionale al servizio della tutela della sanità pubblica. Espressioni come "limitazione del danno" probabilmente suonano strane alle orecchie dei più tradizionalisti, per quanto in molte culture probabilmente esistano già varianti locali dello stesso spirito pragmatico, che potrebbero essere sfruttate per arginare questa pericolosissima epidemia". (Wodak et al., 1993)

Traduzione ed adattamento del testo inglese a cura di Cristina Bonani

Bibliografia

1. Advisory Council on the Misuse (1988) AIDS and Drug Misuse, Part One, HOMSO.
2. Home Office (1990). Statistics of the misuse of drugs, seizures and offenders dealt with, United Kingdom, 1989, Area Tables. Government Statistical Office.
3. McDermott P., Matthews A., O'Hare PA and Bennett A. (1993). Ecstasy in the United Kingdom, recreational drug use and subcultural change. In Heather N., Wodak A., Nadelman E., e O'Hare – (Eds). Psychoactive Drugs and Harm Reduction from Faith to Science. Whurr Publishers.
4. Measham F., Newcombe R. and Parker H. (1993). The Post-Heroin Generation. Druglink May/June 1993.
5. Mersey Regional Health Authority (1993). Drug Use and Drugs/HIV Policy in Mersey.
6. Newcombe R. (1992). The reduction of drug related harm. A conceptual framework for theory, practice and research. In O'Hare PA, Newcombe R, Buning EC, and Drucker E. (Eds). The Reduction of Drug Related Harm, Routledge.
7. O'Connell D. (1990) The Role of the Police in Merseyside. Presentation at the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Liverpool.
8. Riley D (1993) The Harm Reduction Model. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa.
9. Sayed Q (1993) personal communication.
10. Stimson G (1990). AIDS and HIV, The challenge for British drug services. British Journal of Addiction, 85.
11. Strang J (1993) Drug use and harm reduction, responding to the challenge. In Heather et al., op. cit.
12. Wodak A, Fisher R and Crofts N (1993). An Evolving Public Health Crisis, Injecting Drug Users in Developing Countries. Heather et al., op. cit.